

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

สินีนุช หลวงพิทักษ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

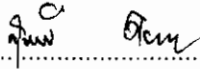
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

สิงหาคม 2558

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

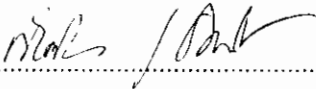
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ สินีษฐ หลวงพิทักษ์ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

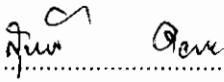
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์


..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ ด้วงแพง)

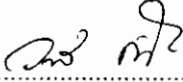

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ดร.เขมรดี มาสิงบุญ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

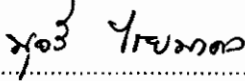

..... ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.สายพิน เกษมกิจวัฒนา)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ ด้วงแพง)


..... กรรมการ
(ดร.เขมรดี มาสิงบุญ)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพา


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

วันที่ 13 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2558

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์
ด้วงแพง อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ดร.เขมรดี มาสิงบุญ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม รวมทั้งคณะกรรมการ
สอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่อง
ต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วนและเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบ
ขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณแพทย์หญิงดวงรัตน์ ชลศฤงคาร รองศาสตราจารย์ ดร.พิกุล บุญช่วง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิกุล ตันติธรรม คุณเบญจมาศ วงษ์มณีวรรณ คุณสุนิศา คณะเจริญ ผู้ทรงคุณวุฒิ
ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบ และให้คำแนะนำแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มี
คุณภาพ นอกจากนี้ ยังได้รับความอนุเคราะห์จากท่านผู้อำนวยการ โรงพยาบาลราชบุรี เจ้าหน้าที่
แผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บ
รวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตทุกท่านที่กรุณา
ถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ต่าง ๆ ระหว่างการศึกษา ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตัวข้าพเจ้า และผู้ป่วย
ในวันนี้และภายภาคหน้า

ขอกราบขอบคุณ คุณพ่อ คุณแม่ พี่ ๆ น้องและหลาน ๆ ทุกคนที่ให้อำนาจใจ และสนับสนุน
ผู้วิจัยเสมอมา ตลอดจนเพื่อน ๆ ร่วมรุ่นที่คอยดูแลให้คำแนะนำ และเป็นกำลังใจ ทำให้มีความ
เข้มแข็งและผ่านอุปสรรคต่าง ๆ มาได้

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูกตเวทิตาแด่
บุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษา
และประสบความสำเร็จมาจนตราบเท่าทุกวันนี้

สินีนุช หลวงพิทักษ์

51960576: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้ใหญ่; พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีอิทธิพล/ การจัดการตนเอง/ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

สัณนิษ หลวงพิทักษ์: ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

(FACTORS INFLUENCING SELF-MANAGEMENT AMONG PATIENTS WITH HEART FAILURE) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: สุภาภรณ์ คิ้วแพง, พย.ด., เขมรดี มาสิงบุญ, D.S.N. 106 หน้า. ปี พ.ศ. 2558.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ณ โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 82 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และแบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง แบบประเมินการจัดการตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน คำนวณค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธี Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ .76, .89, .83, .79 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า

ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .543, .507$ และ $.502$ ตามลำดับ)

ปัจจัยที่สามารถทำนายการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง ($\beta = 0.38, p < .01$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.26, p < .05$) โดยสามารถร่วมกันทำนายการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 33.6 ($R^2 = .336, p < .05$)

จากผลการวิจัย มีข้อเสนอแนะว่าพยาบาลควรนำปัจจัยที่สามารถทำนายการจัดการตนเองไปพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเอง โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองและ ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการตนเองของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการจัดการตนเองที่ถูกต้องและต่อเนื่องต่อไป

51960576: MAJOR: ADULT NURSING; M.N.S. (ADULT NURSING)

KEYWORDS: INFLUENTIAL FACTOR/ SELF-MANAGEMENT/ PATIENTS WITH HEART FAILURE

SINEENUCHT LUANGPITAK: FACTORS INFLUENCING SELF-MANAGEMENT AMONG PATIENTS WITH HEART FAILURE. ADVISORY COMMITTEE: SUPAPORN DUANGPAENG, D.N.S., KHEMARADEE MASINGBOON, D.S.N. 106 P. 2015.

This study aimed to examine the predictive correlation of knowledge of self-management, level of severity of heart failure, social support, and self-efficacy of the patients with self-management of heart failure patients at Ratchaburi Hospital, Ratchaburi province. Simple random sampling was used to recruit 82 heart failure patients. Instruments used in this study consisted of The Demographic Data of Heart Failure Patients Questionnaire, The Severity of Heart Failure Evaluation Form, The Knowledge of Self-management Evaluation Form, Heart Failure Self-management Evaluation Form, Social Support Scale, and Self-efficacy of Heart Failure Patient Evaluation Form with their reliabilities of Cronbach's alpha coefficient of .76, .89, .83, .79, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis.

The findings revealed that knowledge of self-management, self-efficacy, and social support positively and highly correlated with self-management of heart failure patients at level of significance of .01 ($r = .543, .507, \text{ and } .502$ respectively).

Factors that could predict self-management of heart failure patients were knowledge of self-management ($\beta = 0.38, p < .01$) and social support ($\beta = 0.26, p < .05$). They were found to be the most significant predictors accounting for 33.6% of the variance ($R^2 = .336, p < .05$) explaining heart failure patient's self-management.

Findings suggested that nurses should focus on predicting factors of self-management by developing nursing intervention program based on providing knowledge of self-management and enhancing social support particularly by family members in participating in self-management of the patients in order to assist them to be able to manage themselves correctly and continuously.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฌ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	7
คำถามการวิจัย	7
สมมติฐานการวิจัยและเหตุผลสนับสนุน	8
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	9
นิยามศัพท์เฉพาะ	10
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
ภาวะหัวใจล้มเหลว	12
แนวคิดและทฤษฎีการจัดการตนเอง	32
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	39
บริบทการให้บริการของโรงพยาบาลราชบุรี	48
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	49
สถานที่ในการวิจัย	49
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	49
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	50
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	54
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	55
การรวบรวมข้อมูล	55
การวิเคราะห์ข้อมูล	57
4 ผลการวิจัย	58

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	58
5 สรุปและอภิปรายผล	67
การอภิปรายผล	69
ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้	72
บรรณานุกรม	74
ภาคผนวก	85
ภาคผนวก ก	86
ภาคผนวก ข	95
ภาคผนวก ค	99
ประวัติย่อของผู้วิจัย	101

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	59
2	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง	61
3	ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มตัวอย่าง	62
4	จำนวน และร้อยละของระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มตัวอย่าง	63
5	ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มตัวอย่าง	64
6	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่าง ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มตัวอย่าง.....	65
7	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยทำนายการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	65

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย	10
2	Model of the individual and family self-management theory	36

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก จากข้อมูลของประเทศสหรัฐอเมริกาที่ทำการศึกษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 44 ปี พบว่า มีผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้นปีละประมาณ 670,000 คน ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวประมาณ 5.8 ล้านคน (American Heart Association [AHA], 2009) และในแต่ละปี มีผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวประมาณ 1.1 ล้านคน เสียชีวิตด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวปีละประมาณ 300,000 คน สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาถึง 39.2 พันล้านเหรียญสหรัฐ (Olin et al., 2010) ส่วนสถิติผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในทวีปเอเชีย เช่น ประเทศญี่ปุ่นพบว่า มีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวประมาณ 2.4 ล้านคน (Van Der Wal, Jaarsma, Moser, & Van Veldhuisen, 2005) สำหรับในประเทศไทย ยังไม่มีการรวบรวมสถิติจำนวนผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวโดยตรง แต่จากสถิติจำนวนผู้ป่วยสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัว และระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เข้ามารักษาในแผนกผู้ป่วยนอกด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวของสถานบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ พบว่า มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2551-2553 มีจำนวน 132,138 ราย 142,743 ราย และ 147,197 ราย ตามลำดับ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2553)

จากจำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีแนวโน้มสูงขึ้น ประกอบกับลักษณะของภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการซึ่งมีสาเหตุจากความผิดปกติของการทำงานของหัวใจหรืออาจเกิดจากมีความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2551; ESC Committee for Practice Guidelines, 2008) การทำหน้าที่ที่ผิดปกติของหัวใจส่งผลให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกาย หรือรับเลือดกลับเข้าสู่หัวใจได้ตามปกติ ในระยะแรก ๆ ร่างกายจะมีการปรับชดเชยเพื่อคงสภาวะการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจในการบีบตัวเพื่อส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายให้เพียงพอ โดยเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ เพิ่มขนาดของหัวใจ เพิ่มการเก็บน้ำและเกลือเพื่อให้มีจำนวนเลือดที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจเพิ่มขึ้น และการหลั่งสารสื่อประสาท (Neurohormonal) จำนวนมาก เพื่อไม่ให้เกิดอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว แต่กลไกการชดเชยนี้จะสามารถทำหน้าที่ได้ดีในช่วงระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น หากภาวะหัวใจล้มเหลวยังคงอยู่ต่อไปโดยไม่ได้รับการรักษาและกำจัดสาเหตุการเปลี่ยนแปลงของลักษณะโครงสร้างหัวใจจะไม่สามารถกลับคืน

สู่สภาวะปกติได้ และการดำเนินของโรคจะไม่หยุดนิ่ง ลักษณะความเจ็บป่วยจึงเป็นแบบเรื้อรัง และทวีความรุนแรงมากขึ้น (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549)

สืบเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของหัวใจที่ไม่สามารถกลับคืนสภาวะปกติได้ การรักษามีเป้าหมายเพื่อควบคุมอาการและป้องกันความรุนแรงของโรค ซึ่งประกอบด้วย การผ่าตัดและใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ เพื่อแก้ไขสาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลว การรักษาด้วยยา โดยการให้ยาเพื่อเพิ่มการบีบตัวของหัวใจ ลดจำนวนเลือดที่กลับเข้าสู่หัวใจ ให้ยาขยายหลอดเลือด เพื่อลดแรงต้านของเลือดขณะหัวใจบีบตัว ร่วมกับการรักษาด้วยการไม่ใช้ยา ซึ่งเป็นการรักษาแบบ ประคับประคอง เพื่อลดการทำงานของหัวใจ ช่วยชะลอความเสื่อมของพยาธิสภาพของโรคไม่ให้รุนแรง ป้องกันการเกิดอาการกำเริบ การกลับเข้ารับรักษาซ้ำและลดอัตราการตาย ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2551; Olin et al., 2010; Vinall, 2011) โดยผู้ป่วยจะต้องรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ รับประทานอาหารที่เหมาะสม โดยการจำกัดเกลือ โซเดียมในอาหารและควบคุมปริมาณน้ำดื่ม ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และพักผ่อนให้เพียงพอ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องสังเกตอาการผิดปกติขึ้นที่เกิดจากภาวะน้ำ และเกลือคั่ง ต้องควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวกำเริบ และมาตรวจตามนัดทุกครั้ง ซึ่งพฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ ต่อเนื่องและยาวนานตลอดชีวิต ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาเทคนิคในการปรับพฤติกรรมดังกล่าว เพื่อควบคุมอาการของโรค ไม่ให้กำเริบหรือทวีความรุนแรง ลดผลกระทบที่เกิดขึ้น และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งกลยุทธ์ดังกล่าวตรงกับแนวคิด การจัดการตนเอง (Self-management) (Riegel, Carlson, & Glaser, 2000)

การจัดการตนเอง (Self-management) เป็นเทคนิคหนึ่งที่ใช้ในการปรับพฤติกรรมที่ได้รับการพัฒนามาจากแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social cognitive theory) (Bandura, 1986) กระบวนการที่สำคัญของการจัดการตนเอง คือ บุคคลจะเป็นผู้ดำเนินการในการปรับพฤติกรรมด้วยตนเอง ไม่ว่าจะเป็นการเลือกเป้าหมาย ตลอดจนวิธีการดำเนินการ เพื่อที่จะให้บรรลุเป้าหมายนั้น โดยร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลสุขภาพ และป้องกันโรค (Tobin, Reynolds, Holroyd, & Creer, 1986) แนวคิดการจัดการตนเองนี้ ได้รับการพัฒนามากกว่า 40 ปี มีการนำไปใช้หรือทดสอบในกลุ่มประชากรที่หลากหลาย และมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่า สามารถช่วยให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและผู้ป่วยโรคเรื้อรังจัดการตนเองเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงของอาการ และอาการแสดงทำให้ลดผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ (Riegel et al., 2000; Ryan & Sawin, 2009) ดังเช่น

การศึกษาของ Martensson, Stromberg, Dahlstrom, Karlsson, and Fridlund (2005) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีพยาบาลเป็นผู้จัดการ โดยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการจัดการตนเอง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตด้านผลกระทบต่อการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันดีกว่ากลุ่มควบคุม มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่า และมีการคงคุณภาพชีวิตที่ดีไว้ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและการศึกษาของ ศิริวรรณ ตั้งวิจิตรสกุล (2550) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยการให้ความรู้และการส่งเสริมการจัดการตนเองทำให้ผู้ป่วยควบคุมอาการของโรคได้ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วยดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาในรายละเอียดยังพบว่า การจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งในและต่างประเทศ ส่วนใหญ่ยังไม่สามารถจัดการกับภาวะเจ็บป่วยของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังเช่นการศึกษาของ Bushnell (1992) พบว่า มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 12 ที่ซั้งน้ำหนักตัวทุกวันเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะน้ำและเกลือคั่ง จากการศึกษาของ Kato et al. (2009) พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 51.6 ไม่ควบคุมการรับประทานอาหารลดเค็ม ร้อยละ 18 ไม่ควบคุมการดื่มน้ำ ร้อยละ 45 ไม่สังเกตอาการผิดปกติจากภาวะน้ำและเกลือคั่งของตนเอง จากการศึกษาของ Chung et al. (2006) พบว่า มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 25 เท่านั้นที่มีการควบคุมการรับประทานอาหารลดเค็มได้เป็นประจำ ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Lennie et al. (2008) ที่พบว่า มีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวย้อยละ 26 ที่ควบคุมการรับประทานอาหารลดเค็มได้อย่างเป็นประจำและสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ni et al. (1999) ที่พบว่า มีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพียง 1 ใน 3 เท่านั้นที่ควบคุมการรับประทานเกลือได้ สำหรับการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 39.77 มีการจัดการตนเองเกี่ยวกับอาการบวมหลังเท้าและอาการน้ำหนักเพิ่มอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำเกินอยู่ในระดับต่ำ (ชุตินธร เรียนแพง, 2547) ร้อยละ 100 ขาดการสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และอาการที่ควรมาพบแพทย์ ร้อยละ 81.11 ขาดการออกกำลังกาย ร้อยละ 57.78 ไม่จำกัดการรับประทานอาหารลดเค็ม ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 43.30 ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา (เขวากา บุญเที่ยง, 2545) ร้อยละ 34 ไม่ควบคุมการดื่มน้ำ (จันทร์เพ็ญ สมโน, 2551)

จากผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้นชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่ยังไม่สามารถจัดการกับภาวะเจ็บป่วยของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งส่งผลให้ภาวะของโรครุนแรงขึ้น และเกิดผลกระทบจากภาวะหัวใจล้มเหลว ดังเช่น การศึกษาของ Jaarsma, Huijer Abu-Saad, and Dracup (2001) พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่จะกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

โดยเฉลี่ย 2.5 ครั้งภายใน 3 เดือน เนื่องจากการดื่มน้ำและรับประทานเกลือมากกว่าที่กำหนด สอดคล้องกับการศึกษาของ Bennett, Cordes, Westmoreland, Castor, and Donnelly (2000) ที่พบว่าสาเหตุที่ทำให้ให้ภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการของโรคที่กำเริบรุนแรงขึ้นจนต้องกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลพบว่า ร้อยละ 60 เกิดจากผู้ป่วยขาดการจำกัดน้ำและอาหารลดเค็ม และจากการศึกษาของ Hummel, DeFranco, Skorcz, and Montoye (2009) พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ไม่จำกัดการบริโภคเกลือโซเดียม โดยรับประทานเกินวันละ 3 กรัม จะกลับมารักษาตัวซ้ำภายใน 30 วัน หลังจำหน่ายถึงร้อยละ 31 จากการศึกษาในประเทศไทยพบว่า อาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกลับเข้ามารับรักษาตัวในโรงพยาบาลร้อยละ 85-100 จะมีภาวะของน้ำและเกลือคั่ง ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มักเติมเกลือและน้ำปลาในอาหารที่ปรุงเสร็จแล้ว (จันทร์เพ็ญ สมโน, 2551; เขาวภา บุญเที่ยง, 2545) ประกอบกับผู้ป่วยขาดการเฝ้าระวังภาวะน้ำและเกลือคั่ง ทำให้ผู้ป่วยมักมาพบแพทย์เมื่อมีอาการของภาวะน้ำและเกลือคั่งจนเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง (รังสฤษฎ์ กาญจนวิชัย, 2546) ร้อยละ 60-95 เกิดภาวะแทรกซ้อนของภาวะน้ำและเกลือคั่ง มีภาวะปอดบวม น้ำ (Pulmonary edema) มีอาการเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ ไอมีเสมหะเป็นเลือดปนฟองสีชมพู ซึ่งอาการและอาการแสดงดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ไม่สุขสบาย กลัวเสียชีวิต (อัจฉรา เศรษฐพิทักษ์, 2547) นอกจากนี้แล้วยังพบว่า ผลจากการไม่ควบคุมน้ำและเกลือ ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากการที่ต้องมารักษาในโรงพยาบาลบ่อย (Alexander et al., 2005)

ปัญหาการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวดังกล่าวข้างต้นอาจเนื่องมาจากการจัดการตนเองที่ผ่านมาเน้นการให้ผู้ป่วยเป็นผู้ดำเนินการปรับพฤติกรรมด้วยตนเอง ไม่ว่าจะเป็นการเลือกเป้าหมาย ตลอดจนวิธีการดำเนินการ (Bandura, 1986; King, 2001; Nakagawa-Kogan, 1996; Riegel, Carlson, & Glaser, 2000) แต่จากลักษณะของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อการเจ็บป่วยมีความรุนแรงมากขึ้น ทำให้เกิดอาการหายใจลำบากหรือเหนื่อยง่าย มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมและต้องพึ่งพาผู้อื่น การจัดการกับภาวะสุขภาพที่ซับซ้อนดังกล่าวด้วยตนเอง ผู้ป่วยจำเป็นจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษา และการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ตลอดจนได้รับการดูแล เอาใจใส่ คอยให้กำลังใจจากครอบครัวและบุคคลรอบข้าง จึงจะสามารถจัดการตนเองได้สำเร็จ (ชุตินธร เรียนแพง, 2547; เขาวภา บุญเที่ยง, 2545; ศิริวรรณ ตั้งวิจิตรสกุล, 2550) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (Individual and family self-management theory) ของ Ryan and Sawin (2009)

การจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (Individual and family self-management theory) เป็นทฤษฎีระดับกลาง (Ryan & Sawin, 2009) ซึ่งมีความเชื่อว่า สมาชิกในครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการสร้างความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วย เพราะการจัดการ

ตนเองของบุคคลและครอบครัวเป็นความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ในการปฏิบัติหน้าที่แต่ละวัน เพื่อจัดการกับภาวะความเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะความเจ็บป่วย ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่ มิติด้านบริบท (Context) เป็นความเฉพาะเจาะจงที่กระตุ้นให้เกิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว เช่น ลักษณะ โครงสร้างของร่างกาย ความเสี่ยงของการเกิดโรค ระดับความรุนแรงของโรค เป็นต้น มิติด้านกระบวนการ (Process) เป็นกระบวนการที่จะทำให้เกิดการจัดการตนเองของผู้ป่วย เช่น ความรู้และความเชื่อ โดยเชื่อว่าบุคคลจะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรม เมื่อมีความเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมจะสามารถควบคุมอาการของโรคได้ และหากบุคคลนั้นมีการรับรู้ความสามารถและมีการคาดหวังผลที่สอดคล้องกับเป้าหมาย มีประสบการณ์ และได้รับการสนับสนุนในทางบวกจากสังคม บุคคลจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และมีมิติ ด้านผลลัพธ์ (Outcome) คือ ผลของการจัดการตนเองของผู้ป่วย เช่น ความสามารถในการทำกิจกรรม การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการจัดการเกี่ยวกับอาการเป็นต้น ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบปัจจัยสำคัญ ได้แก่ ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม (Ryan & Sawin, 2009)

ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ส่งผลต่อสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และลักษณะอาการที่ปรากฏ ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคน้อย จะสามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติและไม่มีการเหนื่อยล้า เจ็บหน้าอก แต่เมื่อระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม หรือไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ และมีอาการหายใจเหนื่อย เจ็บหน้าอก ซึ่งระดับของความรุนแรงอาจส่งผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จากการศึกษาของ จอม สุวรรณ โณ (2550) พบว่า ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีอิทธิพลโดยตรงทางลบต่อภาวะสุขภาพ ($\beta = -0.31, p < 0.01$) และมีอิทธิพลโดยอ้อมทางลบต่อภาวะสุขภาพผ่านความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเอง ($\beta = -0.06; -0.05, p < 0.05$ ตามลำดับ)

ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองเป็นความจำและความเข้าใจของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เกี่ยวกับการจัดการตนเองในเรื่องการจำกัดโซเดียมในอาหาร และควบคุมปริมาณน้ำดื่ม การเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงที่เกิดจากภาวะโซเดียมและน้ำเกิน การจัดการภาวะโซเดียมและน้ำเกิน การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการออกกำลังกาย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความรู้มีผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับความรู้ในการจำกัดปริมาณเกลือและน้ำดื่ม การสังเกตอาการจากภาวะเกลือและน้ำคั่ง จะมีพฤติกรรม

ในการควบคุมปริมาณเกลือและน้ำดื่ม และมีการสังเกตอาการจากภาวะเกลือและน้ำคั่งคั่งขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จันทร์จิรา เกียรติสีสกุล, 2551; เสาวลักษณ์ ท่ามาก, 2552; อภิญญา วงศ์พิริยโยธา, สุปัตรา บัวทิ, สมเสาว นุชจุมศรี, นงเยาว์ มีเทียน และวิไลพร พิทักษานูรัตน์, 2546) จากการศึกษาของ Wright et al. (2003) ถึงผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุม โดยให้ความรู้ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับความรู้มีวิธีการจัดการอาการด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จะเห็นได้ว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับการจัดการอาการของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ส่วนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่จะจัดการตนเองให้ประสบผลสำเร็จ จากการสืบค้นด้วยคอมพิวเตอร์ออนไลน์ (On-line computer search) ถึงความสัมพันธ์ของสมรรถนะแห่งตนต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยล้มเหลวพบว่า ยังไม่มีการศึกษาในประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เสาวลักษณ์ ท่ามาก, 2552; หทัยรัตน์ เวชมนัส, 2547) ($r = .489; .442, p < 0.01$ ตามลำดับ) และจากการศึกษาของ Oka, Gortner, Stotts, and Haskell (1996) ที่ทำการศึกษาดังปัจจัยทำนายกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด ($r = 0.46, p = 0.003$) ดังนั้นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนน่าจะมีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

สำหรับการสนับสนุนทางสังคมเป็นการได้รับและการให้ความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ระหว่างบุคคลที่ก่อให้เกิดความรัก ความผูกพัน การได้รับการดูแลเอาใจใส่ ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน จากการศึกษาของของ Dilorio, Hennessy, and Manteuffel (1996) และ Ni et al. (1999) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรสและบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว การศึกษาของ เขียวภา บุญเที่ยง (2545) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง ($r = .636, p < 0.001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ชุตินธร เรียนแพง (2547) ที่พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.4) มีผู้ดูแลเป็นคู่สมรสหรือบุตร จากเหตุผลดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัว และมีการจัดการตนเองที่ดี การสนับสนุนทางสังคมจึงน่าจะมีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

จากประเด็นปัญหาการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวยังไม่มีประสิทธิภาพ ประกอบกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ในประเทศไทยยังมีอยู่อย่างจำกัด ในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลราชบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมิระดับสูง และเป็นศูนย์รักษาโรคเฉพาะทางที่ทันสมัยแห่งหนึ่งในแถบภาคตะวันตกของประเทศไทย มีแพทย์เฉพาะทางแต่ละสาขาวิชา มีบริการสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด คือ มีคลินิกเฉพาะโรคหัวใจและมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านหัวใจประจำคลินิก จากสถิติพบว่า จำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีแนวโน้มที่สูงขึ้น โดย พ.ศ. 2551-2553 มีจำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 593 ราย, 594 ราย, 849 รายต่อปีตามลำดับ และแผนกผู้ป่วยในจำนวน 876 ราย, 953 ราย, 984 รายต่อปีตามลำดับ (หน่วยเวชระเบียน โรงพยาบาลราชบุรี, 2553) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวบางส่วนจะมีการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำบ่อยครั้งหรือมาตรวจก่อนวันนัด ด้วยอาการหายใจเหนื่อยหอบ หายใจลำบากหรือมีภาวะแทรกซ้อนของภาวะหัวใจล้มเหลว ต้องมีการใช้ยา และอุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อช่วยเหลือ ทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยบางส่วนพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ไม่ถูกต้อง เช่น รับประทานอาหารเค็ม ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา ไม่สังเกตอาการผิดปกติ เป็นต้น แต่เนื่องจากการสัมภาษณ์ดังกล่าวทำในกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อย และไม่ได้มีการศึกษาที่เป็นระบบ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยคัดเลือกปัจจัยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมซึ่งประกอบด้วย ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม ผลของการวิจัยจะเป็นข้อมูลสำหรับพยาบาลและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว เพื่อให้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมและต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการจัดการตนเองเป็นอย่างไร
2. ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้หรือไม่

สมมติฐานการวิจัยและเหตุผลสนับสนุน

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (Individual and family self-management theory) ที่พัฒนาโดย Ryan and Sawin (2009) ร่วมกับการทบทวนงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อใช้ในการพิจารณาตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปร ที่คาดว่าจะสามารถทำนายการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ประกอบด้วย

1. **ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว** ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวน้อย จะสามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ แต่เมื่อมีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวมากขึ้นผู้ป่วยจะมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมมากขึ้น ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว น่าจะมีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

2. **ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง** ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องดูแลรักษาและติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้เพื่อที่จะสามารถนำมาจัดการตนเองกับภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปนั้นได้ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยควบคุมหรือลดความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ทำให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความรู้มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (อภิัญญา วงศ์พิริยโยธา และคณะ, 2546) ดังนั้น ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง น่าจะมีความสัมพันธ์ต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

3. **การสนับสนุนทางสังคม** ในภาวะการเจ็บป่วยบุคคลต้องการการสนับสนุนทางสังคม จากเครือข่ายทางสังคม อาจเป็นคนที่ครอบครัว ญาติ และเพื่อนบ้าน การสนับสนุนทางสังคมจึงมีผลต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ซึ่งความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจะเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม รวมทั้งมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง (Oka, Stott, Dae, Haskell, & Gortner, 1993) แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ในการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ บุคคลมักจะทำปฏิบัติพฤติกรรมที่สังคมสนับสนุน (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002) การสนับสนุนทางสังคมน่าจะมีความสัมพันธ์ต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

4. **การรับรู้สมรรถนะแห่งตน** การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการจัดการตนเอง โดยบุคคลจะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรม และหากบุคคลนั้นมีการรับรู้ความสามารถ และมีการคาดหวังผลที่สอดคล้องกับเป้าหมาย (Ryan & Sawin, 2009) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับการจัดการ

ตนเองของผู้ป่วยล้มเหลวพบว่า ไม่มีการศึกษาในประเทศไทยแต่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (หทัยรัตน์ เวชมนัส, 2547; เสาวลักษณ์ ท่ามาก, 2552) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนน่าจะมีความสัมพันธ์ต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

จากทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวและการทบทวนงานวิจัยต่าง ๆ จึงกำหนดสมมติฐานว่า

