

Chulalongkorn University

Chula Digital Collections

Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD)

2019

พลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วย ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ดาวเรือง ยางศรี
คณะพยาบาลศาสตร์

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd>

Recommended Citation

ยางศรี, ดาวเรือง, "พลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว" (2019). *Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD)*. 9369.
<https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/9369>

This Thesis is brought to you for free and open access by Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD) by an authorized administrator of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจ
ล้มเหลว



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2562
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF SELF-MANAGEMENT PROGRAM ON SODIUM CONSUMPTION
BEHAVIOURS AMONG HEART FAILURE PATIENTS



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Field of Study of Nursing Science

FACULTY OF NURSING

Chulalongkorn University

Academic Year 2019

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภค
	เกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
โดย	น.ส.ดาวเรือง ยางศรี
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	
.....	ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.รัตน์ศิริ ทาโต)	
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข)	
.....	กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.พิศสมัย อรทัย)	

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ดาวเรือง ยางศรี : ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. (THE EFFECT OF SELF-MANAGEMENT PROGRAM ON SODIUM CONSUMPTION BEHAVIOURS AMONG HEART FAILURE PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. ร.ต.อ หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งเพศชายและหญิงจำนวน 48 คน ที่มารับบริการคลินิกหัวใจล้มเหลว แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตำรวจ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 24 คน และกลุ่มทดลอง 24 คน จับคู่ให้มีความใกล้เคียงกันในเพศ และระดับความรุนแรงของโรค กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ซึ่งโปรแกรมการจัดการตนเองประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การฝึกทักษะการจัดการตนเองที่จำเป็น 6 ขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เครื่องมือกำกับการทดลอง คือแบบสอบถามการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค .82 และ .85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและสถิติ t-test

ผลการวิจัย พบว่า

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=11.66$, $df=23$, $p=.000$)
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=7.27$, $df=46$, $p=.000$)

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
ปีการศึกษา 2562

ลายมือชื่อนิสิต
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6077303636 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: Heart failure, Self-management program, Sodium consumption behaviors in heart failure patients

Daoruang Yangsri : THE EFFECT OF SELF-MANAGEMENT PROGRAM ON SODIUM CONSUMPTION BEHAVIOURS AMONG HEART FAILURE PATIENTS . Advisor: Asst. Prof. Pol.Capt. RAPIN POLSOOK, Ph.D.

This study, a quasi-experimental research design, aimed to determine the effect of self-management program on sodium consumption behaviors among heart failure patients. The samples were 48 heart failure patients who were recruited from heart failure clinic of the outpatient department of General Police Hospital. The control group (n=24) and experimental group (n=24) were matched by gender and level of heart failure class. The control group received conventional care while the experimental group attended the four weeks of self-management program, which included 6 steps of core self-management skills. The instruments for collecting data were the behaviors of sodium consumption questionnaire and the behavioral self-management questionnaire was used to monitor the intervention. These instruments were tested for Content validity index by five qualified experts which CVI were at .82 and .87 respectively. Its Cronbach's Alpha Coefficient were at .82 and .85 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

The results revealed that;

1. The mean score of sodium consumption behaviors in heart failure patients after attending the self-management program was significantly higher than before attending the program ($t=11.66$, $df=23$, $p=.000$).

2. The mean score of sodium consumption behaviors of the experimental group who attended the self-management program were significantly greater than the control group ($t=7.27$, $df=46$, $p=.000$).