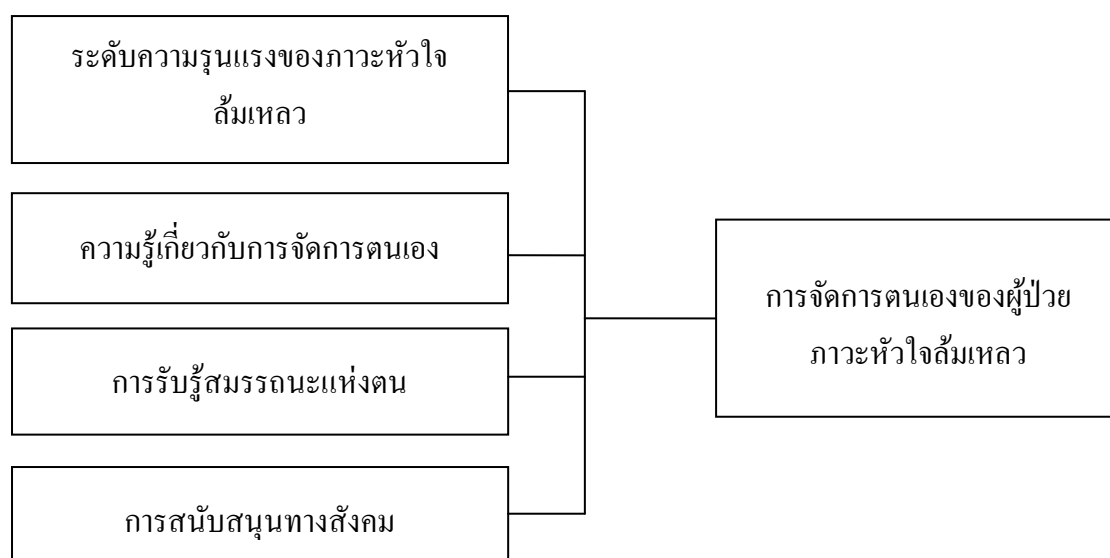
ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (The individual and family self-management theory) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวได้รับการพัฒนาโดย Ryan and Sawin (2009) เพื่ออธิบายและทำนายการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวซึ่งทฤษฎีมีความเชื่อว่า สมาชิกในครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการสร้างความสัมพันธ์ และมีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วย โดยอาจจะร่วมมือ หรือไม่ร่วมมือกับบุคลากรด้านสุขภาพก็ได้ เป็นการกระทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมายส่วนบุคคล ประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่ มิติด้านบริบท มิติด้านกระบวนการ และมิติด้านผลลัพธ์ โดยมิติด้านบริบทเป็นความเฉพาะเจาะจงที่กระตุ้นให้เกิดการจัดการตนเอง เช่น ความเสี่ยงของการเกิดโรค ลักษณะโครงสร้างของร่างกายหรือระดับความรุนแรงของโรค เป็นต้น มิติด้านกระบวนการ เป็นกระบวนการที่จะทำให้เกิดการจัดการตนเองของผู้ป่วย เช่น ความรู้และความเชื่อ โดยเชื่อว่าบุคคลจะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรม เมื่อมีความเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมจะสามารถควบคุมอาการของโรคได้ และหากบุคคลนั้นมีการรับรู้ความสามารถ และมีการคาดหวังผลที่สอดคล้องกับเป้าหมาย มีประสบการณ์ และได้รับการสนับสนุนในทางบวกจากสังคม บุคคลจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มิติด้านผลลัพธ์ ประกอบด้วยผลลัพธ์ในระยะสั้น และผลลัพธ์ในระยะยาว ซึ่งผลลัพธ์ในระยะสั้นเป็นผลลัพธ์ที่เฉพาะตัวตามจุดมุ่งหมายนั้น เช่น ความสามารถในการทำกิจกรรม การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการเกี่ยวกับอาการ สำหรับผลลัพธ์ในระยะยาว เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการจัดการตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น คุณภาพชีวิต หรือความผาสุก เป็นต้น

การศึกษานี้มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยในมิติต่าง ๆ ได้แก่ มิติด้านบริบท คือ ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจ

ล้มเหลว ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะตัวของผู้ป่วยแต่ละคน และมีมิติด้านกระบวนการ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม หากผู้ป่วยมีความรู้ในการจัดการตนเองที่ดี มีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนว่าสามารถทำได้และได้รับการสนับสนุนจากสังคมจะส่งผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเป็นมิติด้านผลลัพธ์ในการศึกษาครั้งนี้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยวินิจฉัยจากประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอกและ/ หรือ การตรวจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง (Echocardiography) ที่มีค่า Ejection Fraction (EF) น้อยกว่า 40% ซึ่งมาตรวจตามนัด ณ คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี

การจัดการตนเอง (Self-management) หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว กระทำเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งชะลอความก้าวหน้าของโรค ซึ่งประกอบด้วย การจำกัดโซเดียมในอาหารและควบคุมปริมาณน้ำดื่ม การเฝ้าระวังและจัดการอาการและอาการแสดงที่เกิดจากภาวะ โซเดียมและน้ำเกิน รับประทานยาให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ และการออกกำลังกายสม่ำเสมอ ซึ่งประเมินได้จาก แบบประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และลักษณะอาการที่ปรากฏ ประเมินโดยใช้เกณฑ์การจำแนกสมรรถนะการทำหน้าที่ของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (The New York Heart Association Functional Classification, NYHA-FC) (Demers, McKelvie, & Yusuf, 2000)

ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง หมายถึง ความจำและความเข้าใจของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว การจำกัดโซเดียมในอาหาร และควบคุมปริมาณน้ำดื่ม การรับประทานยาให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ และการเฝ้าระวังและจัดการอาการและอาการแสดงที่เกิดจากภาวะโซเดียมและน้ำเกิน ซึ่งประเมินได้จากแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวถึงความเชื่อมั่นว่าตนสามารถปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งชะลอความก้าวหน้าของโรค ซึ่งประกอบด้วย การจำกัดโซเดียมในอาหารและควบคุมปริมาณน้ำดื่ม การรับประทานยาให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ และการเฝ้าระวังและจัดการอาการและอาการแสดงที่เกิดจากภาวะโซเดียมและน้ำเกิน ประเมินโดยใช้แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว บุคคลากรด้านสุขภาพและบุคคลอื่นในสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุน ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากร ประเมินได้โดยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ ททัยรัตน์ เวชมนัส (2547)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยได้ศึกษา และทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. ภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 1.1 พยาธิสรีรวิทยา
 - 1.2 สาเหตุ และปัจจัยชักนำของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 1.3 การตรวจและวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 1.4 อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 1.5 ผลกระทบของภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 1.6 แนวทางการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว
2. แนวคิดและทฤษฎีการจัดการตนเอง
 - 2.1 แนวคิดและทฤษฎีการจัดการตนเอง
 - 2.2 การจัดการตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 3.1 ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 3.2 ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง
 - 3.3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน
 - 3.4 การสนับสนุนทางสังคม
4. บริบทการให้บริการของโรงพยาบาลชลบุรี

ภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นเส้นทางสุดท้ายของโรคหัวใจและหลอดเลือดหลายโรค มีอุบัติการณ์และความชุกของโรคเพิ่มขึ้น จากข้อมูลของประเทศสหรัฐอเมริกาที่ทำการศึกษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 44 ปี พบว่า มีผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้นปีละประมาณ 670,000 คน ในปัจจุบันมีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวประมาณ 5.8 ล้านคน (AHA, 2009) ประเทศญี่ปุ่นพบว่า มีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวประมาณ 2.4 ล้านคน (Van Der Wal et al., 2005) สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีกรรวบรวมสถิติจำนวนผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวโดยตรง แต่จากสถิติจำนวนผู้ป่วยสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัว และระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ที่เข้ามารักษาในแผนกผู้ป่วยนอกด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวของสถานบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศพบว่า ในปี พ.ศ. 2551 มีจำนวน 132,138 ในปี พ.ศ. 2551 มีจำนวน 142,743 และในปี พ.ศ. 2553 มีจำนวน 147,197 ราย (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2553)

ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) หมายถึง ภาวะที่กล้ามเนื้อหัวใจไม่สามารถบีบตัวส่งเลือดและออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อต่าง ๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอกับความต้องการทั้งในขณะพักหรือขณะออกแรง (ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล, 2549) เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่เกิดจากความผิดปกติในส่วนกายวิภาค โครงสร้าง การทำหน้าที่ของหัวใจหรือจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่หัวใจ (Watson, Hood, & May, 2006) ส่งผลให้มีการคั่งของน้ำในร่างกาย อีกทั้งยังทำให้มีเลือดคั่งในปอด (Pulmonary congestion) อาการแสดงที่สำคัญ (Cardinal manifestations) คือ หายใจลำบาก อ่อนเพลีย แขน และขาบวม (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549; สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2546; Francis, Gassler, & Sonnenblick, 2001) ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรม หรือออกกำลังกายลดลง

พยาธิสรีรวิทยา

หัวใจที่ปกติสามารถทำหน้าที่ตอบสนองความต้องการใช้ออกซิเจนของร่างกายที่เพิ่มขึ้นได้โดยการใช้กำลังสำรองของหัวใจ (Cardiac reserve) แต่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกำลังสำรองของหัวใจลดลงอย่างมาก หัวใจไม่สามารถบีบตัวส่งเลือดให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย จึงมีกลไกการชดเชยของร่างกาย (Compensatory mechanisms) โดยการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) เกิดการหลั่ง Neurohormonal mediators ต่าง ๆ ทำให้เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ (Increased heart rate) หลอดเลือดค้ำหดตัว หัวใจมีการบีบตัวเร็วขึ้นแรงขึ้น มีการดูดกลับของน้ำและเกลือโซเดียมเพิ่ม จากการทำงานของระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน-อัลโดสเตอโรน (Renin-angiotensin-aldosterone system) เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจหนาตัวขึ้น (Myocardial hypertrophy) ใยกล้ามเนื้อของหัวใจจะถูกยืดขยายมากขึ้น เพื่อช่วยให้ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีเพิ่มขึ้นตามกฎของ Frank-Starling's Law (ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล, 2549)

การเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ การเพิ่มปริมาตรเลือดที่หัวใจบีบออกแต่ละครั้ง การหดตัวของหลอดเลือดแดง การเพิ่มแรงในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ และการหนาตัวอย่างผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากกลไกการชดเชยของร่างกาย เพื่อปรับให้ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจส่งออกก่อนที่เป็นปกติ ซึ่งเมื่อปรับได้แล้วร่างกายจะมีการผลิตสารต่าง ๆ ออกมาปรับควบคุมให้เกิดความสมดุลของการไหลเวียนใหม่ แต่ถ้าพยาธิสภาพที่เป็นสาเหตุไม่ได้รับการแก้ไข กลไกชดเชยที่ทำหน้าที่นานเกิน จะทำให้การทำงานของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจเปลี่ยนไป การบีบตัวจะไม่มีประสิทธิภาพ แรงกดดันในผนังหัวใจจึงยังเพิ่มขึ้น และเพิ่มความต้องการใช้ออกซิเจน ซึ่งเสริมให้หัวใจทำหน้าที่ผิดปกติมากขึ้น นอกจากนี้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจที่มียื่นผิดปกติ

จะตายก่อนกำหนด ซึ่งส่งผลต่อเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ การทำงานของหัวใจเลวร้ายมากขึ้นไปอีก เมื่อกลไกชดเชยล้มเหลว ปริมาตรเลือดในเวนตริเคิลซ้ายเมื่อสิ้นสุดการคลายตัวจะเพิ่มขึ้นการมีเลือดเหลือค้างในเวนตริเคิล ทำให้เลือดจากเอเตรียมไม่สามารถเข้าสู่เวนตริเคิลได้หมด เอเตรียมซ้ายจึงต้องทำงานมากขึ้นเพื่อบีบไล่เลือดสู่เวนตริเคิล เกิดการยืดขยายและหนาตัวอย่างผิดปกติ จนไม่สามารถรับเลือดที่มาจากหลอดเลือดดำพัลโมนารีได้ ความดันในเอเตรียมจะสูงขึ้น ต่อเนื่องไปเพิ่มความดันในระบบหลอดเลือดของปอดและก่อให้เกิดภาวะปอดบวมน้ำในที่สุด (ผ่องพรรณอรุณแสง, 2549)

สาเหตุและปัจจัยชักนำของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการทางคลินิกซึ่งโดยทั่วไปผู้ป่วยจะมีพยาธิสภาพที่ทำให้หัวใจมีความผิดปกติอยู่แล้ว ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่สาเหตุ และลดปัจจัยเสี่ยง จะทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (Carelock & Clark, 2001; Fonarow et al., 2008) ดังนี้

1. สาเหตุพื้นฐาน (Underlying cause) เป็นสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว แบ่งได้เป็น 2 อย่าง คือ การทำงานของหัวใจที่เพิ่มขึ้นผิดปกติและการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ

1.1 การทำงานของหัวใจที่เพิ่มขึ้นผิดปกติ การทำงานของหัวใจจะเพิ่มขึ้น เนื่องจากปริมาตรเลือดมากเกินไป (Volume overload) หรือหัวใจต้องบีบแรงจนเกินกำลัง (Pressure overload) ปกติเมื่อปริมาตรเลือดก่อนหัวใจบีบตัวเพิ่มขึ้นจะทำให้เพิ่มแรงบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ แต่เมื่อปริมาตรเลือดก่อนหัวใจบีบตัว (Preload) มากเกินที่เวนตริเคิลจะรับได้ ทำให้ลดแรงบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ จำนวนเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที (Cardiac output) จึงลดลงทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (DeWalt et al., 2004; Francis et al., 2001)

1.2 การทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ เป็นภาวะที่ขัดขวางต่อการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ คือ การมีพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับกล้ามเนื้อหัวใจ ได้แก่ กล้ามเนื้อหัวใจตาย กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรง ซึ่งจะทำให้การบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ปริมาตรของเลือดที่ออกจากหัวใจจึงลดลง และมีภาวะภายนอกที่บีบรัดหัวใจทำให้เวนตริเคิลไม่สามารถรับเลือดและบีบตัวได้เต็มที่ ได้แก่ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ หัวใจถูกบีบกดจากการมีปริมาณของเหลว เช่น น้ำ หنون หรือเลือดภายในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ (Watson, 2006)

2. สาเหตุชักนำ (Precipitating cause) เป็นสาเหตุที่กระตุ้นให้ผู้ที่มมีปัญหาเกี่ยวกับหัวใจอยู่ก่อนแล้ว มีการทำงานของหัวใจเพิ่มขึ้นจนเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมา คือ

2.1 การมีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ เป็นสาเหตุชักนำที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้บ่อย และในผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของระบบสื่อไฟฟ้าของหัวใจ มีจำนวนเซลล์นำไฟฟ้าบริเวณจุดกำเนิดไฟฟ้าลดลงทำให้มีภาวะหัวใจเต้น ผิดจังหวะได้ง่ายซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุ (Burke & Laranie, 2000)

2.2 การเกิดการอุดตันภายในหลอดเลือดแดงปอด ผู้ป่วยที่มีกิจกรรมน้อย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ จะทำให้มีปริมาณเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาทีน้อย และมีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดลิ่มเลือดบริเวณส่วนปลายของร่างกาย บริเวณอุ้งเชิงกราน จะเกิดลิ่มเลือดล่องไปอุดตันที่ปอดอาจจะทำให้มีการเพิ่มความดันในหลอดเลือดแดงของปอดอย่างเฉียบพลัน ทำให้หัวใจห้องล่างขวามีเลือดคั่งและขยายใหญ่ขึ้นเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวมากขึ้น (Watson et al., 2006)

2.3 การติดเชื้อ การติดเชื้อของร่างกายในส่วนใดก็ตามอาจจะเป็นสาเหตุชักนำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากการติดเชื้อจะทำให้มีไข้ หัวใจเต้นเร็วขึ้น ออกซิเจนในเลือดต่ำ และการเพิ่มความต้องการการเผาผลาญจากผลของการติดเชื้อ ทำให้หัวใจทำงานหนักจนเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ (Watson, 2006)

2.4 ภาวะโลหิตจาง เนื่องจากมีจำนวนเม็ดเลือดแดงลดลง ผู้ที่มีโรคหัวใจอยู่ก่อนแล้ว จะเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ง่ายถ้ามีภาวะโลหิตจางร่วมด้วย เนื่องจากหัวใจจะทำงานหนักมากขึ้นเพื่อเพิ่มปริมาณเลือดและเพิ่มออกซิเจนในเซลล์และเนื้อเยื่อได้อย่างเพียงพอ แต่เนื่องจากหัวใจมีพยาธิสภาพอยู่แล้วจึงไม่สามารถแบกรับภาระที่หนักเกินกำลัง จึงเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวขึ้น ในรายที่ผู้ป่วยมีภาวะโลหิตจางอย่างเรื้อรัง หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น ในระยะแรก ๆ หัวใจจะสามารถชดเชยได้ แต่ถ้าภาวะโลหิตจางยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่อง โดยไม่ได้รับการแก้ไข จะเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมาได้ แม้ว่าจะไม่ได้เป็นโรคหัวใจมาก่อนก็ตาม

2.5 สาเหตุอื่น ๆ ได้แก่ การออกกำลังกายมากเกินไป การรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบไม่ถูกต้อง เช่น ได้รับเกลือมากเกินไป สิ่งแวดล้อมที่ร้อนหรือชื้นเกินไป และการมีภาวะเครียด (สมจิต หนูเจริญกุล, 2541)

การตรวจและวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลว

การวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลว ต้องอาศัยการซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างละเอียด ร่วมกับอาการและอาการแสดงที่ตรวจพบ เนื่องจากอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีลักษณะคล้ายกับโรคอื่น ๆ เช่น โรคไตวาย โรคปอด โรคของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี โรคของผนังทรวงอก เป็นต้น จึงอาจทำให้การวินิจฉัยโรคผิดพลาดได้ ดังนั้นการวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวบางครั้งต้องอาศัยการตรวจพิเศษเพิ่มเติม เพื่อระบุการวินิจฉัยให้แน่ชัดมากยิ่งขึ้น (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย)

ไทย, 2551; ESC Committee for Practice Guidelines, 2008)

1. การซักประวัติ ผู้ป่วยมักให้ประวัติว่ามีอาการเหนื่อยขณะออกกำลังกาย นอนราบไม่ได้ ต้องลุกขึ้นมา นั่งตอนกลางคืน ซึ่งเป็นอาการที่ค่อนข้างจำเพาะ มีความไวในการวินิจฉัยโรคประมาณร้อยละ 30-60 และมีความแม่นยำในการวินิจฉัยโรคประมาณร้อยละ 26 (ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล, 2549)

2. การตรวจร่างกายลักษณะโดยทั่วไป ดูจากลักษณะภายนอกของผู้ป่วย เช่น หายใจหอบเหนื่อย พบได้ร้อยละ 66 นอนราบไม่ได้ พบร้อยละ 21 บวม พบได้ร้อยละ 25 ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ร้อยละ 80 ไม่มีเสียงปอดผิดปกติ เนื่องจากร่างกายสามารถกำจัดน้ำที่คั่งในปอดผ่านทางระบบน้ำเหลืองได้มากขึ้น เสียง S₃ gallop มีความจำเพาะต่อหัวใจล้มเหลวสูงถึงร้อยละ 95 Cheyne-stokes respiration พบได้ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะท้ายๆ (ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล, 2549)

3. การตรวจพิเศษ

3.1 การตรวจภาพรังสีปอด (Chest X ray) เป็นการตรวจที่มีความสำคัญในการที่จะช่วยวินิจฉัยผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในรายที่มีอาการแสดงไม่ชัดเจน เพื่อบอกขนาดและรูปร่างของหัวใจ การตรวจพบหัวใจโต และมี Pulmonary venous congestion บ่งว่า มีการบวมตัวของหัวใจผิดปกติ และมีความดันในหัวใจห้องล่างซ้ายเพิ่มขึ้น หัวใจโตอาจไม่พบในผู้ป่วย Acute heart failure หรือผู้ป่วยกลุ่มที่มี Diastolic dysfunction ลักษณะเฉพาะของกล้ามเนื้อหัวใจห้องซ้ายล้มเหลว คือ ภาพเงาของหัวใจจะขยายใหญ่ขึ้น ในระยะแรกหลอดเลือดดำที่ปอดจะขยายตึงจากการมีเลือดคั่ง และถ้าหัวใจล้มเหลวรุนแรงเพิ่มขึ้นจะพบภาวะของน้ำท่วมปอด นอกจากนี้ อาจตรวจพบความผิดปกติของปอดหรือความผิดปกติอื่นที่ช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคจากโรคปอดหรือหลอดลมตีบที่เป็นสาเหตุของอาการเหนื่อยหอบได้อีกด้วย (Greenberg & Barnard, 2005)

3.2 การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiography [EKG]) เป็นการตรวจวิธีหนึ่ง ที่ควรตรวจในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทุกราย เนื่องจากการพบคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ปกติจะช่วยบอกสาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลวได้ เช่น การเต้นของหัวใจห้องบนแบบสั่นพลิ้ว (Atrial fibrillation หรือ Flutter) ซึ่งอาจเป็นสาเหตุชักนำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว การตรวจพบ Q wave บ่งบอกถึงการมีกล้ามเนื้อหัวใจตายทำให้ประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจลดลงหรือการพบ Left bundle branch block หรือ QRS complex กว้างกว่าปกติ บ่งบอกถึงการนำสัญญาณไฟฟ้าภายในหัวใจที่ช้าผิดปกติ เป็นต้น การตรวจพบคลื่นไฟฟ้าหัวใจร่วมกับการตรวจอาการทางคลินิกช่วยให้สามารถประเมินสาเหตุการเกิดและนำไปสู่การรักษาที่ถูกต้อง

3.3 การตรวจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง (Echocardiogram) เป็นวิธีการตรวจโดยอาศัยหลักการของคลื่นเสียงที่มีความถี่สูงผ่านบริเวณทรวงอกเข้าไปที่หัวใจ คลื่นเสียงจะผ่านไปตามเนื้อเยื่อสะท้อนกลับด้วยคลื่นและความเร็วที่ต่างกันตามความหนาแน่นของเนื้อเยื่อ จากนั้นจะแปลงสัญญาณเพื่อสร้างภาพให้ปรากฏบนจอภาพของเครื่องตรวจ เป็นการตรวจที่มีประโยชน์มาก เพราะสามารถช่วยบอกลักษณะทางกายวิภาค และสรีรวิทยาของหัวใจได้ ทำให้เข้าใจกลไกการเกิดหัวใจล้มเหลวในผู้ป่วยแต่ละราย ดังนั้นจึงควรจะทำในผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นชั่วคราว (Parameter) ที่สำคัญที่สุดในการจำแนกผู้ป่วยออกเป็นกลุ่ม Systolic dysfunction และกลุ่ม Normal หรือ Preserved systolic function คือ Left Ventricular Ejection Fraction (LVEF) ซึ่งบอกถึงประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย มีค่าเท่ากับอัตราส่วนระหว่างปริมาตรเลือดที่หัวใจบีบหนึ่งครั้ง (Stroke volume) ต่อปริมาตรเลือดก่อนที่หัวใจจะบีบ (Left ventricular end diastolic volume) ผู้ป่วย Systolic heart failure จะมีค่า Ejection fraction ต่ำกว่า 40% (EF < 40%) ผู้ป่วยที่มีค่า EF ระหว่าง 40-60% นั้นจะจัดว่ามี Mild systolic dysfunction

3.4 การตรวจหาระดับ B-type Natriuretic Peptide [BNP] หรือ NT pro-BNP เป็นการตรวจวินิจฉัยแบบใหม่ โดยจะเป็นการตรวจหาสารชนิดหนึ่ง คือ BNP ซึ่งสารชนิดนี้จะถูกหลั่งออกมาจากหัวใจห้องล่างเป็นหลัก เป็นผลมาจากการที่ความดันในห้องหัวใจสูงขึ้นทำให้ผนังห้องหัวใจถูกยืดออก ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีการหลั่งสารชนิดนี้ เพื่อไปออกฤทธิ์ที่ไตให้เพิ่มอัตราการกรองเลือดที่ไต เกิดการขับน้ำออกจากร่างกายมากขึ้น ในคนปกติระดับ BNP และ NT-proBNP ในเลือดจะมีค่าใกล้เคียงกันคือประมาณ 10 pmol/L แต่ในรายที่มี LV dysfunction ระดับ NT-proBNP จะสูงกว่าระดับ BNP ประมาณ 4 เท่า ดังนั้นการวัดระดับ NT-proBNP ในเลือด จึงมีความแม่นยำสูง การตรวจหาสาร BNP จึงเป็นการตรวจเพื่อคัดกรอง และวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลว (Greenberg & Barnard, 2005)

3.5 การสวนหัวใจ (Cardiac catheterization) เป็นวิธีการตรวจโดยการสอดสายยางขนาดเล็กประมาณ 2 มิลลิเมตร เข้าไปในหลอดเลือดแดงใหญ่บริเวณขาหนีบหรือข้อมือ ผ่านเข้าไปในหลอดเลือดหัวใจหรือห้องหัวใจ จากนั้นทำการฉีดสารทึบรังสีและถ่ายภาพเอกซเรย์แล้วบันทึกภาพส่วนต่าง ๆ ของระบบหัวใจและหลอดเลือด เพื่อประเมินความคิดปกติ ตรวจวัดแรงดันในห้องหัวใจ และประเมินการตีตันของหลอดเลือดโคโรนารี เนื่องจากผู้ป่วยภาวะหัวใจช่วงบีบตัวล้มเหลว (Systolic heart failure) มักพบว่าประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยมีโรคหลอดเลือดโคโรนารีตีบร่วมด้วย การตรวจสวนหัวใจสามารถช่วยวินิจฉัยแยกโรคและนำไปสู่การรักษาที่มีประโยชน์ เช่น การทำหัตถการของหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention [PCI]) หรือการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Bypass Graft [CABG]) ซึ่งเป็นการแก้ไขสาเหตุ

ของภาวะหัวใจล้มเหลวที่เกิดขึ้น (รังสฤษฎ์ กาญจนวณิช, 2546)

อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว

จากกลไกการชดเชยของร่างกายจะทำให้ปริมาตรเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาทีปกติ แต่เมื่อใดก็ตามเมื่อร่างกายไม่สามารถปรับตัวได้จะทำให้มีปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลงเกิดการคั่งของเลือดในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายทำให้เกิดอาการและอาการแสดงต่อไปนี้ (Greenberg & Barnard, 2005)

1. อาการเหนื่อยหอบ (Dyspnea) เป็นอาการสำคัญและพบบ่อยมากในภาวะหัวใจล้มเหลวมีความรุนแรงเรียงลำดับจากน้อยไป就多ดังนี้

1.1 อาการเหนื่อยหอบเวลาออกแรง (Dyspnea on exertion [DOE]) เป็นอาการแรกสุดของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวของหัวใจห้องล่างซ้าย (Left-side heart failure) จากการที่ปริมาตรเลือดในหัวใจห้องล่างซ้ายในขณะคลายตัวเพิ่มขึ้นและมีความดันเพิ่มขึ้น ทำให้หัวใจห้องบนซ้ายไม่สามารถบีบเลือดลงสู่ห้องล่างซ้ายได้ ความดันของเลือดในหัวใจห้องบนซ้ายจึงสูงขึ้น ดังนั้นหลอดเลือดปอดมีความดันภายในจะสูงขึ้นทำให้มีการคั่งของเลือดภายในปอดทำให้เกิดอาการเหนื่อยหอบ

1.2 อาการเหนื่อยหอบที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยนอนหงายราบ (Orthopnea) อาการจะดีขึ้นหรือหายไปเมื่อดูนั่งหรือหนุนหมอนให้ศีรษะและลำตัวส่วนบนสูงขึ้น เนื่องจากการนอนราบทำให้เลือดดำไหลกลับเข้าสู่หัวใจมากขึ้น ทำให้หัวใจทำงานหนัก และท่านอนราบกระบังลมจะสูงขึ้นจะเบียดปอดทำให้ปอดขยายตัวไม่ดี

1.3 อาการเหนื่อยหอบในเวลากลางคืน (Paroxysmal Nocturnal Dyspnea [PND]) คืออาการเหนื่อยหอบกลางดึกโดยเกิดขึ้นหลังจากนอนหลับแล้ว 3-4 ชั่วโมง ผู้ป่วยลุกนั่งทันทีพร้อมกับความรู้สึกอึดอัด หายใจไม่ออก ต้องการอากาศหายใจ บางครั้งมีอาการหลอดลมหดรัดเกร็ง (Bronchospasm) ร่วมด้วย สาเหตุเกิดจากในขณะที่นอนราบ จะทำให้มีการไหลกลับของเลือดเข้าสู่หัวใจและปอดมีมากขึ้น ทำให้มีการคั่งของน้ำระหว่างเซลล์ของหัวใจและปอดเพิ่มมากขึ้น การแลกเปลี่ยนออกซิเจนลดลงเกิดอาการหายใจลำบากเกิดขึ้น (Greenberg & Barnard, 2005)

1.4 อาการเหนื่อยหอบจากภาวะน้ำท่วมปอด (Pulmonary edema) เป็นอาการเหนื่อยหอบอย่างรุนแรงร่วมกับอาการเหงื่อออก ซึ่งถ้าดูจากผลการตรวจทางรังสีของปอดจะพบว่ามีอาการคั่งของน้ำหรือเลือดในปอด (Lung congestion)

2. ไอ เป็นอาการสำคัญของหัวใจห้องซ้ายล้มเหลว เกิดขึ้นเนื่องจากมีการคั่งของน้ำในแขนงปอดทำให้มีการระคายเคืองต่อเยื่อหุ้มปอด เป็นอาการไอแห้ง ๆ หรืออาจมีเสมหะหรือไม่มีก็ได้ มักเกิดขึ้นในตอนกลางคืนร่วมกับอาการหอบเหนื่อย และมีเสมหะเป็นฟองสีชมพูออกจากปาก

หรือจมูก (Pink frothy sputum) เสี่ยงหายใจมีลักษณะของการหดรัดเกร็งของหลอดเลือดเนื่องจากเส้นเลือดดำฝอยที่ปอดแตกเพราะมีความดันในเลือดสูง

3. บวม (Edema) น้ำหนักตัวเพิ่ม พบได้บ่อยในภาวะที่หัวใจข้างขวาล้มเหลว เกิดจากปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง ทำให้เลือดไปที่ไตน้อยลง ทำให้อัตราการกรองที่ไต (Glomerular filtration) ลดลง การขับโซเดียมและน้ำลดลง ในขณะที่เดียวกันปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงไตลดลงจะกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนอัลโดสเตอโรน โดยต่อมหมวกไตชั้นนอก (Adrenal cortex) ทำให้ไตเพิ่มการดูดซึมน้ำกลับและเมื่อไตดูดซึมน้ำกลับมามากขึ้น ทำให้แรงดัน (Osmotic pressure) สูงขึ้น ทำให้กระตุ้นต่อมใต้สมองส่วนหน้า (Hypothalamus) หลั่งฮอร์โมนแอนตี้ไดยูเรติก (Antidiuretic) ที่ยับยั้งการขับปัสสาวะออกมา ซึ่งทำให้เพิ่มการดูดซึมน้ำกลับมากขึ้น จึงทำให้ปัสสาวะออกน้อย เกิดอาการบวมขึ้น

4. ภาวะสมองพร่องออกซิเจน (Cerebral anoxia) เกิดจากปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง เลือดไปเลี้ยงที่สมองลดลง ทำให้มีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ความจำเสื่อม นอนไม่หลับ และอาจมีอาการประสาทหลอนได้ นอกจากนี้หากผู้ป่วยมีแบบแผนการหายใจแบบซินสโตค (Cheyne stoke respiration) คือ การหายใจเร็วลึกสลับกับการหายใจค่อย ๆ ช้าลงจนหยุดหายใจแล้วเริ่มหายใจใหม่ จะทำให้เกิดภาวะสมองพร่องออกซิเจนได้ มักเกิดในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีโรคหัวใจหลอดเลือด ความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองตีบร่วมด้วย

5. อ่อนเพลีย (Weak) และอ่อนล้า (Fatigue) เกิดเนื่องจากการปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง ทำให้ออกซิเจนที่ไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่าง ๆ ลดลง และอัตราการขับของเสียจากเนื้อเยื่อเข้ามาในระบบไหลเวียนเลือดลดลง ทำให้มีของเสียคั่งอยู่ในเนื้อเยื่อต่าง ๆ มาก

6. อาการของระบบทางเดินอาหาร เป็นผลจากการมีเลือดคั่งในหลอดเลือดของกระเพาะอาหาร ลำไส้ ผู้ป่วยมักมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน แน่นท้อง ท้องอืดและท้องผูก บางครั้งอาจมีการเน่าตายของลำไส้เกิดขึ้นได้ในภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรง เนื่องจากหลอดเลือดแดงของช่องท้องบีบรัดตัว

7. หลอดเลือดดำใหญ่บริเวณคอโป่งพอง (Neck vein engorged) เป็นลักษณะที่แสดงว่ามีการคั่งของน้ำในหลอดเลือดดำ จากการขยายของหลอดเลือดดำที่คอ ทำให้แรงดันในหัวใจซีกขวาสูงขึ้นการไหลกลับของเลือดดำจากศีรษะและคอมายังหลอดเลือดดำใหญ่ทำให้เกิดการโป่งพองของหลอดเลือด

ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว

ปัจจุบันการแบ่งความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถแบ่งได้ 2 ลักษณะ

ตามระยะของโรคหรือการดำเนินของโรค และแบ่งตามความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย โดยสมาคมแพทย์โรคหัวใจในอเมริกาและสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา American College of Cardiology/ American Heart Association [ACC/ AHA] (ริงสฤษฏ์ กาญจนะวณิชย์, 2546; American Heart Association, 2005) แบ่งระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวตามการดำเนินของโรคเป็น 4 ขั้นดังนี้

ขั้นที่ 1 (Stage A) ผู้ป่วยมีที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว แต่ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพที่ชัดเจนและไม่มีความคิดปกติของการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ เชื้อหุ้มหัวใจหรือลิ้นหัวใจ ผู้ป่วยเหล่านี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี มีประวัติเคยมีกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคลิ้นหัวใจผิดปกติ มีประวัติโรคหัวใจในครอบครัว การได้รับยาหรือสารที่เป็นพิษต่อหัวใจและการดื่มสุราเรื้อรัง

ขั้นที่ 2 (Stage B) ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพของหัวใจแล้วแต่ยังไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น ผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อเวนต์เกิดหนา (Left ventricle hypertrophy) การทำงานของหัวใจบกพร่องจากเบาหวาน (Diabetic cardiomyopathy) หรือหัวใจโตจากลิ้นหัวใจผิดปกติแต่ยังไม่แสดงอาการ

ขั้นที่ 3 (Stage C) ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของหัวใจและกำลังมีหรือเคยมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นอาการที่ยังสามารถควบคุมอาการ โดยการรักษาด้วยยามาตรฐาน

ขั้นที่ 4 (Stage D) มีพยาธิสภาพของหัวใจขั้นรุนแรงเป็นระยะสุดท้าย มีอาการแม้อยู่ในระยะพัก ไม่สามารถควบคุมด้วยยามาตรฐานและต้องได้รับการรักษาพิเศษเพิ่มเติม

สมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (The New York Heart Association) ได้จำแนกความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ตามเกณฑ์การจำแนกสมรรถนะการทำหน้าที่ (The New York Heart Association Functional Classification, NYHA-FC) โดยพิจารณาจากระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม และลักษณะอาการที่ปรากฏ ซึ่งระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว สามารถเปลี่ยนกลับไปกลับมาได้ภายหลังการรักษาและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ซึ่งใช้กันบ่อยในการประเมินสถานะผู้ป่วยทั้งทางคลินิกและการทำวิจัย มักรู้จักกันว่าเป็น New York Heart Association Functional Classification of Heart Failure แบ่งเป็น 4 ระดับดังนี้ (Demers et al., 2000)

NYHA-FC I คือ ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมตามปกติ

NYHA-FC II คือ มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย จะสบายขณะพัก จะมีอาการเหนื่อยล้า ใจสั่น หายใจลำบากหรือเจ็บหน้าอกเมื่อทำกิจกรรมตามปกติ

NYHA-FC III คือ มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม จะมีอาการสบายเวลาพัก จะมีอาการเหนื่อยล้า ใจสั่น หายใจลำบากหรือเจ็บหน้าอกเมื่อทำกิจกรรมน้อยกว่าปกติ

NYHA-FC IV คือ ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างสบาย หรือมีอาการเจ็บหน้าอก แม้ในขณะพัก และจะมีอาการมากขึ้นเมื่อมีกิจกรรมมากขึ้น

ผลกระทบของภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะเจ็บป่วยที่มีพยาธิสภาพ และความความก้าวหน้าของโรคแบบค่อยเป็นค่อยไปอย่างช้า ๆ ความเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจสังคมและจิตวิญญาณ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อ ครอบครัว และสังคม ดังต่อไปนี้

1. ผลกระทบต่อผู้ป่วย

1.1 ผลกระทบด้านร่างกาย ภาวะหัวใจล้มเหลว ทำให้ผู้ป่วยและเนื้อเยื่อต่าง ๆ ได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ ผู้ป่วยจึงเกิดอาการและอาการแสดงจากการที่เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ลดลง เช่น เมื่อเลือดไปเลี้ยงสมองน้อยจะเกิดภาวะสมองพร่องออกซิเจน (Cerebral anoxia) ผู้ป่วยจะมีอาการความจำเสื่อม นอนไม่หลับ และอาจมีอาการประสาทหลอน เลือดที่ไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่าง ๆ ลดลง การขับของเสียจากเนื้อเยื่อเข้ามาในระบบไหลเวียนเลือดลดลง ทำให้มีของเสียคั่งอยู่ในเนื้อเยื่อต่าง ๆ มาก ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย อ่อนล้า เกิดความทนต่อการปฏิบัติกิจกรรม และการออกกำลังกายลดลง จากการสำรวจในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 11,062 ราย พบว่ามีอาการอ่อนเพลีย ร้อยละ 68 (Cleland et al., 2002) เมื่อเลือดไปเลี้ยงไตลดลง ปัสสาวะออกน้อยลง ทำให้มีการกักเก็บน้ำและโซเดียมไว้ เกิดภาวะน้ำเกินในร่างกาย (Volume overload) ทำให้มีอาการบวม มีน้ำคั่งตามแขน ขา และอวัยวะต่าง ๆ เช่น ปอด ทำให้ปอดขยายตัวลดลงประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ลดลง ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนศีรษะสูงกว่าปกติไม่สามารถ นอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง ต้องนั่งพุง หรือนอนศีรษะสูงมาก (Lip, Gibbs, & Beevers, 2000) อาจต้องลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืนเป็นช่วง ๆ ถ้าเป็นรุนแรงขึ้นผู้ป่วยจะไม่สามารถนอนราบได้ หากไม่ได้รับการแก้ไข จะเกิดการหายใจล้มเหลว ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ ไอเป็นฟองสีชมพู อาจทำให้เสียชีวิตได้ (Brunner & Suddarth, 2000; Parson, 2000) และเมื่อเลือดไปเลี้ยงไตน้อยลงเป็นเวลานานจะเกิดภาวะไตวายตามมา ส่งผลให้เกิดภาวะของเสียคั่ง (Moser & Riegel, 2008) นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้รับผลกระทบจากการใช้ยา เช่น อาการไอ จากฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยาต้านเอนไซม์แองจิโอเทนซิน (Brackbill, Bashaw-Keaton, & Sytsma, 2007) อาการคลื่นไส้ อาเจียน หัวใจเต้นช้า ความดันโลหิตต่ำ หัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน เลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายไม่พอหายใจลำบาก หลอดลมหดรัดเกร็ง ปวดศีรษะ ผื่นแดง น้ำตาลในเลือดต่ำ และตับอ่อนอักเสบ จากฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยากดกล้ามเนื้อหัวใจเต้นผิดปกติ หัวใจล้มเหลว ไข้ คัน ลมพิษ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ระคายเคืองต่อกระเพาะอาหาร อาการน้ำลายไหล ปวดท้อง ท้องเดิน ปวดศีรษะ มองเห็นผิดปกติ เช่น ตาพร่า เห็นแสงสีขาวในวัตถุทึบ เห็นเป็นสีเขียว สีเหลือง หรือเห็นภาพเล็ก

กว่าของจริง จากพิษของยาดีจิตาลิส ภาวะโปสต์เซียมดำจากการได้รับยาขับปัสสาวะ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2541)

1.2 ผลกระทบต่อจิตใจและจิตวิญญาณ ภาวะหัวใจล้มเหลวทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายทำให้ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจคือ จะเกิดความวิตกกังวล กลัว เนื่องจากมีอาการเหนื่อย หอบ ซึ่งคุกคามชีวิต กลัวการรักษาที่ไม่เคยได้รับ วิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาในโรงพยาบาล สูญเสียพลังอำนาจและคุณค่าในตนเอง เนื่องจากความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงต้องพึ่งพาผู้อื่น (Scherb et al., 2011) และการที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต้องหยุดทำงานชั่วคราวทำให้มีความเป็นห่วงกังวลเรื่องงาน เรื่องค่ารักษาพยาบาล และเป็นห่วงครอบครัว ปัญหาเหล่านี้อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเครียดมากขึ้น (อัจฉรา เตชอุทธิพิทักษ์, 2547)

2. ผลกระทบต่อครอบครัว

2.1 ผลกระทบต่อสภาวะจิตสังคมของครอบครัว การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว ทำให้ผู้ป่วยมีแบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามบทบาทที่เคยปฏิบัติได้ เช่น ความต้องการทางเพศลดลง หรืองดการมีเพศสัมพันธ์ ภายหลังจากเจ็บป่วย และบางคนมีปัญหาเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส และนำไปสู่ปัญหาครอบครัว (Westlake, Dracup, Walden, & Fonarow, 1999) ข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ลดลงทำให้เป็นภาระของของครอบครัว (Scherb et al., 2011) การปรับตัวหรือเปลี่ยนแปลงบทบาททั้งผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว อาจทำให้เกิดปัญหาครอบครัวตามมา รวมทั้งการต้องเผชิญกับภาวะเครียดทั้งของผู้ป่วยเองและครอบครัวอาจทำให้เกิดความไม่เข้าใจกันระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพได้ (Konstam, Moser, & Jong, 2005)

2.2 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะความเจ็บป่วยที่เรื้อรังต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ต่อเนื่องยาวนาน ผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องใช้ยาที่ไม่สามารถใช้สิทธิพิเศษเบิกได้ทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวมากขึ้น และเมื่อภาวะของโรคที่ก้าวหน้ารุนแรงมากทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งทำให้ป่วยและครอบครัว สูญเสียรายได้จากการไม่ได้ประกอบอาชีพ และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เพิ่มขึ้น ในการตรวจวินิจฉัยการรักษา และการฟื้นฟูสภาพที่ค่อนข้างสูง (Alexander et al., 2005) นอกจากนี้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่อยู่ในระยะสุดท้ายของโรคจะไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพทำให้ขาดรายได้ และเป็นภาระของครอบครัวในการหาผู้ดูแล ทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายหรือต้องมีบุคคลในครอบครัวที่ต้องหยุดงานเพื่อดูแลผู้ป่วย (Phillips, Harrison, & Houck, 2005)

3. ผลกระทบต่อสังคมโดยรวม

เนื่องจากของภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งมักไม่หายขาด มีการกำเริบของโรคเป็นครั้งคราวทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ทำให้รัฐต้องใช้งบประมาณในการดูแลรักษาเป็นจำนวนมาก จากการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในปี ค.ศ. 2010 คิดเป็นเงิน 39.2 พันล้านเหรียญสหรัฐ (Olin et al., 2010) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบบ่อย ๆ ไม่สามารถประกอบอาชีพ และบุคคลในครอบครัวต้องดูแลซึ่งอาจจะต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย ทำให้ขาดบุคคลากรและส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศอีกด้วย (Alexander et al., 2005; Phillips et al., 2005)

แนวทางการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว

ปัจจุบันพบว่า ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นภาวะเจ็บป่วยที่สามารถป้องกันได้ และสามารถให้การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นกว่าเดิมได้ (อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2547) เป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เน้นการควบคุมอาการของโรค ลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล รวมทั้งป้องกันและชะลอความเสื่อมของหัวใจ ซึ่งการรักษาประกอบด้วย การผ่าตัดและใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ การรักษาด้วยยา และการรักษาด้วยการไม่ใช้ยา โดยการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ร่วมกับ ชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2551; Olin et al., 2010; Dickstein et al., 2010)

1. การรักษาด้วยการผ่าตัดและใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ (Surgery and devices)

การผ่าตัดที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวได้แก่ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ร่วมกับ ชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2551)

1.1 การผ่าตัด CABG (Coronary Artery Bypass Grafting) การรักษาด้วยวิธีนี้จะช่วยเพิ่มเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจและหากเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสม การผ่าตัดจะช่วยให้กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวได้ดีขึ้น เช่น ในกรณีที่มีการตีบของหลอดเลือด Left main อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่มี LVEF น้อยกว่า 25% และอาการรุนแรง เช่น NYHA-FC IV มีความเสี่ยงต่อการผ่าตัดเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การศึกษาไม่ยืนยันว่า การรักษาด้วยวิธีนี้จะช่วยลดอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว จึงยังไม่แนะนำให้ทำการผ่าตัดนี้เป็น Routine management ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจ

1.2 การผ่าตัดซ่อมแซมลิ้นไมตรัล (Mitral valve surgery) ผู้ป่วย Severe systolic dysfunction ที่มีลิ้นไมตรัลรั่วรุนแรง (Severe mitral valve insufficiency) จากการภาวะหัวใจโต (LV dilatation) การผ่าตัดซ่อมลิ้นไมตรัล (Mitral reconstruction) อาจได้ผลดีในผู้ป่วยบางราย

1.3 การใส่เครื่องกระตุ้น (Cardiac Resynchronization Therapy [CRT]) เป็นการกระตุ้นหัวใจห้องล่างทั้งสองห้องให้บีบตัวสม่ำเสมอ และประสานกันโดย Bi-ventricular pacing ควรพิจารณาในผู้ป่วยที่มีหัวใจบีบตัวอ่อน ร่วมกับการบีบตัวของผนังหัวใจไม่สัมพันธ์กัน และยังคงมีอาการ (NYHA-FC III-IV) CRT จะช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น เพิ่มความสามารถในการออกกำลังกาย ลดอัตราการเข้าอยู่โรงพยาบาล และลดอัตราการตาย และการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (Heart transplant) พบว่า 20% ของผู้ป่วยที่เป็น Severe HF จะมีการบีบตัวของผนังหัวใจไม่สัมพันธ์กัน (Dys-synchrony) และทำให้เกิดลิ้นหัวใจไม่ตรัสรู้ การรักษาด้วยวิธี CRT ช่วยปรับกล้ามเนื้อหัวใจให้บีบตัวอย่างสัมพันธ์กัน และลดความรุนแรงของลิ้นหัวใจไม่ตรัสรู้

1.4 การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (Heart transplantation) ถือเป็นการรักษามาตรฐาน และเป็นการรักษาขั้นสุดท้าย มีข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีอาการมาก ไม่ตอบสนองต่อการรักษา และมีอาการเหนื่อยอยู่ตลอดเวลา

2. การรักษาด้วยยา

ยาที่ใช้ในการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวตามแนวทางการรักษาของสมาคมภาวะหัวใจล้มเหลวแห่งสหรัฐอเมริกา (Heart Failure Society of America, 2006) ประกอบด้วย

2.1 กลุ่มยาขับปัสสาวะ (Diuretic) ยาขับปัสสาวะเป็นกลุ่มยาที่จำเป็นในการลดอาการของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวจากภาวะน้ำเกินในร่างกาย มีฤทธิ์ขับเกลือโซเดียมและน้ำ ทำให้ปริมาณน้ำในร่างกายลดลง ลดการคั่งของน้ำในปอด เป้าหมายของการใช้ยาเพื่อเพิ่มปริมาณแรงดันในหัวใจห้องล่างซ้ายเพื่อคงไว้ซึ่งปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีและลดปริมาณน้ำที่คั่งในปอด โดยไม่ทำให้เกิดภาวะความดันในเลือดต่ำ (Szady & Hill, 2009) การให้ยาขับปัสสาวะจะช่วยลดอาการเหนื่อยหอบของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว และทำให้ความสามารถในการออกกำลังกายทำได้ดีขึ้น ข้อปฏิบัติในการจัดการตนเองขณะที่ได้รับยาชนิดนี้คือ

2.1.1 ควรรับประทานยาหลังอาหารในตอนเช้า ไม่ควรรับประทานยาก่อนนอน เพราะจะรบกวนการนอนหลับจากการที่ต้องลุกมาถ่ายปัสสาวะบ่อย

2.1.2 สังเกตความสมดุลของจำนวนน้ำปัสสาวะที่ขับออกกับจำนวนน้ำที่ดื่มในแต่ละวัน

2.1.3 สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงหลังได้รับยาขับปัสสาวะ เช่น อาการของความไม่สมดุลของน้ำ และอิเล็กโตรไลต์ เช่น การมีน้ำหนักร่างกายเพิ่มขึ้นหรือมีอาการบวมบริเวณใบหน้า หลังเท้า มือ แขนและขา อาการเหนื่อยหอบเพิ่มมากขึ้น หรือน้ำหนักตัวลดลงมากผิดปกติ อาการอ่อนเพลีย เป็นตะคริวบ่อย และอาจพบอัตราการเต้นของหัวใจผิดปกติ

2.1.4 ชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน หรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้งในเวลาเดิม คือ ทันทีที่ตื่นนอนและหลังการปัสสาวะแล้ว ด้วยเสื้อผ้าที่ใกล้เคียงกัน และตรวจสอบความแม่นยำของเครื่องชั่งที่ใช้เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนของน้ำหนักตัว และจดบันทึกน้ำหนักตัวทุกครั้ง และนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ นั่นคือ น้ำหนักตัวของผู้ป่วยในขณะที่ไม่มีภาวะน้ำคั่ง หรือขาดน้ำ เปรียบเทียบกับน้ำหนักตัวที่ชั่งกับน้ำหนักตัวที่เหมาะสม การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัว 1 กก. หมายถึง มีน้ำหนักในร่างกาย 1 กก. การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัว 2 กก. จากเกณฑ์ภายใน 3 วัน แสดงถึง ภาวะน้ำคั่งในร่างกายอย่างรุนแรง (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549) ผู้ป่วยควรปฏิบัติดังนี้ หากรับประทาน Thiazide อยู่ ให้เปลี่ยนเป็น Furosemide 20 มก./ วัน (ในผู้ป่วยที่การทำงานของไตปกติ) หากรับประทาน Furosemide อยู่แล้ว ให้เพิ่มขนาดจากเดิมเป็น 1.5-2 เท่า (โดยเพิ่มจำนวนครั้งก่อน เช่น เดิมรับประทาน 1 เม็ดเช้า ให้เพิ่มเป็น 1 เม็ดเช้า ½ เม็ดเที่ยง) ทำเช่นนี้จนกว่าน้ำหนักเข้าสู่ภาวะปกติ ระหว่างที่เพิ่มขนาดยาขับปัสสาวะนี้ แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีโปแตสเซียมสูงเพิ่มขึ้น เช่นกล้วย ส้ม หากน้ำหนักไม่ลดลงสู่ปกติใน 3-4 วัน หรือน้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมากกว่า 2 กก. ใน 3 วัน ผู้ป่วยควรพบแพทย์ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2551)

2.2 ยากลุ่มยับยั้งฤทธิ์ของแองจิโอเทนซิน (Angiotensin converting enzyme inhibitor [ACEI]) เป็นยาที่ยับยั้งการเปลี่ยนแปลงของระดับเรนินแองจิโอเทนซินอัลโดสเตอโรน (Reninangiotensin-aldosterone) คือ ยับยั้งการเปลี่ยนแปลงของแองจิโอเทนซินวัน (Angiotensin I) เป็นแองจิโอเทนซินทู (Angiotensin II) ส่งผลต่อการยับยั้งการดูดกลับของน้ำและโซเดียมในร่างกาย ร่วมกับขยายทั้งหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ ทำให้ลดทั้งปริมาณของเลือดในหัวใจห้องล่างก่อนหัวใจบีบตัว (Preload) หรือ/ และแรงต้านต่อการบีบตัวเพื่อให้เลือดออกจากหัวใจ (After load) ซึ่งสามารถแก้ไขภาวะหัวใจล้มเหลวได้ดี โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อยาดิจิตาลิสและยาขับปัสสาวะสามารถลดอัตราการตายจากหัวใจหยุดเต้นได้ การใช้ยาในกลุ่มนี้ควรใช้อย่างระมัดระวังในคนที่มีการคั่งของน้ำและโซเดียม ควรใช้ในขนาดต่ำ ๆ เนื่องจากยาามีผลทำให้ไตเสียหายที่ได้ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา อาการที่พบบ่อยคือ ไอเรื้อรัง ปวดศีรษะ วิงเวียน น้ำมูกไหล อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน ความดันโลหิตต่ำ ผื่นขึ้น บวม ต่อมรับรสเสีย (Brackbill et al., 2007)

2.3 กลุ่มดิจิตาลิส โกลโคไซด์ (Digitalis glycosides) ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์ด้วยการยับยั้งเอนไซม์โซเดียมโปแตสเซียม เอทีพีเอส (Na⁺/K⁺ ATPase) ทำให้โซเดียมในเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น มีผลต่อการแลกเปลี่ยนโซเดียมและแคลเซียมที่ผนังเซลล์ทำให้แคลเซียมเข้าเซลล์ได้มากขึ้น เพิ่มความสามารถในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ เพิ่มแรงบีบตัวของหัวใจ

ทำให้เกิดปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจหนึ่งครั้งและเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที การใช้ยาดิจิตาลิสควรระมัดระวังเพราะอาจเกิดพิษข้างเคียงได้ อาการที่พบได้แก่ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน มองเห็นผิดปกติ ปวดท้อง และมีอาการหัวใจเต้นช้าผิดปกติ หรือเต้นผิดจังหวะ การให้ยาไดจ็อกซิน (Digoxin) สามารถทำให้อาการ ผู้ป่วยคุณภาพชีวิต และความทนต่อการปฏิบัติกิจกรรมดีขึ้น การใช้ Digoxin ไม่มีผลในการลดอัตราการตายอย่างมีนัยสำคัญ แต่สามารถลดอัตราการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลได้อย่างชัดเจน เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับยา Digoxin (Morris, Hatcher, & Reddy, 2006)

2.4 กลุ่มยาปิดกั้นเบต้า (Beta blocker) ออกฤทธิ์ในการต้านตัวรับของเบต้าอะดรีเนอร์จิก (Beta-adrenergic) จึงลดการหลั่งอะดรีนาลินซึ่งมีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ดังนั้นการให้ยาในกลุ่มนี้จึงมีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยลดอัตราการเต้นของหัวใจทำให้เพิ่มระยะเวลาของการไหลของเลือดจากหัวใจห้องบนสู่ห้องล่างได้นานขึ้น ปริมาณออกจากหัวใจจึงเพิ่มขึ้นในขณะเดียวกันก็ทำให้การไหลของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ดีขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยป้องกันการปรับเปลี่ยนรูปร่างและขนาดของหัวใจห้องล่าง ทำให้หัวใจไม่ขยายขนาดและไม่หนาตัวมากขึ้นจึงช่วยให้การทำงานของหัวใจมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการและการทำงานของหัวใจดีขึ้น อาการเหนื่อยหอบลดลง ชะลอความก้าวหน้าของการเกิดอาการต่าง ๆ ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ดีขึ้น ลดอัตราการตายและอัตราการผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาได้แก่ ภาวะความดันโลหิตต่ำ อาการหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันในระยะแรกของการใช้ยา และภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ (Tomcsanyi, Wettstein, Toldy-Schedel, & Somloi, 2007)