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2019

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความเมตตากรุณาอย่างยิ่ง จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ระพีณ ผลสุข อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่และสนับสนุนเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้ ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร. พิศสมัย อรทัย กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์ที่มีคุณค่าแก่ผู้วิจัย

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย รวมทั้งกรุณาให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงเครื่องมือวิจัยให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณนายแพทย์ใหญ่ (สบ.8) โรงพยาบาลตำรวจ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล พยาบาลและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลตำรวจ ที่ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการทดลองใช้เครื่องมือ และเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี และขอบพระคุณผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทุกท่าน ที่สละเวลาและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความยินดี

ท้ายสุดนี้ ขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา บุคคลอันเป็นที่รักของครอบครัวผู้วิจัย ที่มีส่วนช่วยเหลือ สนับสนุนและเป็นกำลังใจตลอดระยะเวลาที่ศึกษาเป็นอย่างดี

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับการสนับสนุนจาก " ทุน ๕๐ ปี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กองทุนรัชดาภิเษกสมโภช "

ดาวเรือง ยางศรี

สารบัญ

	หน้า
.....ค	
บทคัดย่อภาษาไทย.....ค	
..... ง	
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... ง	
กิตติกรรมประกาศ.....จ	
สารบัญ.....ฉ	
สารบัญตาราง.....ญ	
สารบัญรูปภาพ.....ฎ	
บทที่ 1..... 1	
บทนำ..... 1	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1	
คำถามการวิจัย..... 5	
วัตถุประสงค์การวิจัย..... 5	
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย..... 5	
สมมติฐานการวิจัย..... 8	
ขอบเขตการวิจัย..... 8	
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... 9	
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... 11	
บทที่ 2..... 12	
เอกสาร งานวิจัย และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง..... 12	
1. ภาพหัวใจล้มเหลว..... 13	

1.1 ความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลว.....	13
1.2 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของภาวะหัวใจล้มเหลว.....	14
1.3 พยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลว.....	16
1.4 กลไกการชดเชยของภาวะหัวใจวาย.....	17
1.5 ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว	18
1.6 อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว	20
1.7 ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบของภาวะหัวใจล้มเหลว	23
1.8 การวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลว	24
1.9 การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว.....	25
1.10 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว	29
2. พฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียม.....	30
2.1 ความหมายของพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียม	30
2.2 ปัญหาพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว	31
2.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียม	32
2.4 การประเมินพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียม	34
3. แนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเอง.....	36
3.1 ความหมายการจัดการตนเอง	36
3.2 กระบวนการจัดการตนเอง.....	38
3.3 การจัดการตนเองด้านพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว	39
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	39
6. กรอบแนวคิดการวิจัย	43
บทที่ 3	44
วิธีการดำเนินการวิจัย	44

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	44
เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)	45
เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria)	45
ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง.....	45
วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	45
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	47
กระบวนการดำเนินการทดลอง.....	52
การเก็บรวบรวมข้อมูล	59
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	60
การวิเคราะห์ข้อมูล	61
สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	62
บทที่ 4.....	63
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	63
บทที่ 5	68
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	68
สรุปผลการวิจัย	69
สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1	69
สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2	71
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	73
ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	74
ภาคผนวก	75
ภาคผนวก ก.....	76
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ	76
ภาคผนวก ข.....	83

เอกสารการขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย	83
ภาคผนวก ค.....	88
เอกสารการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล	88
ภาคผนวก ง	94
เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	94
ภาคผนวก จ.....	102
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	102
ภาคผนวก ฉ.....	117
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	117
บรรณานุกรม	124
ประวัติผู้เขียน	133



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว.....	64
ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังการทดลอง ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N=48) โดยใช้สถิติ Paired t-test.....	66
ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหลังการทดลองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test (N=48).....	67

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	43
รูปภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	62
รูปภาพที่ 3 คู่มือสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	108