2.5 กลุ่มยาสไปโรโนแลคโตน (Spironolactone) เป็นพวกสเตอรอยด์สังเคราะห์ที่มีโครงสร้างคล้ายกับฮอร์โมนอัลโดสเตอโรน ขัดขวางการดูดกลับของโซเดียมและน้ำ อันเป็นผลมาจากอัลโดสเตอโรนที่ทิวบูลส่วนปลาย แต่ไม่มีผลต่อการดูดกลับของโซเดียมที่ทิวบูลส่วนต้น ดังนั้นฤทธิ์ในการขับปัสสาวะจึงไม่แรง ผลที่ได้จากการใช้สไปโรโนแลคโตน คือ จำนวนปัสสาวะเพิ่มขึ้น มีการศึกษาพบว่า กลุ่มยา Spironolactone สามารถลดอัตราการตายเฉียบพลันในโรงพยาบาลและทำให้ NYHA class III-IV ดีขึ้น ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา อาจทำให้เกิดอาการสับสน ปวดศีรษะ แน่นอึดอัดท้อง มีผื่นขึ้นตามตัว มีไข้ ความดันโลหิตลดลง อาการและอาการแสดงของภาวะโปตัสเซียมในกระแสเลือดสูง (Guglin, Awad, Polavaram, & Vankayala, 2007)

3. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง

เป็นการรักษาแบบประคับประคอง เพื่อลดการทำงานของหัวใจซึ่งจะช่วยชะลอความเสื่อมของพยาธิสภาพของโรคไม่ให้รุนแรง มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการเกิดอาการกำเริบ

การกลับเข้ารับรักษาและลดอัตราการตาย ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง (จันทร์จิรา เกียรติสีสกุล, 2551; เขวภา บุญเที่ยง, 2545; รั้งสฤษฎ์ กาญจนะวิชย์, 2547; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับ ชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2551; Van Der Wal et al., 2005) ประกอบด้วย

3.1 การจำกัดโซเดียมในอาหารและควบคุมปริมาณน้ำดื่มเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพของหัวใจและหลอดเลือด พบว่า อาจทำให้การหลั่งของ Aldosterone สูงเป็น 20 เท่าของคนปกติ (ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล, 2549) Aldosterone ที่สูงขึ้นทำให้ไตเพิ่มการดูดกลับน้ำและเกลือ โซเดียมมากขึ้น ปริมาณพลาสมาในระบบ ไทลเวียนเพิ่มขึ้น ประกอบกับพยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีความดันเลือดค่าสูงขึ้นในปอด เกิดภาวะเลือดคั่งในปอด และความดันสูงขึ้นในระบบหลอดเลือดดำทั่วไป ผู้ป่วยภาวะหัวใจ ล้มเหลวจึงมีปริมาณน้ำในร่างกายมากเกิดภาวะบวมทั่วไปและปอดบวมน้ำ (Mori et al., 2009) เมื่อรับประทานเกลือมาก การเพิ่มขึ้นของเกลือ โซเดียมจะกระตุ้นความกระหายน้ำ ทำให้ต้องดื่มน้ำ มาก (Michael, Elisa, & Alan, 2008) ในการป้องกันการเกิดภาวะน้ำและเกลือคั่ง ผู้ป่วยต้องมีการจัดการในการจำกัด โซเดียมในอาหารและควบคุมปริมาณน้ำดื่มดังนี้

3.1.1 การจำกัดเกลือโซเดียมในอาหาร สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับ ชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย (2551) ให้คำแนะนำสำหรับ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวว่า ผู้ป่วยควรบริโภคเกลือวันละไม่เกิน 4 กรัม โดยการไม่เติมเกลือ หรือผลิตภัณฑ์จากเกลือในอาหารหลังปรุงเสร็จ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารกระป๋อง อาหาร สำเร็จรูป ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง (NYHA-FC IV) หรือจำเป็นต้องใช้ยาขับปัสสาวะในขนาดสูง ต้องจำกัดการบริโภคเกลือต่ำกว่า 2 กรัมต่อวัน โดยการไม่เติมเกลือหรือผลิตภัณฑ์จากเกลือลงใน อาหารทั้งในขณะที่ปรุงหรือหลังปรุง และต้องอ่านฉลากบรรจุภัณฑ์เพื่อดูปริมาณของเกลือ โซเดียม ในอาหาร หลีกเลี่ยงอาหารธรรมชาติที่มีส่วนประกอบของโซเดียมสูง เช่น อาหารทะเล นม ไข่ ขึ้นฉ่าย และผักคะน้า

3.1.2 ควบคุมปริมาณน้ำดื่ม ปัจจุบันแนวทางการปฏิบัติมาตรฐานในการดูแลรักษา ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แนะนำให้ผู้ป่วยมีการจำกัดปริมาณน้ำดื่ม (Swedberg et al., 2005) ซึ่ง การจำกัดน้ำจะช่วยลดปริมาณน้ำในร่างกาย ลดการคั่งของน้ำในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ช่วยทำให้ หัวใจห้องบนทำงานได้ดีขึ้น และยังช่วยลดขนาดยาขับปัสสาวะอีกด้วย (Colonna et al., 2003) สมาคมภาวะหัวใจล้มเหลวแห่งอเมริกาแนะนำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเล็กน้อยถึงปานกลาง ดื่มน้ำวันละไม่เกิน 2 ลิตร (Heart Failure Society of America 2006, Krum et al., 2006) ส่วนผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงให้ดื่มน้ำวันละไม่เกิน 1,000 มิลลิลิตร โดยน้ำที่ได้รับจะรวมถึงน้ำเปล่า

น้ำที่ผสมอยู่ในอาหาร เครื่องดื่มต่าง ๆ รวมทั้งน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำด้วย (ESC Committee for Practice Guidelines, 2008) สำหรับในประเทศไทยสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับ ชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย (2551) ให้คำแนะนำสำหรับ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวว่า ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง ไม่จำเป็นต้องจำกัดปริมาณน้ำอย่างเคร่งครัดนัก แต่ในผู้ป่วยที่มีอาการหอบเหนื่อยมาก ต้องใช้ยาขับปัสสาวะในขนาดสูง ผู้ป่วยโรคไตที่มีน้ำ และเกลือคั่งง่าย และผู้ป่วยที่มีภาวะ Hyponatremia ควรแนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำไม่เกิน 1.5 ลิตรต่อวัน

3.2 การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ความร่วมมือในการรับประทานยา

อย่างต่อเนื่อง จะมีผลทำให้การควบคุม โรคและอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวคงที่ ลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ การรับประทานยารักษาภาวะหัวใจล้มเหลวไม่สม่ำเสมอหรือหยุด รับประทานยาเอง โดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ ส่งผลให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้นได้ (Caldwell, Peters, & Dracup, 2005) สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับ ชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย (2551) ให้คำแนะนำว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องทราบ ชื่อของยาที่รับประทาน เป้าหมายของการรักษา เวลาในการรับประทาน ฤทธิ์และอาการข้างเคียง ของยาทุกตัว โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวร่วมหลายโรค ซึ่งยาแต่ละชนิดมีคุณสมบัติ การออกฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา แตกต่างกันไป ทำให้วิธีการบริหารและใช้ยาแต่ละชนิดแตกต่างกัน ตามคุณสมบัติของยา

3.3 การออกกำลังกาย สมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (AHA, 2005) แนะนำว่า การออกกำลังกายมีประโยชน์ต่อร่างกายและเสนอการออกกำลังกายเป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะใช้รักษา ร่วมกับการใช้ยาในการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จากการศึกษาของ อมราวดี บุญยรัตน์ (2550) โดยสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับผลของการออกกำลังกายในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 30 เรื่องพบว่า การออกกำลังกายทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสามารถในการทำกิจกรรม ได้เพิ่มขึ้น คุณภาพชีวิตดีขึ้นและไม่พบอันตรายที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือมีภาวะหัวใจล้มเหลว รุนแรงขึ้น ซึ่งการออกกำลังกายแนะนำในผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงตาม NYHA-FC I-III ส่วน ระดับ IV ยังไม่มีการศึกษาที่ดีพอที่จะยืนยันเกี่ยวกับการออกกำลังกาย (Colonna et al., 2003) ผู้ป่วย ที่ไม่มีอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว ควรออกกำลังกายทุกวันหรืออย่างน้อย 3-4 ครั้ง ต่อสัปดาห์ วันละ 15-45 นาที โดยเลือกวิธีออกกำลังกายที่เหมาะสมโดยคำนึงถึงข้อควรปฏิบัติดังนี้ (ปิยนุช รักพานิชย์, 2551)

3.3.1 เลือกวิธีออกกำลังกายที่เหมาะสม ไม่ออกกำลังกายประเภทที่ใช้แรงมาก ไม่หักโหมมากเกินไป และไม่ออกกำลังกายที่ต้องเผชิญกับความเครียดหรือการแข่งขัน

3.3.2 ก่อนออกกำลังกาย ควรรับประทานยาขยายหลอดเลือดก่อนอย่างน้อย 30 นาที และไม่ควรรีไซยานอกเหนือจากแพทย์สั่งรวมทั้งเครื่องคัมหรือยาชูกำลังต่าง ๆ

3.3.3 ควรคำนึงถึงข้อจำกัดของร่างกาย ถ้าผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อยมากให้รีบพักทันที ถ้ารู้สึกไม่สบาย เป็นหวัด อ่อนเพลีย นอนไม่พอเพียง หรือมีอาการเหนื่อย ใจสั่น แน่นหน้าอก ไม่ควรออกกำลังกาย เพราะอาการเพียงเล็กน้อยอาจนำไปสู่อันตรายที่รุนแรงอย่างคาดไม่ถึงได้

3.3.4 วิธีออกกำลังกายที่เหมาะสม ประหยัดและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว คือ การเดินบนทางราบ โดยเริ่มทีละน้อยจาก 2-5 นาทีต่อวัน เป็นเวลา 1 สัปดาห์ แล้วเพิ่มเป็น 5-10 นาทีต่อวัน (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2551)

3.3.5 ไม่ควรออกกำลังกายที่ต้องอยู่ท่ามกลางสภาพอากาศที่ร้อนและอบอ้าว เวลาที่เหมาะสมสำหรับการออกกำลังกาย คือ หลังตื่นนอนก่อนอาหาร 30 นาที ตอนเช้าและหลังเลิกงาน ก่อนอาหารเช้าหรือหลังรับประทานอาหารแล้วไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง และไม่ควรรอาน้ำหลังออกกำลังกายทันทีด้วยน้ำเย็น เพราะน้ำที่เย็นมากจะทำให้ระบบไหลเวียนเลือดปรับเปลี่ยนได้มาก ทำให้หัวใจต้องทำงานมากขึ้นทั้งยังกระตุ้นให้หัวใจเต้นผิดจังหวะได้

3.3.6 ผู้ป่วยควรฝึกนับชีพจรเอง เพื่อช่วยควบคุมปริมาณของการออกกำลังกาย โดยขณะออกกำลังกายชีพจรควรเพิ่มไม่เกินจากค่าเดิม 20-25 ครั้งต่อนาที และกลับคืนสู่ภาวะปกติภายใน 5-10 นาที นอกจากนี้ควรรับรู้อาการฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นได้ในระหว่างที่ออกกำลังกาย เพื่อใช้เป็นสัญญาณเตือนภัย เช่น ถ้ารู้สึกหิว ๆ จะเป็นลมควรหาที่นั่งพักหรือนอนลง หรือมีอาการเหนื่อยมากผิดปกติ เจ็บหน้าอก ใจสั่น หัวใจเต้นเร็วมาก ควรหยุดการออกกำลังกายทันที

3.4 การพักผ่อน การพักผ่อนทั้งร่างกายและจิตใจเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้หัวใจต้องทำงานหนักเกินไป ผู้ป่วยควรพักผ่อนให้เพียงพอับความต้องการของร่างกาย โดยการนอนพักผ่อนละ 6-8 ชั่วโมง และควรมีเวลาพักผ่อนในช่วงกลางวัน 1-2 ชั่วโมง การนอนพักหรือนอนหลับในตอนกลางคืน ควรนอนในท่าศีรษะสูง โดยการยกหัวเตียงขึ้นหรือใช้หมอนรองใต้ศีรษะ ให้สูงประมาณ 45 องศา และห้อยขาลงถ้าเป็นไปได้ เพื่อลดปริมาณเลือดกลับเข้าสู่หัวใจ (Pray, 1978 อ้างถึงใน สุมาลี ปริ้มพราย, 2549) หลีกเลี่ยงอารมณ์ตึงเครียด เพราะภาวะเครียดร่างกายจะหลั่งสารเคมีจากสมอง (Neurohormone) ซึ่งสารเคมีจากสมองจะทำให้หัวใจห้องล่างทำงานผิดปกติ หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว มีการคั่งของโซเดียม และทำให้มีภาวะน้ำเกินในร่างกาย ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจึงต้องมีการจัดการตนเองเพื่อพักผ่อนให้เพียงพอดังกล่าว

3.5 การควบคุมปัจจัยเสี่ยง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมในการควบคุมปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงมากขึ้น ได้แก่

3.5.1 การควบคุมน้ำหนักตัว สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับ ชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย (2551) แนะนำให้ผู้ป่วยลดน้ำหนัก หากมีน้ำหนักเกิน (Body mass index [BMI] = 23-24.9 กก./ม²) หรือเป็นโรคอ้วน (BMI มากกว่า 25 กก./ม²) เนื่องจากน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นทำให้หัวใจต้องทำงานหนักขึ้น จากการศึกษาของ Block, Subramanian, Christakis, and O'Malley (2013) พบว่า ความเสี่ยงต่อการเกิดหัวใจล้มเหลวจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ในเพศชาย และร้อยละ 7 ในเพศหญิง เมื่อค่าดัชนีมวลกาย (Body mass index) เพิ่มขึ้น 1 (ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล, 2549) แต่ในทางตรงกันข้าม ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากมักมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน อึดอัด แน่นท้อง อาหารไม่ย่อยและดูดซึมไม่ดี เรียกว่าภาวะนี้ว่า Cardiac cachexia ซึ่งบ่งถึงพยากรณ์โรคที่ไม่ดี กรณีที่มีน้ำหนักลดมากกว่า 5 กก. หรือมากกว่าร้อยละ 7.5 ของน้ำหนักเดิม (Non-edematous weight) ในเวลา 6 เดือน หรือ BMI น้อยกว่า 18.5/ม² ควรมุ่งเน้นการเพิ่มน้ำหนักของกล้ามเนื้อ (แต่ไม่ใช่เพิ่มการกั่งของน้ำและเกลือ) โดยการออกกำลังกายให้เพียงพอ รับประทานอาหารย่อยง่ายครั้งละไม่มาก แต่บ่อย ๆ

3.5.2 หยุดสูบบุหรี่ เนื่องจากการสูบบุหรี่มีผลทำให้อาการหัวใจล้มเหลวรุนแรงมากขึ้น เพราะนิโคตินในบุหรี่ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มมากขึ้น ทำให้ความดันในระบบไหลเวียนเพิ่ม ความต้านทานในหลอดเลือดดำส่วนปลาย และความดันในปอดเพิ่มขึ้น ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง ร่วมกับทำให้ต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ เพิ่มขึ้นด้วย เนื่องจากสารคาร์บอนในเม็ดเลือดเพิ่มมากขึ้น และในผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ยังนอกจากจะทำให้เกิดปัญหาในระบบไหลเวียนและหัวใจแล้วยังมีผลต่อหลอดเลือดในทางเดินหายใจด้วย (Colonna et al., 2003)

3.5.3 ระวังไม่ให้ท้องผูก เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ต้องระวังไม่ให้ท้องผูก และไม่ให้เบ่งถ่ายอุจจาระ เพราะจะเป็นอันตรายต่อการทำงานของหัวใจ ควรรับประทานอาหารที่มีกาก และอาหารที่ช่วยให้การขับถ่ายสะดวก เช่น ผัก ผลไม้ ดื่มน้ำให้เพียงพอ ดื่มน้ำอุ่นตอนเช้า หลีกเลี่ยงอาหารและเครื่องดื่มที่ทำให้ท้องผูก เช่น ชา กาแฟ หรืออาหารที่มีแก๊สมาก นอกจากนี้ควรฝึกถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา ถ้าไม่ได้ผลควรปรึกษาแพทย์เพื่อให้ยาระบายอ่อน

3.5.4 ป้องกันการติดเชื้อ โดยการได้รับวัคซีนเพื่อป้องกันโรคจากเชื้อแบคทีเรีย นิวโมคอคคัสและเชื้อไวรัสฮิสทีเรีย เนื่องจากติดเชื้อดังกล่าวในระบบทางเดินหายใจจะส่งผลทำให้เกิดภาวะปอดอักเสบติดเชื้อซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุชักนำให้อาการของภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้นได้ (Kopel, Klempfner, & Goldenberg, 2014) และหลีกเลี่ยงการติดต่อกับผู้ป่วย

โรคระบบทางเดินหายใจ แหล่งชุมชนที่มีการระบาดของโรคติดต่อ

3.5.5 มาตรการระวังการมีเพศสัมพันธ์ เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้พลังงาน และมีความเครียดทางจิตใจความตื่นเต้น ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มมากขึ้น สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับ ชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย (2550) ให้คำแนะนำว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวควรประเมินร่างกายของตนเอง ก่อนการมีเพศสัมพันธ์ หากผู้ป่วยสามารถเดินขึ้นบันได 1 ชั้น (8-10 ชั้น) โดยไม่มีอาการเหนื่อยหอบหรือหยุดกลางคัน (NYHA-FC I-II) ก็สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ การใช้ Sublingual nitrate ก่อนมีเพศสัมพันธ์อาจช่วยลดอาการเหนื่อยหอบได้ ผู้ป่วยที่มีอาการมาก (NYHA-FC III-IV) อาจมีอาการทรุดหนักหลังมีเพศสัมพันธ์ได้

3.6 การเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงที่เกิดจากภาวะโซเดียมและน้ำเกิน สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับ ชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย (2550) ให้คำแนะนำว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวควรรู้จักอาการต่าง ๆ ของภาวะน้ำและเกลือคั่งเป็นอย่างดี เช่น เหนื่อยมากขึ้น น้ำหนักเพิ่มขึ้น บวม นอนราบไม่ได้ หรือต้องลุกมานั่งหอบตอนกลางคืน หากเริ่มมีอาการ ผู้ป่วยควรแจ้งให้ทีมผู้ดูแลทราบแต่เนิ่น ๆ ก่อนอาการกำเริบรุนแรง การเฝ้าระวังความผิดปกติที่เกิดขึ้นจะนำไปสู่การจัดการกับภาวะน้ำและเกลือคั่ง เพื่อช่วยควบคุมหรือลดความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว รวมทั้งการป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ (Krum et al., 2006) การสังเกตอาการที่ผิดปกติจะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรุนแรงของการดำเนินภาวะหัวใจล้มเหลวที่เกิดขึ้น เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการจัดการตนเองที่เหมาะสมเพื่อป้องกันหรือลดความรุนแรงของการดำเนินภาวะหัวใจล้มเหลว

3.7 มาตรฐานตามนัด ผู้ป่วยต้องมาตรฐานตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อผลในการรักษาอย่างต่อเนื่อง การมาตรฐานตามนัดจะช่วยให้สามารถติดตามความก้าวหน้าของโรค ประเมินภาวะแทรกซ้อน ปัญหาที่เกิดจากฤทธิ์ของยาหรือจากการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติอย่างเป็นประจำและสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง และยาวนานตลอดชีวิต ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการพัฒนากลยุทธ์และเทคนิคในการปรับพฤติกรรมดังกล่าว เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างปลอดภัย จากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งกลยุทธ์ดังกล่าวตรงกับแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management)

แนวคิดและทฤษฎีการจัดการตนเอง

การจัดการตนเอง ถือเป็นส่วนสำคัญของระบบการดูแลสุขภาพ หากมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ก็ต้องมีการจัดการตนเองเพื่อควบคุมอาการ ป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ หาวิธีการเพื่อให้การดำเนินชีวิตเป็นปกติ ลดผลกระทบจากภาวะสุขภาพ ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม มีผู้เสนอแนวความคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองไว้มากมาย ซึ่งในปัจจุบันยังไม่มี ความหมายของการจัดการตนเองที่ชัดเจน (Deaton, 2000) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ให้ความหมายของการจัดการตนเองไว้ 2 มุมมอง คือ การมองว่าการจัดการตนเองเป็นเรื่องของกระบวนการ และการจัดการตนเองเป็นพฤติกรรมหรือการกระทำ ดังนี้

1. การจัดการตนเองเป็นกระบวนการ การให้ความหมายในมุมมองดังกล่าว จะให้ความหมายของการจัดการตนเองว่าเป็นกระบวนการที่บุคคลจัดกระทำกับตนเองเพื่อนำสู่การปฏิบัติ อาจจะเป็นกลยุทธ์หรือวิธีหรือเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยให้มีทักษะซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรม เช่น Riegel, Carlson, and Glaser (2000) ได้ให้ความหมายของการจัดการตนเองว่าเป็นกระบวนการเรียนรู้ และตัดสินใจของบุคคลในการตอบสนองต่ออาการและอาการแสดงของโรค เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ และการป้องกันอาการกำเริบของโรค Creer (2000) ให้ความหมายของการจัดการตนเองว่าเป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตน เพื่อจัดการควบคุมความเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยตนเอง Kanfer (1981) ให้ความหมายของการจัดการตนเองว่าเป็นกระบวนการควบคุมตนเอง (Self-regulatory behavior) เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

2. การจัดการตนเอง เป็นพฤติกรรม เป็นกิจกรรม หรือเป็นการกระทำ การให้ความหมายในมุมมองดังกล่าว จะให้ความหมายของการจัดการตนเองว่าเป็นพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล เพื่อลดผลกระทบการเจ็บป่วย เช่น Clark et al. (1991 อ้างถึงใน ชุตินธร เรียนแพง, 2547) ได้ให้ความหมายของการจัดการตนเองว่าเป็นการกระทำของบุคคลในแต่ละวัน เพื่อควบคุมหรือลดผลกระทบของโรคที่มีต่อภาวะสุขภาพด้านร่างกาย จิตสังคม และเศรษฐกิจ การจัดการตนเองเป็นกิจกรรมทั้งหมดที่ผู้ป่วยภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม ป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น รวมถึงการป้องกันผลกระทบจากการเจ็บป่วย (Sally & Barbara, 2001; Thorrome & Paterson, 2001) เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่จงใจคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพหรือทำให้ภาวะสุขภาพดีขึ้น และป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น (Deaton, 2000)

ในการจัดการตนเองส่วนใหญ่จะเน้นที่ตัวบุคคล ไม่ว่าจะเป็นการเลือกเป้าหมาย ตลอดจนวิธีการดำเนินการในการปรับพฤติกรรมทั้งหมด เพื่อที่จะให้บรรลุเป้าหมายนั้น โดยร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ (Nakagawa-Kogan, 1996; Kanfer, 1981; Riegel et al., 2000) แต่จากลักษณะ

ของภาวะหัวใจล้มเหลวที่เป็นภาวะความเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยง่าย มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมและต้องพึ่งพาผู้อื่น การจัดการกับภาวะสุขภาพที่ซับซ้อนด้วยตนเองอาจมีความยากลำบาก หากได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวและบุคคลรอบข้าง จะช่วยให้ผู้ป่วยจัดการตนเองได้สำเร็จ (ชุตินธร เรียนแพง, 2547; เขวภา บุญเที่ยง, 2545; ศิริวรรณ ตั้งวิจิตรสกุล, 2550; Ryan & Sawin, 2009) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (Individual and family self-management theory)

ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (Individual and family self-management theory) (Ryan & Sawin, 2009)

Ryan and Sawin (2009) มีความเชื่อว่า สมาชิกในครอบครัวเป็นศูนย์กลางและมีประสิทธิภาพสูงสุดในการมีส่วนร่วมเสริมสร้างสุขภาพส่วนบุคคล โดยอาจจะร่วมมือหรือไม่ร่วมมือกับบุคลากรด้านสุขภาพก็ได้ ซึ่งองค์ประกอบของทฤษฎี ประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่ มิติด้านบริบท มิติด้านกระบวนการ และมิติด้านผลลัพธ์ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

มิติด้านบริบท (Context) เป็นความเฉพาะเจาะจงที่กระตุ้นให้เกิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ประกอบด้วยปัจจัย 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านเงื่อนไขเฉพาะ ปัจจัยด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อมทางสังคม และปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว

ปัจจัยด้านเงื่อนไขเฉพาะ (Condition dpecific) เป็นลักษณะโครงสร้างทางสรีรวิทยา หรือ วิธีการรักษาหรือวิธีการป้องกันของบุคคล ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง สิ่งที่มีผลต่อปัจจัยส่วนนี้ เช่น ความซับซ้อนของการรักษา ความซับซ้อนของพยาธิสรีรวิทยา การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา และระยะเวลาของการเจ็บป่วย เป็นต้น

ปัจจัยด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อมทางสังคม (Physical & social environment) เป็นปัจจัยทางกายภาพหรือสังคมรวมทั้งปัจจัยต่าง ๆ เช่น การเข้าถึงการดูแลสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ ลักษณะวัฒนธรรม การทำงาน การคมนาคม เป็นต้น ซึ่งเป็นสิ่งที่เพิ่มหรือเป็นอุปสรรคในการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว

ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว (Individual & family factors) เป็นลักษณะของบุคคลและครอบครัวที่มีผลต่อการเพิ่มหรือลดการจัดการตนเอง เช่น ลักษณะโครงสร้างของร่างกาย ลักษณะการทำงาน ลักษณะของการรักษา พฤติกรรมป้องกันโรค ระยะพัฒนาการของแต่ละบุคคล ความสามารถของครอบครัว และความสามัคคี และระดับเศรษฐกิจของครอบครัว

มิติด้านกระบวนการ (Processes) เป็นวิธีการที่จะนำไปสู่การจัดการตนเอง Ryan and Sawin (2009) เสนอมิติด้านกระบวนการในการจัดการตนเองไว้ 3 ด้าน คือ ความรู้และความเชื่อ การควบคุมตนเอง และการอำนวยความสะดวกจากสังคม

1. ความรู้และความเชื่อ (Knowledge & beliefs) เป็นข้อมูลความจริงและการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ หรือพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงการรับรู้ความสามารถของตนเอง การคาดหวังผล และความสอดคล้องกันกับเป้าหมาย โดยเชื่อว่าบุคคลจะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรม เมื่อบุคคลนั้นมีความรู้และมีความเชื่อว่าการพฤติกรรมสุขภาพจะสามารถควบคุมอาการของโรคได้ และหากบุคคลนั้นมีการรับรู้ความสามารถและมีการคาดหวังผลที่สอดคล้องกับเป้าหมาย มีประสบการณ์ และได้รับการสนับสนุนในทางบวกจากสังคม บุคคลจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในเชิงป้องกันโรค

2. การควบคุมตนเอง (Self-regulation) เป็นกระบวนการที่ย้ำเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ ตั้งเป้าหมาย ติดตามตนเองและสะท้อนคิด ตัดสินใจ วางแผนและดำเนินการ ประเมินตนเอง และตอบสนองต่อการจัดการ

2.1 การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) เป็นการกำหนดเหตุการณ์หรือพฤติกรรมในอนาคตที่คาดหวังจะเกิดขึ้น การตั้งเป้าหมายจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเอง ให้สำเร็จตามเป้าหมายได้ เป้าหมายที่ตั้งควรเฉพาะเจาะจง สามารถวัดได้ มีความเป็นจริงในระยะสั้น

2.2 การติดตามตนเองและสะท้อนคิด (Self-monitoring and reflective thinking) เป็นการสังเกตตนเอง เป็นระยะที่ผู้ป่วยต้องให้ความหมายของพฤติกรรมที่จะวัด นับจำนวนความถี่ของพฤติกรรม และบันทึกเหตุการณ์หรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้น การติดตามตนเองนี้เป็นพื้นฐานสำคัญของการฝึกการจัดการตนเอง บุคคลที่มีการติดตามตนเอง (Self-monitoring) จะมีความไวต่อการเปลี่ยนแปลง การรู้จักอาการมาหนึ่งครั้งก็จะเป็นประสบการณ์แล้วนำมาสู่การตัดสินใจทำให้เกิดพฤติกรรมตามมา

2.3 การตัดสินใจ (Decision making) การตัดสินใจเป็นขั้นตอนที่สำคัญของการจัดการตนเอง หลังจากผู้ป่วยรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ และประเมินข้อมูลของตนเองเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ผู้ป่วยต้องสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมโดยอาศัยข้อมูลเหล่านี้เป็นพื้นฐาน การตัดสินใจเป็นแก่นของความสำเร็จในการจัดการตนเอง

2.4 การวางแผนและปฏิบัติ (Planning and action) เป็นการปฏิบัติทักษะการจัดการตนเอง เพื่อควบคุมภาวะเจ็บป่วยที่มีผลต่อสุขภาพ เช่นการหาแหล่งช่วยเหลือ ผู้ป่วยจะประสบความสำเร็จได้ควรมีการปฏิบัติตามขั้นตอนที่วางแผนไว้ และขึ้นอยู่กับองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งที่มีผลกระทบต่อปฏิบัติ

2.5 การประเมินตนเอง (Self evaluation) เป็นขั้นตอนของการประเมินเพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติกิจกรรมหรือพฤติกรรมของตนเองนั้น ๆ กับเกณฑ์ มาตรฐานหรือเป้าหมายที่กำหนดไว้

เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจ ว่าพฤติกรรมใดดีหรือไม่ดี สำเร็จหรือล้มเหลว เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนหรือคงพฤติกรรมนั้นไว้ การประเมินตนเองนี้ ใช้ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและติดตามตนเอง

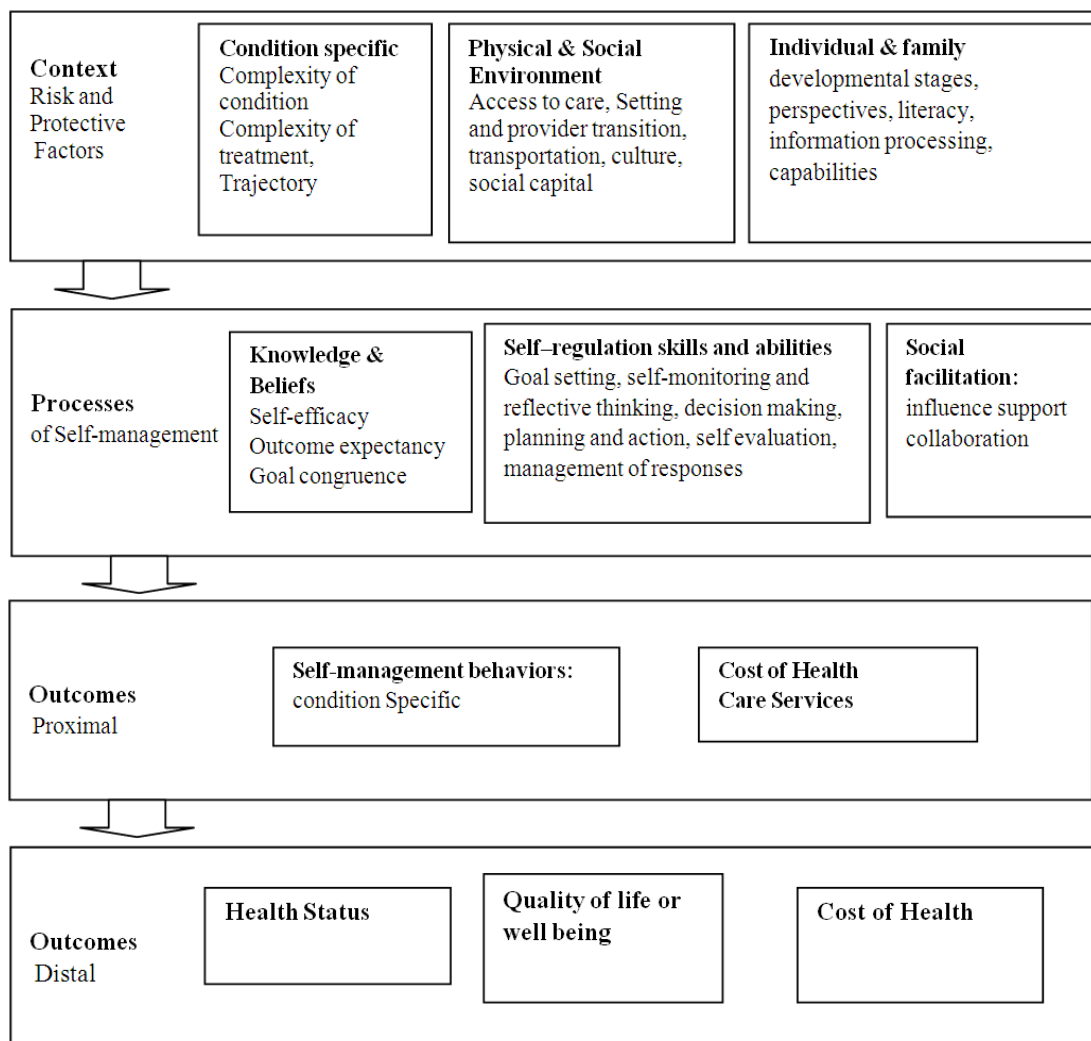
2.6 การตอบสนองต่อการจัดการ (Management of responses) คือ การกระทำหรือพฤติกรรมที่ผู้ป่วยตอบสนองจากการประเมินการเปลี่ยนแปลงโดยใช้กระบวนการรู้คิดต่อการเปลี่ยนแปลงของอาการ การลงมือปฏิบัติมาจากความตั้งใจว่าเมื่อปฏิบัติแล้วมีผลต่ออาการ

3. การเอื้ออำนวยทางสังคม (Social facilitation) เป็นการอำนวยความสะดวก รวมถึงการสนับสนุนและความร่วมมือที่เกิดขึ้นจากความสัมพันธ์ทางสังคม ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และสมาชิกในชุมชน สื่อมวลชน เช่น โทรทัศน์ นิตยสาร หรือสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เช่น อินเทอร์เน็ต ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมประกอบไปด้วย การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เครื่องมือ การให้ความรู้ ให้ข้อมูลและคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ การอำนวยความสะดวกจากสังคมจะกระตุ้นให้บุคคลและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรับผิดชอบ และวางเป้าหมายในการดูแลสุขภาพพบปะร่วมกัน ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

มิติด้านผลลัพธ์ (Outcomes) เป็นผลลัพธ์ที่เฉพาะตัวตามจุดมุ่งหมายนั้น แม้ว่าเป้าหมายของการจัดการตนเอง อาจมีความแตกต่างกันซึ่งขึ้นอยู่กับที่ตั้งเป้าหมายที่คาดหวังให้เกิดขึ้น แต่ผลลัพธ์ที่เกิดจากการจัดการตนเองจะเป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือ ลดผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วย ป้องกันหรือลดความรุนแรงของโรค เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี ภายใต้ภาวะความเจ็บป่วย ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดจากการจัดการตนเอง ประกอบด้วย ผลลัพธ์ในระยะสั้น และผลลัพธ์ในระยะยาว ดังนี้ (Ryan & Sawin, 2009)

1. ผลลัพธ์ในระยะสั้น (Proximal outcomes) ประกอบด้วย พฤติกรรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่เฉพาะตัวตามจุดมุ่งหมายนั้น เช่น ความสามารถในการทำกิจกรรม การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการเกี่ยวกับอาการ การใช้ประโยชน์ของคำแนะนำในการรับประทานยา ซึ่งผลลัพธ์ในระยะสั้นนี้อาจจะยังไม่แสดงให้เห็นถึงค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพที่เพิ่มขึ้นหรือลดลง

2. ผลลัพธ์ในระยะยาว (Distal outcomes) เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ซึ่งได้แก่ ภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ถึงภาวะความเจ็บป่วย การป้องกัน การคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ และภาวะสุขภาพที่เลวลง คุณภาพชีวิตหรือความผาสุก ค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อม



ภาพที่ 2 Model of the individual and family self-management theory (Ryan & Sawin, 2009, p. 19).

การจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะเจ็บป่วยที่สามารถป้องกันและสามารถให้การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นกว่าเดิมได้ เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวนั้นการควบคุมอาการของโรค รวมทั้งป้องกันและชะลอความเสื่อมของหัวใจ (อภิชาติ สุกนธรรพ์, 2547) ผู้ป่วยต้องมีการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องร่วมกับการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อคงสภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (Riegel et al., 2000) จากภาวะความเจ็บป่วย ผู้ป่วยจำเป็นที่จะต้องมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้ป่วยจะต้องรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ รับประทานอาหารที่เหมาะสมโดยการจำกัดเกลือโซเดียมในอาหารและควบคุมปริมาณน้ำดื่ม ออกกำลังกายสม่ำเสมอและพักผ่อนให้เพียงพอ

นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องสังเกตอาการผิดปกติขึ้นที่เกิดจากภาวะน้ำและเกลือคั่ง ต้องควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวกำเริบ และมาตรวจตามนัดทุกครั้ง และต้องตัดสินใจที่จะมาพบแพทย์ก่อนวันนัดหากอาการกำเริบรุนแรง อีกทั้งพฤติกรรมต่าง ๆ ต้องปรับให้เข้ากับสภาพของโรค หากอยู่ในระยะที่มีอาการกำเริบของโรค การจัดการตนเองเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ จึงมีความสำคัญมากสำหรับผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพภายใต้ภาวะความเจ็บป่วยและได้ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2551)

งานวิจัยในต่างประเทศจึงให้ความสำคัญกับการค้นหาและการจัดการกับความผิดปกติของภาวะหัวใจล้มเหลวที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมหรือลดความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น นอกจากนี้ยังช่วยลดจำนวนวันนอนลดค่าใช้จ่ายในการรักษา และลดอัตราเสียชีวิตลงได้ในระยะยาว (Riegel et al., 2000; Ryan & Sawin, 2009) จากการศึกษาของ Jovicic, Holroyd-Leduc, and Straus (2006) พบว่าการสนับสนุนและให้ความรู้ในการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะช่วยเพิ่มทักษะในการเฝ้าระวังอาการของตนเอง สร้างความมั่นใจ ทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลให้อัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลลดลง ทำให้ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาถึงปีละ 70,000 เหรียญสหรัฐต่อปี (AHA, 2005)

สำหรับในประเทศไทยได้มีการศึกษาการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า การจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .348$, $p < .01$) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 88 ราย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 62.50 มีการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 27.30 มีการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีเพียงร้อยละ 10.20 มีการจัดการตนเองอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งสิ่งที่ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการหรือจัดการได้ในระดับต่ำ คือ การจัดการเกี่ยวกับการมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและอาการของเท้าบวม ซึ่งเป็นอาการของภาวะน้ำและเกลือคั่ง สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมักจะพบแพทย์ด้วยอาการของภาวะน้ำและเกลือคั่ง (จันทร์เพ็ญ สมโน, 2551; เขียวภา บุญเที่ยง, 2545) ซึ่งสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับภาวะน้ำและเกลือคั่งยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด อาจเนื่องมาจากการขาดความรู้ ซึ่งจากการศึกษาของ ศิริวรรณ ตั้งวิจิตสกุล (2550) พบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและฝึกทักษะในการจัดการตนเอง มีผลทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีการจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะน้ำและเกลือคั่งดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เป็นการจำกัดกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคที่อยู่ในระดับ 1-3 ทำให้เกิดข้อจำกัดในการศึกษา

ถึงการให้ความรู้ในการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคระดับ 4

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่ยังมีการจัดการตนเองที่ไม่ถูกต้องและจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาในประเทศไทยเป็นการศึกษาเกี่ยวกับการหาความสัมพันธ์ของการจัดการตนเองของผู้ป่วย (ชุตินธร เรียนแพง, 2547) และทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง (ศิริวรรณ ตั้งวิจิตสกุล, 2550) ซึ่งมีข้อจำกัดในการศึกษาและรูปแบบของการส่งเสริมการจัดการตนเอง ส่วนใหญ่เน้นการให้ความรู้ ผลของโปรแกรมพบว่ายังไม่สามารถลดระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ซึ่งน่าจะมียังปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วย

การประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

การประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว Riegel et al. (2000) ได้พัฒนาแบบประเมินการจัดการตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Self-management of Heart Failure Questionnaire [SMHF]) ซึ่งมีพื้นฐานจากกระบวนการเรียนรู้ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจต่ออาการ และอาการแสดงในภาวะหัวใจล้มเหลว แบบวัดนี้แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ถึงอาการเปลี่ยนแปลง การประเมินอาการเปลี่ยนแปลง การลงมือปฏิบัติ ประเมินผลการปฏิบัติ ความยากง่ายในการปฏิบัติและความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน มีการนำเครื่องนี้ไปทดสอบหาความสอดคล้องภายในของเครื่องมือกับผู้ป่วย 127 ราย พบว่า เท่ากับ 0.79-0.92 และมีการนำแบบประเมินการจัดการตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ไปใช้ในการศึกษาวิจัยต่าง ๆ เช่น Carlson, Riegel, and Moser (2001) ที่ใช้ศึกษาความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 139 ราย Rockwell and Riegel (2001) ใช้ศึกษาปัจจัยในการจัดการตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 209 ราย สำหรับประเทศไทย ชุตินธร เรียนแพง (2547) ได้ดัดแปลงแบบประเมินการจัดการตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และนำไปทดสอบหาความสอดคล้องภายในของเครื่องมือกับผู้ป่วย 127 ราย พบว่า เท่ากับ 0.79-0.92 ค่าดัชนีความตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) ได้เท่ากับ .86

ดังนั้นเพื่อให้สอดคล้องกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งหมายถึงพฤติกรรมที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกระทำเพื่อป้องกัน และแก้ไขภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งชะลอความก้าวหน้าของโรค ซึ่งประกอบด้วย การจำกัดโซเดียมในอาหารและควบคุมปริมาณน้ำดื่ม รับประทานยาให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ และการเฝ้าระวังและจัดการอาการและอาการแสดงที่เกิดจากภาวะ โซเดียมและน้ำเกิน ผู้วิจัยจึงพัฒนาแบบประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวขึ้น มีลักษณะเป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินพฤติกรรม หรือการกระทำดังกล่าว

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีหลายประการ สามารถแบ่งออกเป็นปัจจัยส่วนบุคคลซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล และปัจจัยด้านกระบวนการหรือวิธีการที่จะนำไปสู่การจัดการตนเอง ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ระดับความรุนแรงของโรคภาวะซึมเศร้า ความพร้อมทางด้านสติปัญญา จากการศึกษาของ Hicks and Holm (2003) พบว่า ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดในการตัดสินใจจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จากการศึกษาของ Song (2009) พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในการรับประทานอาหารลดเค็มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ในผู้สูงอายุพบว่า ความพร้อมทางด้านสติปัญญามีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วย (Bennett & Sauve, 2003) ปัจจัยด้านกระบวนการ เช่น ความรู้ จากการศึกษาของ Wright et al. (2003) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับความรู้จะมีวิธีการจัดการอาการด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การให้ความรู้และการดูแลผู้ป่วยจากพยาบาลส่งผลต่อระดับการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (ศิริวรรณ ตั้งวิจิตรสกุล, 2550; Martensson et al., 2005) การสนับสนุนจากสังคม ดังเช่นการศึกษาของ Dilorio et al. (1996) และ Ni et al. (1999) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรสและบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเอง ซึ่งปัจจัยที่เลือกในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมดังนี้

ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว

เป็นระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และลักษณะอาการที่ปรากฏ ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคน้อย จะสามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ และไม่มีอาการเหนื่อยล้า เจ็บหน้าอก แต่เมื่อระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม หรือไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ และมีอาการหายใจเหนื่อย เจ็บหน้าอก ซึ่งได้กล่าวถึงรายละเอียดของการแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวมาแล้วก่อนหน้านี้ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่า ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว (NYHA-FC) สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ (O'Connell, 2004) นอกจากนี้ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวยังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดในการตัดสินใจจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Hicks & Holm, 2003) จากการศึกษาของ จอม สุวรรณโณ (2550) พบว่า ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย มีอิทธิพลโดยตรงทางลบต่อภาวะสุขภาพ ($\beta = -0.31, p < 0.01$) และ

อิทธิพลโดยอ้อมทางลบต่อภาวะสุขภาพผ่านความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเอง ($\beta = -0.06$; -0.05 , $p < 0.05$ ตามลำดับ)

การประเมินระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว

ในการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ต้องคำนึงถึงความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและระดับกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้เป็นสำคัญ ในการวิจัยครั้งนี้จึงเลือกใช้แบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวของ สมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association Functional Classification [NYHA-FC]) โดยจำแนกออกเป็น 4 ระดับ (Class I, II, III หรือ IV) ตามความสามารถหรือข้อจำกัดในการออกแรงทำกิจกรรม

ในการวิจัยครั้งนี้ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และลักษณะอาการที่ปรากฏ

ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง

ความรู้ (Knowledge) หมายถึง สิ่งที่คุณคนได้เรียนรู้ที่เน้นถึงการจำได้ และระลึกได้ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง มีผลต่อความคิด วัตถุ และปรากฏการณ์ต่าง ๆ เป็นความจำที่เริ่มจากสิ่งง่าย ๆ ที่เป็นอิสระแก่กัน ไปจนถึงความจำในสิ่งที่ยู่ยากซับซ้อนและมีความสัมพันธ์ต่อกัน (Gage & Berliner, 1992 อ้างถึงใน จุฬาลักษณ์ เอกสุวรรณ, 2547) กล่าวว่า ความรู้เป็นสิ่งที่บุคคลรับรู้และเข้าใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง รวมถึงประสบการณ์ต่าง ๆ ที่บุคคลเกี่ยวข้อง และความรู้เป็นส่วนประกอบสำคัญประการหนึ่งที่จูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลรักษาและติดตามผลการรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้เพื่อที่จะสามารถจัดการกับภาวะสุขภาพที่เบี่ยงเบนไปนั้นได้ ถ้าความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการตนเองไม่เพียงพอจะส่งผลให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้นจนต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยควบคุมหรือลดความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ทำให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความรู้มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ดังเช่นการศึกษาของ อภิญา วังศ์พิริยโยธา และคณะ (2546) ที่พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับความรู้ในการจำกัดปริมาณเกลือและน้ำดื่ม การสังเกตอาการจากภาวะเกลือและน้ำคั่งจะมีพฤติกรรมในการควบคุมปริมาณเกลือและน้ำดื่ม และมีการสังเกตอาการจากภาวะเกลือและน้ำคั่งดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ จันทร์จิรา เกียรติสีสกุล (2551) พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการคั่งของน้ำและเกลือโซเดียม และการประเมินการคั่งของน้ำและเกลือโซเดียม จะมี

พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการคั่งของน้ำและเกลือโซเดียมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) การศึกษาของ เสาวลักษณ์ ทำมาก (2552) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.438, p < 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Lennie et al. (2008) ที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรับประทานอาหาร โซเดียมต่ำในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ($r = 0.31, p < .001$) Wright et al. (2003) ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมของ Auckland heart failure management study (AHFMS) ต่อความรู้และวิธีการจัดการอาการด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และวิธีการจัดการอาการด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าความรู้มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการจัดการอาการของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แต่ไม่พบการศึกษาความรู้กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศไทย

การประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง

การประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จันทรจิรา เกียรติสีสกุล (2551) ได้สร้างแบบสอบถามความรู้ในการป้องกันการคั่งของน้ำและเกลือโซเดียมแบบสอบถามเป็นลักษณะข้อคำถามชนิดปลายปิด จำนวน 25 ข้อ ถามเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว การลดสาเหตุชักนำที่ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้น การค้นหาภาวะหัวใจล้มเหลวด้วยการประเมินการคั่งของน้ำและเกลือ โซเดียม และการตัดสินใจจัดการกับภาวะหัวใจล้มเหลวเมื่อมีความรุนแรงเกิดขึ้น แต่ละข้อคำถามมีคำตอบให้เลือก 3 แบบ คือ ถูก ผิด และไม่ทราบ ถ้าผู้ป่วยตอบถูกได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดหรือไม่ทราบได้ 0 คะแนน คะแนนอยู่ระหว่าง 0-25 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความรู้ในการป้องกันการคั่งของน้ำและเกลือโซเดียมมากได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) เท่ากับ 0.88 สัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.72

ในการวิจัยครั้งนี้ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง หมายถึง ความจำและความเข้าใจของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว และพฤติกรรมที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกระทำเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งชะลอความก้าวหน้าของโรค ซึ่งประกอบด้วย การจำกัดโซเดียมในอาหารและควบคุมปริมาณน้ำดื่ม การรับประทานยาให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ และการเฝ้าระวังและจัดการอาการและอาการแสดงที่เกิดจากภาวะโซเดียมและน้ำเกิน

อย่างไรก็ตามยังไม่พบแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองจากการทบทวนวรรณกรรม ครอบคลุมเนื้อหาความรู้ในการจัดการตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว การจำกัดโซเดียมในอาหารและควบคุมปริมาณน้ำดื่ม การรับประทานยาให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ และการเฝ้าระวังและจัดการอาการและอาการแสดงที่เกิดจากภาวะโซเดียมและน้ำเกิน

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเอง เป็นการคาดคะเนของบุคคลว่าพฤติกรรมนั้นจะนำไปสู่ผลลัพธ์บางอย่าง เป็นผลลัพธ์ที่ต้องการ แต่อาจไม่แน่ใจในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ หากบุคคลมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองว่ามีสูง ก็จะเป็นตัวกำหนดการเริ่มต้นปฏิบัติพฤติกรรมและการคงพฤติกรรมนั้นไว้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลต่อความคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ของบุคคล กล่าวคือ บุคคลจะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เชื่อว่าเกินความสามารถของตน แต่จะปฏิบัติพฤติกรรมซึ่งพิจารณาแล้วว่าตนเองมีความสามารถเพียงพอที่จะปฏิบัติได้ (Bandura, 1986) สอดคล้องกับทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของ Ryan and Sawin (2009) ที่กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการจัดการตนเอง โดยบุคคลจะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรม และหากบุคคลนั้นมีการรับรู้ความสามารถและมีการคาดหวังผลที่สอดคล้องกับเป้าหมาย บุคคลจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในเชิงป้องกันโรค นอกจากนี้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนยังเป็นตัวกำหนดความมากน้อย และความคงทนของการใช้ความพยายามของบุคคล หากบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะมีแนวโน้มว่าบุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หากบุคคลรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงยังมั่นใจว่าจะสามารถเอาชนะอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ได้ และทำให้มีเจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผน (Pender, Murdaugh, & Parisons, 2002)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของสมรรถนะแห่งตน ต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยล้มเหลวไม่พบการศึกษาในประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ดังเช่นการศึกษาของ หทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.442, p < 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวลักษณ์ ท้ามาก (2552) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.324, p < 0.01$) จากการศึกษาของ Oka et al. (1996) เรื่อง

ปัจจัยทำนายกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด ($r = 0.46, p = 0.003$) ดังนั้นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนน่าจะมีความสัมพันธ์ต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

Bandura (1986) กล่าวว่า การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมที่มีความเฉพาะเจาะจงมากกว่าจะเป็นพฤติกรรมทั่วไป เนื่องจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจง มีอำนาจในการวัดการรับรู้สมรรถนะของตนเองมากที่สุด ดังนั้นเครื่องมือที่ใช้ประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงมีลักษณะการประเมินที่วัดพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจง และวัดระดับความเชื่อมั่น หรือความมั่นใจในการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ

สำหรับในประเทศไทย สายรุ้ง บัวระพา (2547) ได้ดัดแปลงแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งแปลความเป็นภาษาไทย และดัดแปลงจากแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการทำกิจกรรมของ Jenkins (1989) ที่สร้างจากแนวคิดของ Bandura (1986) ดัดแปลงตัวอย่างกิจกรรมบางข้อให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมไทย มีลักษณะเป็นเส้นตรงแนวนอนที่มีความยาว 10 เซนติเมตร มีข้อความ 17 ข้อ แบบประเมินนี้ได้พัฒนาขึ้นและถูกนำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .82-.99

หทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) ได้ดัดแปลงแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจากแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องแบบต่อเนื่องของ จิรรัตน์ แหบคงเหล็ก (2543) ที่สร้างตามแนวคิดของ Bandura (1986) ครอบคลุมการรับรู้สมรรถนะในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 6 ด้าน และได้นำไปใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 200 ราย ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .85

นิภาพร ประจันบาน (2550) ได้ดัดแปลงแบบวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยดัดแปลงมาจากแบบวัดการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว หลังจำหน่ายจากหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ของ อวยพรพานิชยมงคล (2544) ซึ่งสร้างจากทฤษฎีการรับรู้ทางสังคมของ Bandura (1986) ร่วมกับทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของ Orem (2001) โดยข้อความครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับความมั่นใจของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในการจัดการตนเองในเรื่อง การรับประทานยา การควบคุมอาหาร และน้ำดื่ม การพักผ่อน การทำกิจกรรมออกแรงและการออกกำลังกาย การควบคุมปัจจัยเสี่ยง

การประเมินและสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ และการมาตรวจตามนัด จำนวน 25 ข้อ มีลักษณะเป็นเส้นตรงแนวนอนที่มีความยาว 10 เซนติเมตร โดยมีคะแนนความมั่นใจ 0-10 คะแนนดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) ได้ .97 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .87

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวถึงความเชื่อมั่นว่าตนสามารถปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งชะลอความก้าวหน้าของโรค ซึ่งประกอบด้วย การจำกัดโซเดียมในอาหารและควบคุมปริมาณน้ำดื่ม การรับประทานยาให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ และการเฝ้าระวังและจัดการอาการและอาการแสดงที่เกิดจากภาวะโซเดียมและน้ำเกิน

อย่างไรก็ตามยังไม่พบเครื่องมือประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่พัฒนาและใช้ในคนไทย ดังนั้น ผู้วิจัยสร้างแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อใช้ในการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

การสนับสนุนทางสังคม (Social support)

ในภาวะการเจ็บป่วยบุคคลต้องการการสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายทางสังคม อาจเป็นคนที่ครอบครัว ญาติ และเพื่อนบ้าน การสนับสนุนทางสังคมจึงมีผลต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวซึ่งความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจะเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม รวมทั้งมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง (Oka et al., 1993) แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ในการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ บุคคลมักจะปฏิบัติพฤติกรรมที่สังคมสนับสนุน (Pender et al., 2002)

การสนับสนุนทางสังคม เป็นการได้รับข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนสนใจดูแลเอาใจใส่ และให้ความรัก เชื่อว่ามีบุคคลคอยช่วยเหลือ และมองเห็นคุณค่า และเชื่อว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีการติดต่อและผูกพันซึ่งกันและกัน เป็นสิ่งที่ประคับประคองจิตใจของบุคคลในสังคม เพื่อให้จัดการกับความเครียด และเป็นส่วนให้บุคคลเกิดความพึงพอใจ การได้รับความไว้วางใจ ทำให้บุคคลได้รับความรัก หรือได้รับการดูแลเอาใจใส่ ได้รับข้อมูลข่าวสาร และได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของ เงินทอง (เยวภา บุญเที่ยง, 2545)

แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

บุคคลในกลุ่มสังคมไม่ได้เป็นแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมทั้งหมด นอกจากบุคคลนั้นจะอยู่ในเครือข่ายทางสังคมของแต่ละคน จึงจะเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ ได้

Pender et al. (2002) แบ่งแหล่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระบบ ดังนี้