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง และเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งในประเทศแถบตะวันตก ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 6.2 ล้านคน (American Heart Association, 2019) และพบว่ามีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรายใหม่เพิ่มขึ้นเป็น 670,000 รายต่อปี และร้อยละ 50 เสียชีวิตภายในระยะเวลา 5 ปี (Centers for Disease Control and Prevention, 2019) จากรายงานอุบัติการณ์ในประเทศไทย ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆของประเทศ โดยพบว่าประชากรไทยเสียชีวิตจากภาวะหัวใจล้มเหลว 17,118 รายต่อปี (กลุ่มรายงานมาตรฐาน กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวคือผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่อายุระหว่าง 30-59 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มอายุที่พบมาก (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2551) มีอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ อาการหายใจลำบาก บวม น้ำ อ่อนเพลีย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างน้อย 6 เดือน สามารถแบ่งระดับความรุนแรงได้ 4 ระดับ ตามแนวทางของ The New York Heart Association (NYHA) ได้แก่ Class I คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม สามารถทำกิจกรรมทั่วไปได้ ไม่ก่อให้เกิดอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว Class II คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเล็กน้อย มีอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวเมื่อทำกิจกรรมโดยทั่วไป Class III คือ ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมที่ชัดเจน มีอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวเมื่อทำกิจกรรมเบาๆ Class IV คือผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ มีอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวแม้ในขณะที่พัก (American Heart Association, 2017)

ในปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวให้หายขาดได้ แนวทางการดูแลผู้ป่วยจึงเน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับพยาธิสภาพ เช่น การจำกัดน้ำ การชั่งน้ำหนักตัว การออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การรับประทานยาตามแผนการรักษา การตรวจตามนัด และพฤติกรรม การบริโภคเกลือโซเดียม (Baliga & Haas, 2015; Bentley, 2005; Heart Failure Society of America, 2013; Philipson, 2013; Yancy et al., 2017) ถึงแม้ว่าจะมีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับพยาธิสภาพของโรค เพื่อป้องกันการกลับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ลดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มี

ภาวะหัวใจล้มเหลวให้ดีขึ้น แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคเกลือโซเดียมได้ (พวงเพชร สมทรัพย์สิน, 2555) และวัฒนธรรมในการรับประทานอาหารพบว่าส่วนใหญ่มักใส่เครื่องปรุงรสเพื่อให้รสชาติอาหารดีขึ้น เช่น เกลือ น้ำปลา น้ำปลาร้า เป็นต้น (พัชรวรรณ ศรีคง, 2553) ซึ่งพบว่ามีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 20 เท่านั้นที่ควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมได้ ส่วนใหญ่แม้จะทราบว่าต้องมีการจำกัดปริมาณการบริโภคเกลือโซเดียมในอาหารแต่ก็ไม่สามารถปฏิบัติได้ เนื่องจากไม่ได้เป็นผู้ปรุงอาหารเองและต้องรับประทานอาหารที่ปรุงแบบเดียวกันกับคนอื่นๆในครอบครัว (จอม สุวรรณโณ, 2551)