1. ระบบสนับสนุนตามธรรมชาติ ได้แก่ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัวและญาติพี่น้อง ซึ่งถือว่าเป็นแหล่งที่สำคัญที่สุด ครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อผู้ป่วยตั้งแต่วัยเด็ก เพราะเป็นแหล่งถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ แบบแผน พฤติกรรม การปฏิสัมพันธ์ และประสบการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต อันจะเป็นเครื่องมือสำคัญในการสนับสนุนผู้ป่วย
2. ระบบสนับสนุนจากเพื่อน เป็นการสนับสนุนที่ผู้ป่วยได้รับจากบุคคลที่มีประสบการณ์ มีความชำนาญในเรื่องที่จะค้นคว้าหาความต้องการ และสามารถติดต่อชักจูงผู้ป่วยได้โดยง่าย
3. ระบบการสนับสนุนด้านศาสนา หรือแหล่งอุปถัมภ์ต่าง ๆ เป็นแหล่งสนับสนุนที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการพบปะ แลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม คำสอน คำแนะนำเกี่ยวกับวิถีการดำเนินชีวิต และขนบธรรมเนียมประเพณีต่าง ๆ ได้แก่ พระ นักบวช กลุ่มผู้ปฏิบัติธรรม

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

สำหรับในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) มาใช้ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ จึงควรได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือให้ครอบคลุมทุกด้าน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ เนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นความเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเมื่อเกิดการเจ็บป่วย นอกจากจะมีผลกระทบต่อด้านร่างกายแล้วยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ อารมณ์ อีกด้วย ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ดังนั้นการสนับสนุนทางด้านอารมณ์โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับความเห็นอกเห็นใจจากครอบครัวจึงมีความสำคัญในการบรรเทาความเครียด ลดความรุนแรงหรือควบคุมอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวได้ (เขาวภา บุญเที่ยง, 2545)
2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำต่าง ๆ ซึ่งสามารถนำไปใช้แก้ปัญหา และปฏิบัติได้ ช่วยให้เกิดการปรับตัวเกิดขึ้น การที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการได้รับข้อมูลต่าง ๆ เพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหา
3. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า เป็นการช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลมีการประเมินตนเองหรือเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในสังคม เพื่อให้เข้าใจว่ามีผู้ที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกันที่สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้ซึ่งกันและกัน และทราบว่าพฤติกรรมของตนนั้นเหนือหรือต่ำกว่ามาตรฐานในสังคมนั้น ๆ ซึ่งการสนับสนุนในด้านนี้ช่วยให้บุคคลเกิดความมั่นใจ และรู้สึกว่าคุณภาพของตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร วัสดุ เงิน แรงงานและสิ่งแวดล้อม เป็นการสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของที่จำเป็นต่าง ๆ ตลอดจน เงินทอง เวลา การช่วยแบ่งเบาภาระ และการปรับสภาพแวดล้อมซึ่งเป็นการช่วยเหลือโดยตรงที่จำเป็นที่เกิขึ้นกับบุคคลนั้น

จากการศึกษาของของ Dilorio et al. (1996) และ Ni et al. (1999) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรสและบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเอง และจากการศึกษาของ ชูตินธร เรียนแพง (2547) พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.4) มีผู้ดูแลเป็นคู่สมรสหรือบุตร จากเหตุผลดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัว และมีการจัดการตนเองที่ดี เช่นเดียวกับการศึกษาของ เยาวภา บุญเที่ยง (2545) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง ($r = .636, p < .001$) และจากการศึกษาของ หทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ($r = .462, p < .01$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีด้วย และหากกลุ่มตัวอย่างที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่ต่ำมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีด้วย

การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

มีผู้สร้างแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมไว้ ดังเช่น

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

2. แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมสร้างโดย Kaplan, Cassel, and Gore (1977) ที่สร้างตามแนวคิดของ Cobb (1976) ลักษณะเครื่องมือเป็นเรื่องสั้น 16 ชุด มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ จะนำคะแนนที่ได้จากคำตอบ 16 ชุด มารวมกันเป็นคะแนนรวมซึ่งหมายถึง ปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่แต่ละคนได้รับ เครื่องมือชุดนี้ใช้วัดการสนับสนุนทางสังคมโดยทั่วไป ไม่เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ใด และวัดได้เฉพาะปริมาณของการสนับสนุน ไม่สามารถวัดเครือข่ายทางสังคมได้

3. แบบประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) เป็นเครื่องมือสำหรับวัดความเข้าใจและการรับรู้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ จากครอบครัว (Family) เพื่อน (Friends) และบุคคลใกล้ชิด (Significant other) เป็นการรับรู้และการเข้าใจ ในการสนับสนุนทางสังคม (Social support) จากครอบครัว เพื่อน และบุคคลใกล้ชิด ซึ่งถูกพัฒนาโดย Zimet, Dahlem, Zimet, and Farley (1988) นิยมนำมาใช้วัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่ง Sayers, Riegel, Pawlowski, Coyne, and Samaha (2008) ได้นำมาใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 64 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87 สำหรับในประเทศไทย พิทักษ์พล บุญยมาลิก (Boonyamalik, 2005) ได้นำแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ ของ Zimet et al. (1988) มาทำการแปลเป็นภาษาไทย โดยผ่านกระบวนการ Translation-back translation ซึ่งเนื้อหาของแบบสอบถามชุดนี้มีความหมายใกล้เคียงกับต้นฉบับภาษาอังกฤษมากที่สุด และนำมาใช้วัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มเด็กวัยรุ่น ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89

4. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของ เขียวภา บุญเที่ยง (2545) ซึ่งสร้างตามแนวคิดของ Cobb (1976) ร่วมกับ Schaefer et al. (1981) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ ครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของ และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 15 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นกับ .92

5. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ของ หทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) ที่ได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ น้ำเพชร หล่อตระกูล (2543) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ House (1981) ซึ่งแบ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร ประกอบด้วยคำถามที่มีความหมายทางด้านบวกทั้งหมดจำนวน 16 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ เป็นจริงมากที่สุด เป็นจริงส่วนใหญ่ เป็นจริงบางส่วน ไม่เป็นจริงทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้เทคนิคการทดสอบซ้ำได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81

ในการศึกษาครั้งนี้ การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว และบุคคลอื่นในสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุน ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากร

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมซึ่งประยุกต์มาจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ หทัยรัตน์ เวชมนัส (2547)

บริบทการให้บริการของโรงพยาบาลราชบุรี

โรงพยาบาลราชบุรี เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิระดับสูง เป็นศูนย์รักษาโรคเฉพาะทางที่ทันสมัยแห่งหนึ่งในแถบภาคตะวันตกของประเทศไทย มีแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจและหลอดเลือด รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยที่ส่งต่อเพื่อมารักษาเฉพาะทางด้านโรคหัวใจ ในเขตจังหวัดราชบุรี กาญจนบุรี สุพรรณบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ และนครปฐม จากสถิติพบว่าจำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีแนวโน้มที่สูงขึ้น โดย พ.ศ. 2551-2553 มีจำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 593 ราย, 594 ราย, 849 ราย ต่อปีตามลำดับ และแผนกผู้ป่วยในจำนวน 876 ราย, 953 ราย, 984 รายต่อปี ตามลำดับ (หน่วยเวชระเบียน โรงพยาบาลราชบุรี, 2553) ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว บางส่วนจะมีการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำบ่อยครั้งหรือมาตรวจก่อนวันนัด ด้วยอาการหายใจเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก หรือมีภาวะแทรกซ้อนของภาวะหัวใจล้มเหลว

จากการศึกษาประวัติการรักษาย้อนหลังพบว่า สาเหตุของการเข้ารับรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว ส่วนหนึ่งเกิดจากผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ไม่ถูกต้อง เช่น รับประทานอาหารเค็ม ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา ไม่ควบคุมปัจจัยเสี่ยง เป็นต้น จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยบางส่วนพบว่า ผู้ป่วยบางส่วนขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น ไม่เข้าใจความหมายของโซเดียม ผู้ป่วยมักเข้าใจว่าไม่ให้รับประทานอาหารที่มีรสชาติเค็มเท่านั้น และไม่ทราบปริมาณโซเดียมที่ต้องจำกัด ไม่ทราบชื่อยาที่รับประทานและการติดตามสังเกตอาการของตนเองหลังรับประทานยา ผู้ป่วยบางส่วนทราบว่าต้องมีการจำกัดโซเดียมในอาหารแต่มีภาวะความรุนแรงของโรคมามากและขาดการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวในการจัดหาอาหารโซเดียมต่ำ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการตนเองสำเร็จ

จากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับภาวะความเจ็บป่วยได้ทำให้มีภาวะแทรกซ้อนของภาวะหัวใจล้มเหลว ต้องมีการใช้ยา และอุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อช่วยเหลือ ทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลราชบุรี ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยคัดเลือกปัจจัยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมซึ่งประกอบด้วย ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม ผลของการวิจัยจะช่วยให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการตนเอง เพื่อที่จะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการช่วยเหลือการจัดการตนเองผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีประสิทธิภาพต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม โดยมีระเบียบวิธีวิจัยดังนี้

สถานที่ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลที่คลินิกโรคหัวใจแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมาระดับสูง ขนาด 950 เตียง เป็นศูนย์รักษาโรคเฉพาะทางที่ทันสมัยแห่งหนึ่งในแถบภาคตะวันตกของประเทศไทย มีคลินิกเฉพาะโรคหัวใจและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านหัวใจประจำคลินิก มีพยาบาลดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาที่เปิดทำการ และเป็นศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยเพื่อมารักษาเฉพาะทางด้านโรคหัวใจ ในเขตจังหวัดราชบุรี กาญจนบุรี สุพรรณบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ และนครปฐม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจากโรคหัวใจและระบบไหลเวียน ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวมีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ที่มาตรวจตามนัด ณ คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี

กลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มาตรวจตามนัด ณ คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก มีคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

- ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ตั้งแต่ 2 เดือนขึ้นไป
- ไม่มีอาการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลว ที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา
- ไม่มีอาการเหนื่อย แน่นหน้าอก ใจสั่น ภายใน 24 ชั่วโมงก่อนการเก็บข้อมูล
- การรับรู้สติสัมปชัญญะดีสามารถพูดและฟังภาษาไทยเข้าใจ

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากเลือก $\frac{1}{4}$ ของวันที่เปิดบริการคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งจะมีทุกวันจันทร์ถึงวันพฤหัสบดี โดยผลการจับฉลากได้กลุ่มตัวอย่างที่มาตรวจในวันจันทร์ พุธ และพฤหัสบดี

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power ในการคำนวณ (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) โดยกำหนด ระดับความมีนัยสำคัญ (α) เท่ากับ .05 ระดับอำนาจทดสอบ (Power) ที่ 80% ขนาดอิทธิพล (Effect size) จากงานวิจัยของ ชุตินธร เรียนแพง (2548) ที่ศึกษาการจัดการตนเองและความผาสุกในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ($r = .30$) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 82 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นแบบวัดลักษณะของกลุ่มตัวอย่างซึ่งประกอบด้วย

1.1 ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อมูลเกี่ยวกับเพศอายุสถานภาพสมรสระดับการศึกษาอาชีพ รายได้ประวัติโรคประจำตัวระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวนครั้งของการเข้ารับรักษาตัวด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติการรักษา และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย

1.2 แบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นการวัดระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และลักษณะอาการที่ปรากฏ โดยใช้เกณฑ์การจำแนกสมรรถนะการทำหน้าที่ของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (The New York Heart Association Functional Classification, NYHA-FC) โดยพิจารณาจากระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมและลักษณะอาการที่ปรากฏ แบ่งเป็น 4 ระดับดังนี้ (Demers et al., 2000)

NYHA-FC I คือ ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมตามปกติ

NYHA-FC II คือ มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย จะสบายขณะพัก จะมีอาการเหนื่อยล้า ใจสั่น หายใจลำบากหรือเจ็บหน้าอกเมื่อทำกิจกรรมตามปกติ

NYHA-FC III คือ มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม จะมีอาการสบายเวลาพัก จะมีอาการเหนื่อยล้า ใจสั่น หายใจลำบากหรือเจ็บหน้าอกเมื่อทำกิจกรรมน้อยกว่าปกติ

2. แบบประเมินการจัดการตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นแบบวัดพฤติกรรมที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกระทำเพื่อป้องกัน และแก้ไขภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งชะลอความก้าวหน้า

ของโรค ซึ่งประกอบด้วย การจำกัดโซเดียมในอาหารและควบคุมปริมาณน้ำดื่ม รับประทานยา ให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ การออกกำลังกายสม่ำเสมอและการเฝ้าระวังและจัดการ อาการและอาการแสดงที่เกิดจากภาวะโซเดียมเกิน โดยผู้ป่วยเป็นผู้ตอบคำถามในแบบประเมิน ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 14 ข้อ โดยแบ่งเป็น 4 ด้านคือ ด้านการจำกัดโซเดียมในอาหารและควบคุมปริมาณน้ำดื่ม 3 ข้อ ด้านรับประทานยาให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ 5 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย สม่ำเสมอ 3 ข้อ และด้านการเฝ้าระวังและจัดการอาการและอาการแสดงที่เกิดจากภาวะ โซเดียม และน้ำเกิน 3 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ค่า ดังนี้

ทำเป็นประจำ	หมายถึง	ทำกิจกรรมนั้นเป็นประจำสม่ำเสมอทุกครั้ง หรือทุกวัน
ทำบ่อยครั้ง	หมายถึง	ทำกิจกรรมนั้นเป็นส่วนใหญ่หรือ 3-6 วันต่อสัปดาห์
ทำเป็นบางครั้ง	หมายถึง	ทำกิจกรรมนั้นเป็นบางครั้งหรือ 1-2 วันต่อสัปดาห์
ไม่เคยทำ	หมายถึง	ไม่เคยทำกิจกรรมนั้นเลย

มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อคำถามด้านบวก	ข้อคำถามด้านลบ
ทำเป็นประจำ	ให้ 4 คะแนน	ให้ 1 คะแนน
ทำเป็นบ่อยครั้ง	ให้ 3 คะแนน	ให้ 2 คะแนน
ทำเป็นบางครั้ง	ให้ 2 คะแนน	ให้ 3 คะแนน
ไม่เคยทำ	ให้ 1 คะแนน	ให้ 4 คะแนน

มีคะแนนรวมตั้งแต่ 14-56 คะแนน

การแบ่งระดับคะแนนการจัดการตนเอง แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การคำนวณ หาอันตรายภาคขึ้นโดยใช้ค่าพิสัย โดยคำนวณจากคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด แล้วเอาผลลัพธ์ ที่ได้มาแบ่งเป็น 3 ช่วงเท่า ๆ กัน (ประกอบ กรรณสูต, 2542) เนื่องจากแบบประเมินนี้ยังไม่มีเกณฑ์ มาตรฐานที่กำหนดไว้ล่วงหน้า สามารถกำหนดระดับคะแนนการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะ หัวใจล้มเหลวได้ดังนี้

14-28 คะแนน	หมายถึง	มีการจัดการตนเองในระดับต่ำ
29-42 คะแนน	หมายถึง	มีการจัดการตนเองในระดับปานกลาง
42-56 คะแนน	หมายถึง	มีการจัดการตนเองในระดับสูง

3. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง เป็นแบบวัดความจำและความเข้าใจ ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเกี่ยวกับพฤติกรรมที่กระทำเพื่อป้องกัน และแก้ไขภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งชะลอความก้าวหน้าของโรค ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวทางการให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะ

หัวใจล้มเหลวของ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย (2551) ซึ่งประกอบด้วย การจำกัด โซเดียมในอาหารและควบคุมปริมาณน้ำดื่ม การรับประทานยาให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ การออกกำลังกายสม่ำเสมอและการเฝ้าระวังและจัดการอาการและอาการแสดงที่เกิดจากภาวะ โซเดียมและน้ำเกิน โดยผู้ป่วยเป็นผู้ตอบคำถามในแบบประเมินซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ โดยแบ่งเป็น 5 ด้าน คือ ด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว 3 ข้อ ด้านการจำกัดโซเดียมในอาหารและควบคุมปริมาณน้ำดื่ม 2 ข้อ ด้านรับประทานยาให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ 6 ข้อ ด้านการออกกำลังกายสม่ำเสมอ 4 ข้อ และด้านการเฝ้าระวังและจัดการอาการและอาการแสดงที่เกิดจากภาวะโซเดียมและน้ำเกิน 3 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีคำตอบให้เลือก 3 แบบ คือ ถูกผิดและไม่ทราบ ถ้าผู้ป่วยตอบคำถามถูกต้องได้ 1 คะแนน ถ้าตอบคำถามผิดหรือตอบว่าไม่ทราบได้ 0 คะแนน มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-18 คะแนน

ในการพิจารณาระดับความรู้ใช้เกณฑ์ของ Van Der Wal et al. (2005) ซึ่งได้สร้างเครื่องมือในการวัดความรู้ทั่วไปของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งครอบคลุมความรู้เกี่ยวกับการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวอาหารและการจำกัดน้ำการจัดการเกี่ยวกับอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวหาความเชื่อมั่นโดยใช้วิธี คูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) โดยใช้สูตร KR-21 ได้เท่ากับ .76 คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ของคะแนนรวมถือว่าผู้ป่วยมีความรู้มาก ในการศึกษาี้ คะแนนร้อยละ 80 เท่ากับ 14 คะแนน กำหนดช่วงคะแนน 2 ระดับ ดังนี้

คะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับมาก
 คะแนนร่น้อยกว่า 14 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับน้อย

4. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมเป็นแบบวัดการรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับ ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ของ หทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) โดยมีการปรับแก้ข้อคำถามเพื่อให้มีความสอดคล้องกับการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองของผู้ป่วย ซึ่งแบบสอบถามให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบประเมินด้วยตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายด้านบวกทั้งหมดจำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ 4 ข้อ ด้านการประเมินค่า 3 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร 4 ข้อ และด้านทรัพยากร 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ซึ่งแต่ละข้อมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่เป็นจริง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงความเป็นจริงที่เกิดขึ้น
 เป็นจริงน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงความจริงที่เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย
 เป็นจริงส่วนใหญ่ หมายถึง ข้อความนั้นตรงความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเป็นส่วนใหญ่

เป็นจริงมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงความเป็นจริงที่เกิดขึ้นมากที่สุด
มีเกณฑ์การให้คะแนนคำตอบ ดังนี้

ไม่เป็นจริง ให้ 1 คะแนน

เป็นจริงน้อย ให้ 2 คะแนน

เป็นจริงส่วนใหญ่ ให้ 3 คะแนน

เป็นจริงมากที่สุด ให้ 4 คะแนน

มีคะแนนรวมทั้ง 15-60 คะแนน

การแบ่งระดับคะแนนการสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์
การคำนวณหาอันตรายภาคชั้น โดยใช้ค่าพิสัย โดยคำนวณจากคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด
แล้วเอาผลลัพธ์ที่ได้มาแบ่งเป็น 3 ช่วงเท่า ๆ กัน (ประคอง วรรณสุด, 2542) เนื่องจากแบบประเมินนี้
ยังไม่มีเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ล่วงหน้า สามารถกำหนดระดับคะแนนการสนับสนุนทางสังคม
ได้ดังนี้

15-30 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ

31-45 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง

46-60 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง

5. แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นแบบวัดการรับรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจ
ล้มเหลวถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อป้องกันและแก้ไข
ภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งชะลอความก้าวหน้าของโรค โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบประเมิน
ด้วยตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ โดยแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการจำกัดโซเดียม
ในอาหารและควบคุมปริมาณน้ำดื่ม 3 ข้อ ด้านการรับประทานยาให้สอดคล้องกับการรักษา
ของแพทย์ 5 ข้อ ด้านการออกกำลังกายสม่ำเสมอ 2 ข้อ ด้านการเฝ้าระวังและจัดการอาการและ
อาการแสดงที่เกิดจากภาวะโซเดียมและน้ำเกิน 4 ข้อ และข้อคำตอบมีลักษณะเป็นช่องคะแนน
โดยมีคะแนนความมั่นใจอยู่ระหว่าง 0-10 ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม
ด้วยตนเองแล้วเขียนเครื่องหมายทับลงบนช่องคะแนน ให้ตรงกับความมั่นใจในความสามารถ
ในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ มีคะแนนรวมทั้ง 0-140 คะแนน

การแบ่งระดับคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การ
คำนวณหาอันตรายภาคชั้น โดยใช้ค่าพิสัย โดยคำนวณจากคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด แล้วเอา
ผลลัพธ์ที่ได้มาแบ่งเป็น 3 ช่วงเท่า ๆ กัน (ประคอง วรรณสุด, 2542) และปรับให้เป็นจำนวนเต็ม
เนื่องจากแบบประเมินนี้ยังไม่มีเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ล่วงหน้า สามารถกำหนดระดับคะแนน
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้ ดังนี้

0-47	คะแนน	หมายถึง	มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับต่ำ
48-95	คะแนน	หมายถึง	มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับปานกลาง
96-140	คะแนน	หมายถึง	มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลต้องมีคุณภาพ มีความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้

ความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว แบบประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 2 ท่าน พยาบาลที่มีความชำนาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 2 ท่าน แพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านโรคหัวใจ จำนวน 1 ท่าน (ภาคผนวก ก) เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ การพิจารณาความตรงตามเนื้อหาโดยดูจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 ตรงกันทุกท่าน (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2550) หลังจากผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วจึงนำแบบประเมินมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะและหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินทั้งหมด (Content Validity Index หรือ CVI) โดยแบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวได้เท่ากับ 1 แบบประเมินการจัดการตนเองได้เท่ากับ 1 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองได้เท่ากับ .94 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมได้เท่ากับ 1 และประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้เท่ากับ 1

การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินการจัดการตนเอง แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย หลังจากนั้นจึงนำข้อมูลมาหาความเชื่อมั่นโดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยแบบประเมินการจัดการตนเองได้เท่ากับ .89 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมได้เท่ากับ .83 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้เท่ากับ .79 ส่วนแบบประเมินความรู้

เกี่ยวกับการจัดการตนเองได้นำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้วิธี คูเดอร์ ริชardtสัน (Kuder-Richardson) โดยใช้สูตร KR-21 ได้เท่ากับ .76

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เมื่อผ่านการพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลกระทบต่อกรรับบริการของกลุ่มตัวอย่างด้านสุขภาพแต่อย่างใด ในระหว่างการทำวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างต้องการถอนตัวออกจากการเข้าร่วมการวิจัยก็สามารถกระทำได้ทันทีโดยรับรองว่าจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จะไม่มีการเปิดเผยชื่อ และนามสกุล ที่สามารถระบุถึงตัวกลุ่มตัวอย่างได้ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยในการวิจัยครั้งนี้ก็สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ระหว่างการตอบแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติทางด้านร่างกายหรือด้านจิตใจ เช่น เจ็บหน้าอก หายใจเหนื่อยหอบ หรือมีความเครียด ไม่พร้อมในการตอบ ผู้วิจัยจะยุติการให้ตอบแบบสอบถาม และให้กลุ่มตัวอย่างหยุดพัก พร้อมทั้งให้การดูแลจนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างมีอาการทุเลาและนัดกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำแบบสอบถามใหม่ภายหลังหากกลุ่มตัวอย่างยินยอม หากอาการไม่ทุเลา ผู้วิจัยรายงานพยาบาลประจำคลินิกเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ก่อน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ไม่พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกิดอาการดังกล่าว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และมีผู้ช่วยวิจัย 1 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหลอดเลือด และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ต่ำกว่า 3 ปี โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย และอธิบายเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ผู้ช่วยวิจัยได้เข้าใจตรงกันในทุกข้อคำถาม รวมทั้งให้ผู้ช่วยวิจัยฝึกปฏิบัติการใช้เครื่องมือการวิจัยจนถูกต้องตรงกันกับผู้วิจัย โดยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ทำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี เพื่อเสนอขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. หลังจากได้รับการอนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยได้เข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก ณ คลินิกผู้ป่วยโรคหัวใจ เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือดแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี ในวันจันทร์ พุธ และพฤหัสบดี ในเวลา 8.00-12.00 น. โดยใช้เวลาในการรวบรวมข้อมูลประมาณ 30 นาที/คน โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง ในช่วงเวลาที่รอรับการตรวจหรือรอรับยา สถานที่ในการตอบแบบสอบถามคือห้องสอนสุขศึกษา ซึ่งอยู่ใกล้กับห้องตรวจอายุรกรรมและมีความเงียบสงบ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างไม่ถูกรบกวนจากสิ่งแวดล้อม และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าเมื่อถึงลำดับในการตรวจรักษา พยาบาลประจำห้องตรวจจะมารับกลุ่มตัวอย่างไปตรวจ เพื่อลดความกังวลใจในการเข้าตรวจรักษา นอกจากนี้ หากกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติด้านร่างกายหรือด้านจิตใจ เช่น หายใจลำบาก เจ็บหน้าอก เหนื่อยล้า เกรียด ไม่พร้อมที่จะตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างยุติการตอบแบบสอบถาม และดูแลจนกว่ามีอาการทุเลา หลังจากนั้นผู้วิจัยจะนัดกลุ่มตัวอย่างเพื่อตอบแบบสอบถามในภายหลัง หากอาการไม่ทุเลา ผู้วิจัยจะรายงานพยาบาลประจำคลินิกเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจจากแพทย์ก่อนซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่เกิดอาการดังกล่าว

4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

4.1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยแล้ว จึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4.2 ผู้ช่วยผู้วิจัยรวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับประวัติโรคประจำตัวระยะเวลาที่ได้รับ การวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวนครั้งของการเข้ารับรักษาตัวซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว จากแฟ้มประวัติการรักษาผู้ป่วย

4.2.1 กลุ่มตัวอย่างที่สามารถอ่านและเขียนได้ ผู้วิจัยได้ให้ตอบแบบประเมินด้วยตนเอง โดยอธิบายวิธีการตอบคำถามโดยละเอียด และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินโดยไม่จำกัดเวลา ตามลำดับ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว แบบประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

4.2.2 กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถอ่านและเขียนได้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้อ่านแบบประเมินให้ฟังทีละข้ออย่างช้า ๆ เมื่ออ่านข้อคำถามแต่ละข้อเสร็จแล้วจะเว้นช่วงเวลาเล็กน้อย

ก่อนที่จะอ่านคำตอบของแต่ละข้อ หากกลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจข้อคำถามผู้วิจัยจะอ่านบททวนใหม่ โดยไม่อธิบายความใด ๆ เพิ่มเติม เมื่อตอบแบบประเมินเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบ ถ้าพบข้อใดไม่มีคำตอบ ผู้วิจัยซักถามเพื่อให้ได้คำตอบที่สมบูรณ์

4.3 ดำเนินการตามขั้นตอนจนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด จำนวน 82 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อรวบรวมข้อมูลได้ครบตามที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคมวิเคราะห์โดยหาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยการวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficients) หาความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองการรับรู้สมรรถนะแห่งตนการสนับสนุนทางสังคม ตัวแปรอิสระทั้งหมดจะต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี จำนวน 82 ราย ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว แบบประเมินการจัดการตนเอง แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลคือเดือนมกราคม ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2555

ผลการวิจัยได้นำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 การจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 4 ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 5 ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 6 ความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายระหว่าง ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลและนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ได้ผลการวิเคราะห์ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพในปัจจุบัน ระดับการศึกษา รายได้ ความพอเพียงของรายได้ บุคคลในครอบครัวที่มีหน้าที่ดูแล นำเสนอเป็นจำนวน ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
(n = 82)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	48	58.5
หญิง	34	41.5
อายุ (ปี)		
(Mean = 65.00, SD = 12.00)		
40-49 ปี	11	13.4
50-59 ปี	20	24.4
60-69 ปี	23	28.0
70-79 ปี	20	24.4
80-89 ปี	8	9.8
สถานภาพสมรส		
โสด	2	2.4
คู่	48	58.5
หม้าย/ หย่า แยก	32	39.1
อาชีพในปัจจุบัน		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	46	56.1
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	2	2.4
เกษตรกรกรรม	15	18.3
รับจ้าง	15	18.3
ค้าขาย	3	3.7
พระภิกษุ	1	1.2
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	18	22.0
ประถมศึกษา	50	61.0
มัธยมศึกษา	1	14.6
อนุปริญญา	1	1.2