นอกจากนี้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวยังมี 82 มีการบริโภคเกลือโซเดียมเกินค่ามาตรฐานที่นักโภชนาการกำหนดให้ (Heart Failure Society of America, 2013) โดยพฤติกรรมที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้น้อยที่สุด คือ การจดบันทึกรายการอาหารและปริมาณเกลือโซเดียมที่บริโภคในแต่ละวัน และการอ่านฉลากโภชนาการเพื่อดูปริมาณเกลือโซเดียมในอาหาร (จริญญา คมเชียบ, 2556) ซึ่งการรับประทานอาหารที่มีส่วนผสมของเกลือโซเดียมจะส่งผลให้เกิดการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ทั้งนี้การส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคเกลือโซเดียมอย่างเหมาะสมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นแนวทางในการรักษาแบบไม่ใช้ยาที่ส่งผลต่อการป้องกันการคั่งของน้ำ ทำให้ผู้ป่วยไม่มีอาการบวม เหนื่อยหอบ มีน้ำคั่งในปอดและอวัยวะภายใน ซึ่งเป็นอาการที่บ่งชี้การกำเริบของโรค หากผู้ป่วยไม่สามารถปรับพฤติกรรมในการบริโภคเกลือโซเดียมได้ในปริมาณที่เหมาะสมจะส่งผลให้เกิดอาการกำเริบของโรค กล่าวคือจะมีการหลั่งสาร atrial natriuretic peptide (ANP) ซึ่งสารนี้ทำหน้าที่คล้ายการยับยั้งฤทธิ์ของ rennin aldosterone และ anti-diuretic hormone ซึ่ง anti-diuretic hormone นี้จะหลั่งมากขึ้น ส่งผลให้มีการยืดขยายของกล้ามเนื้อหัวใจเอเตรียมกับ baroreceptor และมี angiotensin II ในกระแสเลือด ซึ่งฮอร์โมนนี้มีฤทธิ์เก็บกักน้ำและเกลือโซเดียมจะส่งผลให้เกิดการคั่งของสารน้ำในหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจต้องมีการปรับตัว ทำให้เพิ่มการทำงานของหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการบวม เหนื่อยหอบ ส่งผลให้เกิดการกำเริบของโรค เป็นสาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำภายในระยะเวลา 30 วัน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสูงถึงร้อยละ 10 (Chamberlain, Sond, Mahendraraj, Lau, & Siracuse, 2018) โดยอาการที่พบบ่อยได้แก่อาการบวม หายใจเหนื่อยหอบ เนื่องจากการคั่งของสารน้ำและเกลือโซเดียมในร่างกายและปอด (นิตยา ศรีสุข, 2551) ซึ่งแนวทางในการดูแลดังกล่าวข้างต้นมีความจำเป็นและความสำคัญกับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ใน functional Class I, Class II และ Class III เพื่อป้องกันการกำเริบของโรคและชะลอการดำเนินของโรค ส่วน Class IV ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ มีอาการหายใจเหนื่อยหอบแม้ขณะพักและต้องได้รับการเปลี่ยนหัวใจหรือแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2551) ดังนั้นจะเห็นว่าพฤติกรรมบริโภคเกลือโซเดียมยังคงเป็นปัญหา

สำคัญสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง เช่น กรุงเทพมหานครที่ความเร่งรีบในการใช้ชีวิตแบบชุมชนเมือง ส่งผลต่อวิธีการบริโภคอาหารที่เน้นอาหารสำเร็จรูปหรือแปรรูปเป็นส่วนใหญ่ ที่มีส่วนผสมของเกลือโซเดียมสูง หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมอย่างเหมาะสมจะช่วยลดอาการกำเริบของโรค (Doukky et al., 2016) และลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Chamberlain et al., 2018; นิตยา ศรีสุข, 2551)

พฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (Behavioral of Sodium consumption in heart failure patients) หมายถึง การกระทำใด ๆ หรือการปฏิบัติการใดๆ ในการนำเข้าอาหาร ขนم ของขบเคี้ยว หรือ เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของเกลือโซเดียมเข้าสู่ร่างกายในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยมีการกระทำเป็นประจำ สม่ำเสมอ ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานจนกลายเป็นพฤติกรรม (Albert, 2005) ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคอาหารที่มีส่วนผสมของเกลือโซเดียมอย่างเหมาะสมกับพยาธิสภาพของโรค แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวยังขาดการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมอย่างเหมาะสม เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่มีส่วนผสมของเกลือโซเดียม แนวทางการเลือกหรือการปรุงอาหารเพื่อให้มีปริมาณเกลือโซเดียมอย่างเหมาะสม วิธีการอ่านฉลากโภชนาการเพื่อให้ทราบถึงปริมาณเกลือโซเดียมในผลิตภัณฑ์ การคำนวณและการจดบันทึกปริมาณเกลือโซเดียมในอาหารที่บริโภคในแต่ละวัน เป็นต้น (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548; รังสฤษฎ์ กาญจนวณิชย์, 2557; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2551)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมได้แก่ 1) การขาดความรู้ ($r=0.43$) (Bentley, 2005) 2) การรับรู้ประโยชน์ ($r=0.45$) 3) การรับรู้อุปสรรค ($