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	1	1.2
รายได้		
ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง	40	48.8
มีรายได้เป็นของตนเอง	42	51.2
ความพอเพียงของรายได้		
พอเพียง	72	87.8
ไม่พอเพียง	10	12.2
บุคคลในครอบครัวที่มีหน้าที่ดูแล		
คู่สมรส	35	42.7
บิดา/ มารดา	7	8.5
บุตร	38	46.3
ญาติ	2	2.5

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษารั้งนี้มีจำนวน 82 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 58.5) มีอายุในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 28.0) รองลงมา คือ ช่วงอายุ 70-79 ปี (ร้อยละ 20) อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 65 ปี (SD 12.00) มีสถานะภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 58.5) สำเร็จการศึกษา ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 61.0) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 56.1) มีรายได้เป็นของตนเอง (ร้อยละ 51.2) มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย (ร้อยละ 87.8) และบุคคลในครอบครัวที่มีหน้าที่ดูแลหลักเป็นบุตร (ร้อยละ 46.3) รองลงมา คือ คู่สมรส (ร้อยละ 35)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย โรคประจำตัว ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวในรอบ 1 ปี ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง (n = 82)

ข้อมูลการเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
เบาหวาน	3	3.7
ความดันโลหิตสูง	8	9.8
กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือตาย	6	7.3
ลิ้นหัวใจรั่วหรือตีบ	8	9.8
ไตวาย	1	1.2
ความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน	32	39.0
ความดันโลหิตสูงร่วมกับกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือตาย	17	20.7
และไตวาย		
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว (Mean = 1.5, SD = .63)		
น้อยกว่า 1 ปี	45	54.9
1-2 ปี	31	37.8
3 ปี	6	7.3
จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาทัว ในโรงพยาบาลในรอบ 1 ปี (Mean = 1.29, SD = 0.92)		
ไม่เคย	13	16.0
เคย 1 ครั้ง	43	52.4
เคย 2 ครั้ง	17	20.7
เคย 3 ครั้ง	7	8.5
เคย 4 ครั้ง	2	2.4

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน (ร้อยละ 39) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจ

ล้มเหลวน้อยกว่า 1 ปี (ร้อยละ 54.9) (SD = .63) และส่วนใหญ่ เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1 ครั้งในรอบ 1 ปีด้วยภาวะของหัวใจล้มเหลว (ร้อยละ 52.4)

ส่วนที่ 3 การจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มตัวอย่าง

การจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มี 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการจำกัดโซเดียม ในอาหารและควบคุมปริมาณน้ำดื่ม ด้านการเฝ้าระวังและจัดการอาการและอาการแสดงที่เกิดจาก ภาวะโซเดียมและน้ำเกิน ด้านรับประทานยาให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ ด้านการ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ นำเสนอเป็นค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของ การจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว นำเสนอเป็น ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน และระดับของการจัดการตนเอง ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะ หัวใจล้มเหลวของกลุ่มตัวอย่าง (n = 82)

การจัดการตนเองของ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	ช่วงคะแนน		\bar{X}	SD	ระดับการจัดการ ตนเอง
	แบบสอบถาม	กลุ่มตัวอย่าง			
การจัดการตนเองของ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยรวม	14-56	23-53	41.21	8.07	ปานกลาง
รายด้าน					
การจำกัดโซเดียม และควบคุมน้ำดื่ม	3-12	3-12	8.47	2.72	ปานกลาง
การเฝ้าระวังและ จัดการอาการ	3-12	3-12	9.87	2.29	ปานกลาง
การรับประทานยา	8-18	8-18	13.79	2.13	สูง
การออกกำลังกาย	3-12	3-12	9.08	2.62	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการจัดการตนเองเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 41.21 (SD = 8.07) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การจัดการตนเอง ด้านการ รับประทานยาให้สอดคล้องกับการรักษาของแพทย์อยู่ในระดับสูง ส่วนด้านการจำกัดโซเดียม

ในอาหารและควบคุมปริมาณน้ำดื่ม ด้านการเฝ้าระวังและจัดการอาการและอาการแสดงที่เกิดจากภาวะโซเดียมและน้ำเกิน และด้านการออกกำลังกายสม่ำเสมออยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนที่ 4 ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวใช้เกณฑ์การจำแนกสมรรถนะการทำหน้าที่ของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (The New York Heart Association Functional Classification, NYHA-Fc) นำเสนอเป็นจำนวน และร้อยละ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มตัวอย่าง
(n = 82)

ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
NYHA Fc-I	0	0
NYHA Fc-II	34	41.5
NYHA Fc-III	37	45.1
NYHA Fc-IV	11	13.4

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับ NYHA Fc-III (ร้อยละ 45.1) รองลงมาคือ NYHA Fc-II (ร้อยละ 41.5) และ NYHA Fc-IV (ร้อยละ 13.4) ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวในระดับ NYHA Fc-I

ส่วนที่ 5 ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มตัวอย่าง

ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว นำเสนอเป็น ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มตัวอย่าง (n = 82)

ปัจจัย	ช่วงคะแนน		\bar{X}	SD	ระดับ
	แบบสอบถาม	กลุ่มตัวอย่าง			
ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง	0-18	3-18	13.25	4.35	น้อย
ทางการสนับสนุนสังคม	15-60	30-59	47.25	6.20	สูง
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	0-140	67-140	110.06	18.99	สูง

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง อยู่ในระดับน้อย ($\bar{x} = 13.2$, $SD = 4.35$) คะแนนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 47.25$, $SD = 6.20$) คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 110.06$, $SD = 18.99$)

ส่วนที่ 6 ความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายระหว่าง ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มตัวอย่าง

การหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้วิจัยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ซึ่งผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ของสถิติทั้งสอง พบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น คือ ตัวแปรทุกตัวมีการกระจายแบบโค้งปกติ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเป็นเส้นตรง ไม่มีตัวแปรอิสระคู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันสูงกว่า .85 ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์ทุกตัวมีค่าคงที่กระจายบริเวณค่า 0 (Burns & Grove, 2005) จากนั้นจึงได้ทำการวิเคราะห์หาตัวทำนายด้วยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) โดยตัวแปรต้น ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ตัวแปรตาม ได้แก่ การจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผลการวิเคราะห์นำเสนอตารางที่ 6 และ 7

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่าง ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัย	1	2	3	4	5	6	7
1. NYHFC II	1						
2. NYHFC III	-.763	1					
3. NYHFC IV	-.331	-.357	1				
4. ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง	.076	.263	-.495	1			
5. การสนับสนุนทางสังคม	.134	.133	-.388	.640	1		
6. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.228	.068	-.430	.731	.685	1	
7. การจัดการตนเอง	.134	.061	-.283	.543*	.502*	.507*	1

* = $p < .01$

จากตารางที่ 6 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูง (Burns & Grove, 2005) กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง ($r = .543$, $p = .000$) การสนับสนุนทางสังคม ($r = .502$, $p = .000$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($r = .507$, $p = .000$) แต่ พบว่า ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยทำนายการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ตัวแปรทำนาย	B	Beta	
ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง	.697**	.376**	Intercept = 15.934
การสนับสนุนทางสังคม	.339*	.261*	$R^2 = .336$ $F(2, 79) = 19.947$

* = $p < .05$, ** = $p < .01$

จากตารางที่ 7 พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมี 2 ปัจจัย ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม

โดยสามารถร่วมกันทำนายการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 33.6 ($p < .05$)

ตัวแปรทำนายที่สามารถทำนายการจัดการตนเองได้ดีที่สุด คือ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองโดยสามารถทำนายการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 29.5 ($p < .01$)

เมื่อเพิ่มตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม พบว่าความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองและการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 33.6 ($p < .05$)

สามารถเขียนสมการทำนายได้ดังนี้

1. สมการในรูปคะแนนดิบ (Y)

การจัดการตนเอง = $15.934 + .697$ (ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง) + $.336$

(การสนับสนุนทางสังคม)

2. สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$Z_{\text{การจัดการตนเอง}} = .376(Z_{\text{ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง}}) + .261(Z_{\text{การสนับสนุนทางสังคม}})$

จากสมการข้างต้นอธิบายได้ว่า การจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีแนวโน้มดีขึ้นเมื่อได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง ($Beta = .376, p < .01$) ร่วมกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ($Beta = .261, p < .05$)

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (Individual and family self-management theory) (Ryan & Sawin, 2009) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจากโรคหัวใจและระบบไหลเวียน ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวมีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ที่มาตรวจตามนัด ณ คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง แบบประเมินการจัดการตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ใช้เกณฑ์การจำแนกสมรรถนะการทำหน้าที่ของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (The New York Heart Association Functional Classification, NYHA-FC) โดยพิจารณาจากระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมและลักษณะอาการที่ปรากฏ ผู้วิจัยนำไปหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1 แต่ไม่ได้นำไปหาค่าความเชื่อมั่นเนื่องจากเป็นการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวตามการรับรู้จริงของผู้ป่วยแต่ละราย แบบประเมินการจัดการตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยนำไปหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1 และนำไปหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .89 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวทางการให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวของ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย (2551) ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธี คูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) โดยใช้สูตร KR-21 ได้เท่ากับ .76 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ ทัตย์รัตน์ เวชมนัส (2547) ผู้วิจัยนำไปหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 และนำไปหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .83 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยนำไปหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 และนำไปหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .79

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2555 หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ โดยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคมวิเคราะห์โดยหาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหาความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับความรุนแรงของโรค ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองการรับรู้สมรรถนะแห่งตนการสนับสนุนทางสังคมโดยการวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficients) และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปได้ดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 58.5 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 65 ปี (SD = 12.00) อยู่ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.0 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 58.5 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 61.0 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 56.1 มีรายได้เป็นของตนเอง ร้อยละ 51.2 มีรายได้ที่พอเพียง ร้อยละ 87.8 บุคคลในครอบครัวที่มีหน้าที่ดูแลหลักเป็นบุตร ร้อยละ 46.3 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน ร้อยละ 39 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่น้อยกว่า 1 ปี (SD = .63) ร้อยละ 54.9 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52.4 Admit 1 ครั้งในรอบ 1 ปี ด้วยภาวะของหัวใจล้มเหลว

2. การจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการจัดการตนเองเฉลี่ยรวมเท่ากับ 41.21 (SD = 8.07) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การจัดการตนเองด้านการรับประทานยาให้สอดคล้องกับการรักษาของแพทย์อยู่ในระดับสูง ส่วนด้านการจำกัดโซเดียมในอาหารและควบคุมปริมาณน้ำดื่ม ด้านการเฝ้าระวังและจัดการอาการ และอาการแสดงที่เกิดจากภาวะโซเดียมและน้ำเกิน และด้านการออกกำลังกายสม่ำเสมออยู่ในระดับปานกลาง

3. ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับ NYHA Fc-III มากที่สุด ร้อยละ 45.1 NYHA Fc-II ร้อยละ 41.5 NYHA Fc-IV ร้อยละ 13.4 ในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวในระดับ NYHA Fc-I

4. ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองสนับสนุนทางสังคมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง อยู่ในระดับน้อย ($\bar{x} = 13.2$, $SD = 4.35$) คะแนนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 47.25$, $SD = 6.20$) คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 110.06$, $SD = 18.99$)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง ($r = .543$, $p = .000$) การสนับสนุนทางสังคม ($r = .502$, $p = .000$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($r = .507$, $p = .000$) แต่พบว่า ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

6. ปัจจัยทำนายการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมี 2 ปัจจัยได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม โดยสามารถร่วมกันทำนายการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 33.6 ($p < .05$)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว การจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อยู่ในระดับปานกลาง จากกรอบแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการจัดการตนเองประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านเงื่อนไขเฉพาะ ปัจจัยด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อมทางสังคม และปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัว ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ใน NYHA Fc-III มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมซึ่งส่งผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วย แต่ในขณะเดียวกัน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 มีผู้ดูแลที่บ้าน Ryan and Sawin (2009) มีความเชื่อว่า สมาชิกในครอบครัวเป็นศูนย์กลางและมีประสิทธิภาพสูงสุดในการมีส่วนร่วมเสริมสร้างสุขภาพส่วนบุคคล แม้ว่าการจัดการตนเองบางอย่างผู้ป่วยจะต้องเป็นกระทำได้ด้วยตนเอง เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานยา หากได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ในการจัดยา ดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยเพื่อ

ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้จัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจึงอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การจัดการตนเองด้านการรับประทานยาให้สอดคล้องกับการรักษาของแพทย์อยู่ในระดับสูง ส่วนด้านการจำกัด โซเดียมในอาหารและควบคุมปริมาณน้ำดื่ม ด้านการเฝ้าระวังและจัดการอาการและอาการแสดงที่เกิดจากภาวะ โซเดียมและน้ำเกิน และด้านการออกกำลังกายสม่ำเสมออยู่ในระดับปานกลางซึ่งผู้ป่วยมีการรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ มีการสังเกตอาการข้างเคียงของยา ไม่ซื้อยาแก้ปวดรับประทานเอง และมีการปรับขนาดของยาขับปัสสาวะ ได้ถูกต้องตามคำแนะนำของแพทย์ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ร้อยละ ร้อยมีญาติหรือผู้ดูแลที่บ้าน ซึ่งอาจจะช่วยผู้ป่วยในการจัดยา ดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยทำให้พฤติกรรมในการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์อยู่ในระดับสูง ด้านการจำกัด โซเดียมในอาหารและควบคุมปริมาณน้ำดื่มอยู่ในระดับปานกลาง ผู้ป่วยบางส่วนยังมีการเติมเกลือหรือน้ำปลาลงไปเพิ่มในอาหารที่ปรุงแล้ว การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มและอาหารหมักดอง การควบคุมปริมาณน้ำดื่มไม่ให้เกินวันละ 2 ลิตร ยังอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาจำนวนมากที่พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวบางส่วนไม่ควบคุมการดื่มน้ำ และควบคุมการรับประทานอาหารลดเค็ม (Chung et al., 2006; Kato et al., 2009; Lennie et al., 2008; Ni et al., 1999) ด้านการเฝ้าระวังและจัดการอาการและอาการแสดงที่เกิดจากภาวะ โซเดียมและน้ำเกินของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ผู้ป่วยบางส่วนยังไม่สังเกตอาการที่แสดงถึงภาวะหัวใจล้มเหลวกำเริบเช่น น้ำหนักตัวเพิ่ม บวม ปัสสาวะออกน้อยลง ไม่ชั่งน้ำหนักตัว ไม่ตรวจสอบอาการบวมของมือและเท้า และไม่มาพบแพทย์ก่อนวันนัดเมื่อรู้สึกหายใจลำบาก บวม เหนื่อยง่าย และน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วสอดคล้องกับการศึกษาของ ชุตินธร เรียนแพง (2547) ที่พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวร้อยละ 39.77 มีการจัดการตนเองเกี่ยวกับอาการบวมหลังเท้าและอาการน้ำหนักเพิ่มอย่างรวดเร็วซึ่งเป็นอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำเกินอยู่ในระดับต่ำ ด้านการออกกำลังกายสม่ำเสมออยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และมีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว NYHA Fc-II-IV ทำให้มีข้อจำกัดในการออกกำลังกาย มีอาการเหนื่อยง่าย เจ็บหน้าอก และในการออกกำลังกายผู้ป่วยจะต้องเป็นผู้กระทำด้วยตนเองไม่สามารถให้ผู้อื่นทำแทนได้ ผู้ป่วยจึงไม่สามารถออกกำลังกายได้อย่างสม่ำเสมอ

ปัจจัยทำนายการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมี 2 ปัจจัย ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง ($\beta = .697, p < .01$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .261, p < .05$) โดยสามารถร่วมกันทำนายการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 33.6 ($p < .05$) ($F = 19.94, p < .01$) การรับรู้

สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแต่ไม่สามารถทำนายการจัดการตนเองได้ ($r = .507, p = .000$) ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ซึ่งอภิปรายผลได้ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองสามารถทำนายการจัดการตนเองได้ร้อยละ 29.5 ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองและครอบครัวของ Ryan and Sawin (2009) มิติด้านกระบวนการ (Process) ที่กล่าวว่า บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรม เมื่อมีความรู้และความเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมจะสามารถควบคุมอาการของโรคได้ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลรักษาและติดตามผลการรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้เพื่อที่จะสามารถจัดการกับภาวะสุขภาพที่เบี่ยงเบนไปนั้นได้ ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองอยู่ในระดับน้อย ซึ่งหมายถึงมีความรู้ที่ถูกต้องไม่ถึงร้อยละ 80 การจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง จากการศึกษาของ Seongkum et al. (2014) พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะได้รับข้อมูลหรือความรู้เพียงพอจะต้องใช้เวลาอย่างน้อย 5 ปี จึงจะเปลี่ยนความรู้สู่การปฏิบัติที่เหมาะสมและต่อเนื่องได้ แต่ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวโดยเฉลี่ยน้อยกว่า 1 ปี จึงอาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีความรู้ไม่เพียงพอที่จะนำไปสู่การจัดการตนเองที่เหมาะสม

ปัจจัยที่มีอิทธิพลรองลงมา คือ การสนับสนุนทางสังคม ในภาวะการเจ็บป่วยบุคคลต้องการการสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายทางสังคมอาจเป็นคนในครอบครัวญาติและเพื่อนบ้าน การสนับสนุนทางสังคมจึงมีผลต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวซึ่งความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจะเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมรวมทั้งมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง (Oka et al., 1993) จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงและจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ใน NYHA Fc-II-IV และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 65 ปี (SD = 12.00) ผู้ป่วยจึงต้องพึ่งพาสมาชิกในครอบครัวในการจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย ซึ่งลักษณะของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 มีผู้ดูแลขณะอยู่ที่บ้าน ร้อยละ 46 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ไม่มีรายได้เป็นของตนเองร้อยละ 40 แต่มีความพอเพียงของรายได้ร้อยละ 72 ซึ่งมาจากการช่วยเหลือและสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวเป็นไปตามทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (Individual and family self-management theory) (Ryan & Sawin, 2009) ที่กล่าวว่าสมาชิกในครอบครัวเป็นศูนย์กลางและมีประสิทธิภาพสูงสุดในการมีส่วนร่วมเสริมสร้างสุขภาพส่วนบุคคลและสอดคล้องกับการศึกษา

ที่ผ่านมาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (เขวภา บุญเที่ยง, 2545; เกศรา โชนาชัยสิริ, 2554; รัตติยา ทองอ่อน, 2554)

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแต่ไม่สามารถทำนายการจัดการตนเองได้ ($r = .507, p = .000$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพียงเป็นการรับรู้ที่เกิดจากบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนที่จะกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งให้สำเร็จตามเป้าหมาย แต่อาจจะไม่มีผลกับการจัดการตนเองในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง ผู้ป่วยมีความมั่นใจที่จะออกกำลังกายสม่ำเสมอ มีความมั่นใจที่จะจำกัด โซเดียมในอาหารและควบคุมปริมาณน้ำดื่ม มั่นใจที่จะเฝ้าระวังและจัดการอาการและอาการแสดงที่เกิดจากภาวะ โซเดียมและน้ำเกิน ผู้ป่วยมีความมั่นใจที่จะกระทำแต่ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองอยู่ในระดับน้อย มีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ใน NYHA Fc-II-IV ทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม แม้ผู้ป่วยจะมีความมั่นใจที่จะทำแต่ก็อาจจะไม่สามารถจัดการได้ทั้งหมด ทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนไม่มีผลกับการจัดการตนเอง

ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับ NYHA-FC II-IV มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมแต่มีสมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมและช่วยผู้ป่วยในการจัดการเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวจึงไม่มีผลกับการจัดการตนเองของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลควรนำปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ไปใช้ในการพัฒนา โปรแกรมการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเอง โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองและส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการตนเองของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการจัดการตนเองที่ถูกต้องและต่อเนื่องต่อไป

2. ด้านการบริหารการพยาบาล

เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลให้ตระหนักถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ควรกำหนดนโยบายในการส่งเสริมให้บุคลากรทางการพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับการอบรมวิชาการเกี่ยวกับ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การสนับสนุนทางสังคม อันจะนำไปสู่การช่วยให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการจัดการตนเองที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3. ด้านการศึกษาพยาบาล

ใช้เป็นข้อมูลในการจัดการศึกษาให้กับพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยให้ถูกต้องเหมาะสม

4. ด้านการวิจัย

4.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในตัวแปรอื่น ๆ นอกเหนือจากที่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้เนื่องจากผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรทั้งหมดที่นำมาศึกษาสามารถทำนายการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 33.6 แสดงว่ายังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่สามารถทำนายการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้อีก

4.2 นำปัจจัยที่ทำนายการจัดการตนเอง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การสนับสนุนทางสังคม มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

4.3 เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้ ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวในระดับ NYHA Fc-I ซึ่งในกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวมีระดับความรุนแรงของโรคน้อย การจัดการตนเองอาจมีความแตกต่างกับผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคที่มากกว่า จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติม

บรรณานุกรม

- เกศรา โชนาชัยศิริ. (2554). อิทธิพลของภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว และการสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จอม สุวรรณโณ. (2550). โมเดลทำนายภาวะสุขภาพของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว. คุญฉินิพนธ์พยาบาลศาสตรคุญฉินิพนธ์, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จันทร์จิรา เกียรติสีสกุล. (2551). ผลของ โปรแกรมการสนับสนุนให้ความรู้ต่อความรู้พฤติกรรม การดูแลตนเองและระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทร์เพ็ญ สมโน. (2551). ความร่วมมือในการรักษาและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลเชียงใหม่ราม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จุฬาลักษณ์ เอกสุวรรณ. (2547). ความรู้และทัศนคติของบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับการใช้แผนการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชุตินธร เรียนแพง. (2547). การจัดการตนเองและความผาสุกในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล. (2549). HEART FAILURE: หัวใจล้มเหลว. ขอนแก่น: แอนนา ออฟเซต.
- น้ำเพชร หล่อตระกูล. (2543). การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิภาพร ประจันบาน. (2550). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ยูเอเอ็นไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ประคอง วรรณสูตร. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปิยะนุช รักพานิชย์. (2551). การฟื้นฟูสภาพหัวใจเมื่อกลับบ้าน Outpatient cardiac rehabilitation. ใน *วิศาลคันธารัตนกุล, ระพีพลกฤษณชรณอุยธา (บรรณาธิการ), เวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจ* (หน้า 117-138). กรุงเทพฯ: ชมรมฟื้นฟูหัวใจสมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2549). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด*. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- เยาวภา บุญเที่ยง. (2545). *การสนับสนุนทางสังคมพฤติกรรมสุขภาพและการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุหัวใจวายเลือดคั่ง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รังสฤษฎ์ กาญจนวณิชย์. (2546). *แนวทางการวินิจฉัยและรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวชนิดเรื้อรัง*. ใน *วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข และอภิชาติ สุคนธสรทรัพย์ (บรรณาธิการ), อายุรศาสตร์ประยุกต์เล่ม 1* (หน้า 357-279). เชียงใหม่: ไอเอ็มเออเกโนเซอร์แอนด์แอดเวอร์ไทซิ่ง.
- รัตติยา ทองอ่อน. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการรับประทานยา และการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายในผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศิริวรรณ ตั้งวิจิตรสกุล. (2550). *ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. (2546). หัวใจล้มเหลว (Heart failure). ใน *วิทยา ศรีมาดา (บรรณาธิการ), ตำราอายุรศาสตร์ 4 (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 84-101)*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2541). *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์เล่ม 2 (พิมพ์ครั้งที่ 13)*. กรุงเทพฯ: วี. เจ. พรินต์ติ้ง.

- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลว
แห่งประเทศไทย. (2551). *แนวทางการปฏิบัติมาตรฐานเพื่อการวินิจฉัยและการดูแล
รักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว*. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaiheart.org>
- สายรุ้ง บัวระพา. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลการรับรู้ความรุนแรงของอาการการ
รับรู้สมรรถนะแห่งตนการสนับสนุนทางสังคมและกิจกรรมทางกายในผู้ป่วยหัวใจวาย
เรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์,
บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2553). *สถิติสาธารณสุข*. นนทบุรี: สำนักงานนโยบายและ
วางแผนสาธารณสุข.
- สุมาลี พิรมพราย. (2549). *ผลของการจัดทำนอนร่วมกับการบริหารการหายใจแบบเป่าปากต่ออาการ
หายใจลำบากในผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- เสาวลักษณ์ ท่ามาก. (2552). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะ
หัวใจล้มเหลว*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่,
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- หทัยรัตน์ เวชมนัส. (2547). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย*.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- หน่วยเวชระเบียน โรงพยาบาลราชบุรี. (2553). *สถิติผู้ป่วย โรงพยาบาลราชบุรี*. ราชบุรี: งานเวช
สถิติ.
- อภิชาติ สุคนธ์สรรพ. (2547). *Heart failure*. เชียงใหม่: ไอแอมออร์เกโนเซอร์แอนด์แอดเวอร์ไทซิ่ง.
อภิญญา วงศ์พิริยโยธา, สุพัตรา บัวที, สมเสาว นุชจุมศรี, นงเยาว์ มีเทียน และวิไลพร พิทักษ์นุรัตน์.
(2546). *ผลของการพยาบาลด้วยระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อระดับความรู้
พฤติกรรมดูแลตนเองและภาวะสุขภาพในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง*.
มหาสารคาม: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- อมราวดี บุญยรัตน์. (2550). *การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการออกกำลังกายในผู้ป่วยหัวใจ
ล้มเหลว*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่,
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- อวยพร พานิชยมงคล. (2544). การรับรู้ของพยาบาลและผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลที่จำเป็นในผู้ป่วย
สูงอายุกว้างหัวใจวายและสมรรถนะการดูแลของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัจฉรา เชนฤทธิพิทักษ์. (2547). หัวใจวาย (มิติใหม่). *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 16(2),
25-30.
- Alexander, J., Christopher, E., Kuchibhatia, K., Gaulden, L., Cuffe, M., Blazing, M. (2005).
Depressed heart failure patients are twice as likely to die or be re-admitted to hospital.
Retrieved from <http://www.emaxhealth.com/25/2551.html>
- American Heart Association [AHA]. (2005). ACC/ AHA Guidelines update for the evaluation and
management of chronic heart failure in the adult-summary article. *Circulation*, 112,
1825-1852.
- American Heart Association [AHA]. (2009). *Heart disease and stroke statistics 2009 update.*
Retrieved from <http://www.nanocorthx.com/Articles/HeartDiseaseStrokeStatistics.pdf>
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought of and action: A social cognitive theory.*
New Jersey: Prentice-Hill.
- 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., Cordes, K. D., Westmoreland, G., Castor, R., & Donnelly, E. (2000). Self-care
strategies for symptom management in patients with chronic heart failure. *Nursing
Research*, 49(2), 139-145.
- Bennett, S., & Sauve, M. (2003). Cognitive deficits in patients with heart failure: a review of the
literature. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 18(3), 219-242.
- Boonyamalik, P. (2005). *Epidemiology of adolescentsuicidal ideation: Roles of perceived life
stress, depressive symptoms and substance use.* Doctoral dissertation, Johns Hopkins
University.
- Brackbill, M., Bashaw-Keaton, R., & Sytsma, C. (2007). Angiotensin-converting enzyme
inhibitor or angiotensin receptor blocker adherence in patients with primary versus
secondary diagnosis of heart failure. *American Journal of Managed Care*, 13(10),
568-570.

- Brunner, L. S., & Suddarth, D. S. (2000). *Textbook of medical-surgical nursing* (9th ed). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Burke, M. M., & Laranie, L. A. (2000). *Primary care of the older adult: A multidisciplinary approach* (pp. 220-210). St. Louis: Mosby.
- Bushnell, F. K. L. (1992). Selfcare teaching for congestive heart failure patients. *Journal of Gerontological Nursing, 18*(10), 27-30.
- Caldwell, M. A., Peters, H. J., & Dracup, K. A. (2005). A simplified education program improves knowledge, self-care behavior, and disease severity in heart failure patients in rural setting. *American Heart Journal, 150*, 983e7-983e12.
- Carelock, J., & Clark, A. P. (2001). Heart failure: Pathophysiologic mechanism. *American Journal of Nursing, 101*(12), 26-32.
- Carlson, B., Riegel, B., & Moser, D. (2001). Self-care abilities of patients with heart failure. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care, 30*(50), 351-359.
- 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 as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38*, 300-31.
- Colonna, P., Sorino, M., D'Agostino, C., Borenzi, F., De Luca, L., & Arrigo, F. (2003). Nonpharmacologic care of heart failure: counseling, dietary restriction, rehabilitation, treatment of sleep apnea, and ultrafiltration. *Am J Cardiol, 91*(9A), 41F-50F.
- 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.
- Deaton, C. (2000). Outcome measurement. *Cardiovascular Nursing, 14*(4), 116-118.
- Demers, C., McKelvie, R., & Yusuf, S. (2000). Interobserver reliability and validity of the New York Heart Association Functional Classification (NYHA-FC) in heart failure patients. *European Journal of Heart Failure, 2*(S1), 73-74.

- DeWalt, D. A., Pignone, M., Malone, R., Rawls, C., Kosnar, M. C., George, G., Bryant, B., Rothman, R. L., & Angel, B. (2004). Development and pilot testing of a disease management program for low literacy patients with heart failure. *Patient Education and Counseling*, *55*, 78-86.
- Dickstein, K., Vardas, P. E., Auricchio, A., Daubert, J., Linde, C., McMurray, J., Ponikowski, P., Giuliana, P., Sutton, R., & Veldhuisen, D. (2010). 2010 focused update of ESC guidelines on device therapy in heart failure. *European Journal of Heart Failure*, *12*(11), 1143-1153.
- Dilorio, C., Hennessy, M., & Manteuffel, B. (1996). Epilepsy self-management: A test of a theoretical model. *Nursing Research*, *45*(4), 211-217.
- ESC Committee for Practice Guidelines. (2008). ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. *European Heart Journal*, *29*, 2388-2442.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, *39*, 175-191.
- Fonarow, G. C., Stevenson, L. W., Walden, J. A., Livingston, N. A., Steimle, A. E., Hamilton, M. A., Moriguchi, J., Tillisch, J. H., & Woo, M. A. (1997). Impact of a comprehensive heart failure management program on hospital readmission and functional status of patients with advanced heart failure. *J Am CollCardiol*, *30*(3), 725-732.
- Francis, G. S., Gassler, J. P., & Sonnenblick, E. H. (2001). Pathophysiology and diagnosis of heart failure. In V. Fuster, R. W. Alexander, & R. A. O'Rourke (Eds.), *The heart* (pp. 655-685). Alabama: R. R. Donnelley and Sons.
- Greenberg, B. H., & Barnard, D. D. (2005). *Contemporary diagnosis and management of heart failure*. Newtown, Pa: Handbooks in Health Care Co.
- Guglin, M., Awad, K., Polavaram, L., & Vankayala, H. (2007). Aldosterone antagonists: the most underutilized class of heart failure medications. *American Journal of Cardiovascular Drugs*, *7*(1), 75-79.
- Heart Failure Society of America (HFSA). (2006). Executive summary: HFSA 2006 comprehensive heart failure practice guideline. *J Card Fail*, *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.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Hummel, S. L., DeFranco, A. C., Skorcz, S., & Montoye, C. K. (2009). Recommendation of low-salt and short-term outcomes in heart failure with preserved systolic function. *The American Journal of Medicine, 122*(11), 1029-1036.
- Jaarsma, T., Huijter Abu-Saad, H., & Dracup, K. (2001). Self-care behaviour of patients with heart failure. *Scand J Caring Sci, 14*, 112-119.
- Jenkins, L. S. (1989). *Jenkins Instrument: Self-efficacy expectations and activity checklists for selected cardiac recovery behavior*. Milwaukee: University of Wisconsin-Milwaukee.
- Jovicic, A., Holroyd-Leduc, J., & Straus, S. (2006). Effects of self-management intervention on health outcomes of patients with heart failure: a systematic review of randomized controlled trials. *BMC CardiovascDisord, 6*(43), 419-426.
- 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.
- Kaplan, B. H., Cassel, J. C., & Gore, S. (1977). Social support and health. *Medical Care, 15*(5), 50-51.
- Kato, N., Kinugawa, K., Ito, N., Yao, A., Watanabe, M., Imai, Y., & Kazuma, K. (2009). Adherence to self-care behavior and factors related to this behavior among patients with heart failure in Japan. *Heart & Lung, 38*(5), 398-409.
- King, Z. (2001). Career self-management: A framework for guidance of employed adults. *British Journal of Guidance & Counselling, 29*(1), 65-78. doi:DOI:10.1080/03069880020019365
- Konstam, V., Moser, D. K., & Jong, M. J. (2005). Depression and anxiety in heart failure. *Journal of Cardiac Failure, 11*(6), 455-466.
- Kopel, E., Klempfner, R., & Goldenberg, I. (2014). Influenza vaccine and survival in acute heart failure. *European Journal Of Heart Failure, 16*(3), 264-270. doi:10.1002/ejhf.14
- Krum, H., Jelinek, M. V., Stewart, S., Sindone, A., Atherton, J. J., & Hawkes, A. L. (2006). Guidelines for the prevention, detection and management of people with chronic heart failure in Australia 2006. *The Medical Journal of Australia, 185*, 549-557.

- 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.
- Lip, G. Y., Gibbs, C. R., & Beevers, D. G. (2000). ABC of heart failure: Aetiology. *BMJ*, 320(7227), 104-107.
- 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.
- Michael, J. M., Elisa, S. N., & Alan, K. J. (2008). Salt craving: The psychobiology of pathogenic sodium intake. *Physiology Behave*, 94(5), 709-721.
- Mori, T., Kurumazuka, D., Matsumoto, C., Shirakawa, H., Kimura, S., Kitada, K., Kobayashi, K., Matsuda, H., Hayashi, T., Kitaura, Y., & Matsumura, Y. (2009). Dietary salt restriction activates mineralocorticoid receptor signaling in volume-overloaded heart failure. *European Journal of Pharmacology*, 623, 84-88.
- Morris, S., Hatcher, H., & Reddy, D. (2006). Digoxin therapy for heart failure: An update. *American Family Physician*, 74(4), 613.
- Moser, K. D., & Riegel, B. (2008). Cardiac nursing: A companion to Braunwald's heart disease care of patient with chronic heart failure. *American Heart Journal*, 150(5), 930-948.
- Nakagawa-Kogan, H. (1996). Challenging the boundaries of psychosocial nursing: Using the brain to manage the body. In A. McBrids & J. Austin (Eds.), *Psychiatric-mental health nursing: Integrating the behavioral and biological sciences* (pp. 30-51). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Ni, H., Nauman, D., Burgess, D., Wise, K., Crispell, K., & Hershberger, E. R. (1999). Factors influencing knowledge of and adherence to self-care among patients with heart failure. *Archives of Internal Medicine*, 159, 1613-1619.
- O'Connell, A. (2004). Heart failure self-management behaviors in an indigent population. San Francisco: University of California.

- Oka, R. K., Gortner, S. R., Stotts, N. A., & Haskell, W. L. (1996). Predictors of physical activity in patients with chronic heart failure secondary to either ischemic or idiopathic dilated cardiomyopathy. *American Journal of Cardiology*, *77*, 159-163.
- Oka, R. K., Stott, N. A., Dae, M. W., Haskell, W. L., & Gortner, S. R. (1993). Daily physical activity levels in congestive heart failure. *American Journal of Cardiology*, *71*(15), 921-925.
- Olin, J., Allie, D., Belkin, M., Bonow, R., Casey, D. J., Creager, M., & Masoudi, F. (2010). ACCF/ AHA/ ACR/ SCAI/ SIR/ SVM/ SVN/ SVS 2010 Performance measures for adults with peripheral artery disease: A report of the American College of Cardiology Foundation/ American Heart Association task force on performance measures, the American College of Radiology, the society for cardiac angiography and interventions, the society for interventional radiology, the society for vascular medicine, the society for vascular nursing, and the society for vascular surgery (Writing committee to develop clinical performance measures for peripheral artery disease). *Circulation*, *122*(24), 2583-2618. doi:10.1161/CIR.0b013e3182031a3c
- Orem, D. E. (2001). *Nursing concepts of practice* (6th ed). St. Louis: Mosby year book.
- Parsons, C. L. (2000). Noninvasive positive-pressure ventilator: Averting intubation of the heart failure patient. *Dimensions of Critical Care Nursing*, *19*(9), 18-24.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2002). *Health promotion in nursing practice* (4th ed.). Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Phillips, L., Harrison, T., & Houck, P. (2005). Return to work and the person with heart failure. *Heart and Lung*, *34*(2), 79-88.
- Riegel, B., Carlson, B., & Glaser, D. (2000). Development and testing of a clinical tool measuring self-management of heart failure. *Heart & Lung: Journal of critical care*, *29*(1), 4-15.
- Rockwell, M. J., & Riegel, B. (2001). Predictors of self-care in persons with heart failure. *Heart & Lung: Journal of Critical Care*, *30*(1), 18-25.
- Ryan, P., & Sawin, K. (2009). The individual and family self-management theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nursing Outlook*, *57*(4), 217-225.

- Sally, E. T., & Barbara, L. P. (2001). Health care professional support for self-care management in chronic illness: Context, process, and outcome. *Patient Education and Counseling*, 42, 81-90.
- Sayers, S. L., Riegel, B., Pawlowski, S., Coyne, J. C., & Samaha, F. F. (2008). Social support and self-care of patients with heart failure. *Annals of Behavioral Medicine Journal*, 35, 70-79.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The constraints of cost and efficacy. *Medical Care*, 27(2), 204-211.
- Scherb, C., Head, B., Maas, M., Swanson, E., Moorhead, S., Reed, D., & Kozel, M. (2011). Most frequent nursing diagnoses, nursing interventions, and nursing-sensitive patient outcomes of hospitalized older adults with heart failure: part 1. *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*, 22(1), 13-22. doi:10.1111/j.1744-618X.2010.01164.x
- Seongkum, H., Moser, D. K., Lennie, T. A., Fischer, M., Smith, E., & Walsh, M. N. (2014). Modifiable correlates of physical symptoms and health-related quality of life in patients with heart failure: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 51(11), 1482-1490. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.03.005
- 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.
- Swedberg, K., Cleland, J., Dargie, H., Drexler, H., Follath, F., Komajda, M., Tavazzi, L., Smiseth, O. A., Gavazzi, A., Haverich, A., Hoes, A., Jaarsma, T., Korewicki, J., Levy, S., Linde, C., Lopez-Sendon, J. L., Nieminen, M. S., Pierard, L., & Remme, WJ. (2005). Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure: Executive summary (update 2005): The task force for the diagnosis and treatment of chronic heart failure of the European society of cardiology. *European Heart Journal*, 26, 1115-1140.
- Szady, A., & Hill, J. (2009). Diuretics in heart failure: a critical appraisal of efficacy and tolerability. *Drugs*, 69(17), 2451-2461.

- Thorrme, E. S., & Peterson, L. B. (2001). Health care professional support for care management in chronic illness: Insights from diabetes research. *Patient Education and Counseling*, 42(1), 81-90.
- Tobin, D. L., Reynolds, R. V. C., Holroyd, K. A., & Creer, T. L. (1986). Self-management and social learning theory. In K. A. Holroyd, T. L. Creer (eds), *Self-management of chronic disease: Handbook of clinical interventions and research* (pp. 29-54). Orlando: Harcourt Brace Jovanovich.
- Tomcsanyi, J., Wettstein, A., Toldy-Schedel, E., & Somloi, M. (2007). Switching beta-blocker therapy in chronic heart failure. *International Journal of Cardiology*, 130, 497-499.
- Van Der Wal, M. H., Jaarsma, T., Moser, D. K., & Van Veldhuisen, D. J. (2005). Development and testing of the Dutch heart failure knowledge scale. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 4, 273-7.
- Vinall, M. (2011). *ESC clinical practice guidelines-2011 update overview*. Retrieved from <http://mdc.sagepub.com/content/11/10/8.full>
- Watson, A. D., Hood, S. G., & May, C. N. (2006). Mechanisms of sympathetic activation in heart failure. *Clinical & Experimental Pharmacology & Physiology*, 33(12), 1269-1274.
- Westlake, C., Dracup, K., Walden, J. A., & Fonarow, G. (1999). Sexuality of patients with advanced heart failure and their spouses and partners. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 18, 1133-1138.
- 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 programme. *The European Journal of Heart Failure*, 5, 371-380.
- 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

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ID.....

Dat.....

แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

กรุณาเติมข้อความลงในช่องว่าง และใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน () เพียงตัวเลือกเดียว ให้ตรงตามความเป็นจริง

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

- 1.1 เพศ () ชาย () หญิง
- 1.2 อายุ.....ปี
- 1.3. สถานภาพสมรส
 () 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 () อื่น ๆ โปรดระบุ.....
- 1.6 มีรายได้เป็นของตนเองหรือไม่
 () ไม่มี () มีระบุบาท/ เดือน
- 1.7 ความเพียงพอของรายได้
 () เพียงพอ () ไม่เพียงพอ
- 1.8 บุคคลในครอบครัวที่มีหน้าที่ดูแลหลัก.....

2. ข้อมูลการเจ็บป่วย

- 2.1 โรคประจำตัว
 () ไม่มี

- () มี () เบาหวาน
() ความดันโลหิตสูง
() กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือตาย
() ลิ้นหัวใจตีบหรือรั่ว
() ไตวาย

2.2 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว.....ปี.....เดือน

2.3 จำนวนครั้งของการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวในรอบ 1 ปี
.....ครั้ง

แบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ต้องการทราบถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของท่าน และอาการที่เกิดขึ้นขณะที่ท่านมีกิจกรรมในช่วง ระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อ และพิจารณาอย่างรอบคอบว่าข้อใดตรงกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของท่าน และอาการที่เกิดขึ้นขณะที่ท่านมีกิจกรรม และทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () เพียงตัวเลือกเดียว ให้ตรงตามความเป็นจริงที่เกี่ยวข้องกับท่านมากที่สุด

() ระดับ 1 ท่านสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติโดยไม่มีอาการอ่อนเพลีย หายใจลำบากหรือเจ็บหน้าอก

() ระดับ 2 ท่านสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ แต่ออกแรงหนัก ๆ จะทำให้อ่อนเพลีย ใจเต้นเร็ว หายใจลำบากหรือเจ็บหน้าอกเล็กน้อย และจะสุขสบายขึ้นเมื่อได้พัก

() ระดับ 3 ท่านมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ อย่างชัดเจน คือ มีกิจกรรมซึ่งน้อยกว่ากิจกรรมตามปกติ เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ทำให้อ่อนเพลีย ใจเต้นเร็ว หายใจลำบาก หรือเจ็บหน้าอก จะสุขสบายขึ้นเมื่อได้พัก

() ระดับ 4 ท่านไม่สามารถมีกิจกรรมต่าง ๆ ได้เลย แม้ในขณะที่พักยังมีอาการของการทำงานของหัวใจไม่เพียงพอหรือมีอาการเจ็บหน้าอก แม้ว่าจะกระทำกิจกรรมเล็ก ๆ น้อย ๆ อาการไม่สุขสบาย หอบเหนื่อยจะเพิ่มขึ้น

แบบประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงพฤติกรรมหรือการกระทำของท่านในการจัดการกับภาวะหัวใจล้มเหลว เมื่อท่านอ่านหรือรับฟังคำถามแล้วกรุณาตอบตามความเป็นจริงที่ตรงกับกับพฤติกรรมหรือการกระทำที่ท่านปฏิบัติอยู่ในช่วงระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน โปรดใส่เครื่องหมายถูก (✓) ในช่องด้านขวามือโดยเลือกคำตอบ เพียงคำตอบเดียว ซึ่งมีแต่ละตัวเลือกมีความหมายดังนี้

ทำเป็นประจำ	หมายถึง	ทำกิจกรรมนั้นเป็นประจำสม่ำเสมอ หรือทุกวัน
ทำบ่อยครั้ง	หมายถึง	ทำกิจกรรมนั้นเป็นส่วนใหญ่ หรือ 3-6 วันต่อสัปดาห์
ทำเป็นบางครั้ง	หมายถึง	ทำกิจกรรมนั้นเป็นบางครั้ง หรือ 1-2 วันต่อสัปดาห์
ไม่เคยทำ	หมายถึง	ไม่เคยทำกิจกรรมนั้นเลย

การจัดการตนเองเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว	ทำเป็นประจำ	ทำบ่อยครั้ง	ทำเป็นบางครั้ง	ไม่เคยทำ
ด้านการจำกัดโซเดียมในอาหารและควบคุมปริมาณน้ำดื่ม 1. ฉันเติมเกลือ น้ำปลาหรือซีอิ๊วลงไปเพิ่มในอาหารที่ปรุงแล้ว				
ด้านการรับประทานยาให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ 4. ฉันรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ				
ด้านการออกกำลังกายสม่ำเสมอ 9. ฉันออกกำลังกายวันละ 30 นาที หรืออย่างน้อย 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์				
ด้านการเฝ้าระวังและจัดการอาการและอาการแสดงที่เกิดจากภาวะโซเดียมและน้ำเกิน 12. ฉันสังเกตอาการที่แสดงถึงภาวะหัวใจล้มเหลว				

แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการประเมินความรู้ของท่านในการจัดการตนเองเมื่อเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว เมื่อท่านอ่านหรือรับฟังคำถามแล้ว โปรดใส่เครื่องหมายถูก (✓) ในช่องด้านขวามือที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด โดยเลือกคำตอบ เพียงคำตอบเดียว

ข้อความ	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว 1. ภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง ภาวะที่หัวใจไม่สามารถสูบเลือดไปเลี้ยงร่างกายหรือรับเลือดกลับเข้าสู่หัวใจได้ตามปกติ ทำให้เกิดการคั่งของน้ำในร่างกาย และการคั่งของเลือดในหัวใจ ปอดและอวัยวะต่าง ๆ			
การจำกัดโซเดียมในอาหารและควบคุมปริมาณน้ำดื่ม 4. ท่านต้องจำกัดเกลือโซเดียมในอาหาร โดยหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มของดอง อาหารกระป๋อง และไม่เติมเกลือหรือน้ำปลาลงไปเพิ่มในอาหารที่ปรุงแล้ว			
ด้านการรับประทานยาให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ 6. ท่านสามารถหยุดยารักษาภาวะหัวใจล้มเหลวได้เอง หากไม่มีอาการบวมหรือหายใจหอบเหนื่อย			
ด้านการออกกำลังกายสม่ำเสมอ 12. ท่านควรออกกำลังกายวันละ 30 นาที หรืออย่างน้อย 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์			
14. ขณะออกกำลังกายหรือทำกิจกรรม หากมีอาการผิดปกติ เช่น มีอาการใจสั่น เจ็บหน้าอก เหนื่อยมากผิดปกติ หัวใจเต้นเร็วมาก ควรหยุดทำกิจกรรมนั้นทันที			

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการได้รับการสนับสนุน ในด้านต่าง ๆ จากสมาชิกในครอบครัว คู่สมรส เครือญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อน หรือบุคลากรในทีมสุขภาพ **ยามที่ท่านเจ็บป่วยจากภาวะหัวใจล้มเหลวในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา** เมื่อท่านอ่านหรือรับฟังคำถามแล้วกรุณาตอบคำถามตามความเป็นจริงที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โปรดใส่เครื่องหมายถูก (✓) ในช่องด้านขวามือโดยเลือกคำตอบ เพียงคำตอบเดียว ซึ่งมีความหมายดังนี้

- ไม่เป็นจริง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก
 เป็นจริงเล็กน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย
 เป็นจริงส่วนใหญ่ หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเป็นส่วนใหญ่
 เป็นจริงมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นมากที่สุด

ข้อความ	ไม่เป็นจริง	เป็นจริงเล็กน้อย	เป็นจริงส่วนใหญ่	เป็นจริงมากที่สุด
ด้านอารมณ์ 1. ท่านได้รับความรัก และการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิด ในยามที่เจ็บป่วย				
ด้านข้อมูลข่าวสาร 4. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว และการรักษาจาก แพทย์ พยาบาล สมาชิกในครอบครัว หรือผู้ที่ เป็นโรคเช่นเดียวกัน				
ด้านการประเมินค่า 8. ท่านได้รับคำยกย่องชมเชย บุคคลใกล้ชิด หรือบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อท่านปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง เช่น ไม่รับประทานอาหารรสเค็ม ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เป็นต้น				

หมายเหตุ บุคคลใกล้ชิด หมายถึง คู่สมรส สมาชิกในครอบครัว เช่น บุตร หลาน พ่อ แม่ พี่ น้อง บุคลากรทางการแพทย์ หมายถึง แพทย์ และพยาบาล เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพอื่น ๆ

แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงความมั่นใจในการจัดการตนเองของท่านเมื่อเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันว่ามีมากน้อยเพียงใด เมื่อท่านอ่านหรือรับฟังคำถามแล้วกรุณาตอบตามความเป็นจริง โดยทำเครื่องหมายกากบาท (X) ทับตัวเลขที่ตรงกับระดับความมั่นใจของท่านซึ่งแบ่งระดับคะแนนความมั่นใจ ตั้งแต่ 0 ถึง 10 โดยค่าทางซ้ายมือสุด เท่ากับ 0 หมายถึง ไม่มั่นใจ และระดับคะแนนความมั่นใจเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ไปทางขวามือสุด เท่ากับ 10 หมายถึง มั่นใจอย่างยิ่ง

ตัวอย่าง ข้อ 0 ฉันสามารถหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่เป็นเหตุให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวกำเริบ

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

ไม่มั่นใจ

มั่นใจอย่างยิ่ง

แสดงว่า ท่านมีความมั่นใจ ค่อนข้างมาก (ประมาณ 70 เปอร์เซ็นต์) ในการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวกำเริบ

ด้านการจำกัดโซเดียมในอาหารและควบคุมปริมาณน้ำดื่ม										
1. ฉันจะไม่เติมเกลือ น้ำปลาหรือซีอิ๊วลงไปเพิ่มในอาหารที่ปรุงแล้ว										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มั่นใจ						มั่นใจอย่างยิ่ง				
ด้านการรับประทานยาให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์										
4. ฉันสามารถรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอได้										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มั่นใจ						มั่นใจอย่างยิ่ง				
.....										
6. ฉันสามารถสังเกตอาการข้างเคียงหลังรับประทานยาที่ใช้รักษาภาวะหัวใจล้มเหลวได้										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มั่นใจ						มั่นใจอย่างยิ่ง				

ภาคผนวก ข

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย



ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

ดิฉัน นางสาวสินีนุช หลวงพิทักษ์ นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขณะนี้กำลังศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปเป็นแนวทางในการให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อไป

ท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ จึงได้รับการติดต่อในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยท่านสามารถตอบรับเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ตามความสมัครใจ การวิจัยในครั้งนี้ไม่ได้ให้ประโยชน์ต่อท่านโดยตรงแต่จะเป็นประโยชน์ต่อไปในการพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวคนอื่นๆ หรืออาจรวมตัวท่านด้วย การตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัยของท่านไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาล การบริการ หรือสวัสดิการต่าง ๆ ที่ท่านจะได้รับจากโรงพยาบาล ท่านยังคงได้รับบริการต่างๆ ตามมาตรฐานปกติของโรงพยาบาล

หากท่านยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ดิฉันจะให้ท่านตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการจัดการตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง ซึ่งจะใช้เวลาในการตอบประมาณ 30-40 นาที กรณีที่ท่านอ่านหนังสือไม่ได้หรือมองเห็นไม่ชัด ดิฉันจะอ่านให้ฟังและให้ท่านตอบ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา การเข้าร่วมวิจัยของท่านในครั้งนี้ ไม่มีความเสี่ยงรุนแรงที่จะทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายและชีวิตของท่าน ไม่มีการให้ยา ไม่มีการให้สารเคมีและไม่มีการรักษาอื่นใดที่กระทำต่อร่างกายของท่านที่นอกเหนือจากการรักษาที่ท่านได้รับตามปกติ อย่างไรก็ตาม ในระหว่างการทำแบบสอบถามท่านอาจจะมีอาการเหนื่อยหรืออาการไม่สบายอื่น ๆ เกิดขึ้น หากมีอาการดังกล่าวขอให้ท่านแจ้งให้ผู้วิจัยทราบโดยทันทีเพื่อหยุดการทำแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะให้การช่วยเหลือท่านและ/หรือปรึกษาแพทย์ผู้รักษาทันที ทั้งนี้เมื่อท่านมีอาการดีขึ้นท่านจะยังคงให้ข้อมูลต่อหรือหยุดเข้าร่วมวิจัยได้ตามความสมัครใจ หรือนัดหมายวัน เวลาในการตอบแบบสอบถามครั้งต่อไปตามความพร้อมของท่าน

ในการเข้าร่วมวิจัย หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยท่านสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ทันที ท่านสามารถยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา แม้ว่าท่านจะลงนามให้คำยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้วก็ตาม ข้อมูลของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ ในแบบสอบถามจะบันทึกเฉพาะหมายเลขประจำตัวโรงพยาบาลของท่านเท่านั้น จะไม่มีการบันทึกชื่อ นามสกุล และที่อยู่ของท่าน ข้อมูลของท่านจะถูกเก็บอยู่ในรูปของเอกสารและฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ ข้อมูลในเอกสารจะเก็บไว้ในที่เฉพาะ มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลของท่าน อนึ่งผู้วิจัยจะดำเนินการทำลายข้อมูลในเอกสารแบบสอบถามทันทีที่เสร็จสิ้นการวิจัย ส่วนฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์จะเก็บไว้เพื่อการศึกษาต่อไป ซึ่งจะเก็บบันทึกเป็นภาพรวมของผู้ป่วยทั้งหมด โดยไม่มีการบันทึกชื่อ นามสกุลและที่อยู่ของท่าน การเสนอรายงานผลการวิจัยในวิทยานิพนธ์ การตีพิมพ์เผยแพร่บทความวิจัย และการนำเสนอผลการวิจัยในที่ประชุมต่างๆ จะนำเสนอในทางวิชาการเท่านั้นและเสนอเป็นภาพรวมของผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด โดยไม่มีการระบุหลักฐานใดๆ ที่เป็นข้อมูลเฉพาะส่วนบุคคล

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ หรือท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ท่านสามารถสอบถามผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตามที่อยู่ดังนี้

1. ผู้วิจัย นางสินีนุช หลวงพิทักษ์ ที่อยู่ 381/ 8 ม. 9 ตำบลพงสวาย อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี โทรศัพท์ 081-7059390
2. อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ ค้วงแพง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทรศัพท์ 038-102830-2

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

สินีนุช หลวงพิทักษ์

ผู้วิจัย



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

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

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่มีความกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อของข้าพเจ้าจะใช้รหัสแทนชื่อจริงและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ภาคผนวก ค
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- | | |
|--------------------------------------|---|
| 1. แพทย์หญิงดวงรัตน์ ชลศฤงคาร | อายุรแพทย์โรคหัวใจ
โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี |
| 2. รองศาสตราจารย์ดร.พิกุล บุญช่วง | อาจารย์ประจำภาควิชา
อายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิกุล ตันติธรรม | อาจารย์ประจำ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 4. คุณเบญจมาศ วงษ์มณีวรรณ | พยาบาลปฏิบัติการชั้นสูง
สาขาโรคหัวใจ
หอผู้ป่วยหนักโรคหลอดเลือดหัวใจ
โรงพยาบาลลำปาง |
| 5. คุณสุนิตยา คณะเจริญ | พยาบาลปฏิบัติการชั้นสูง
สาขาโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี |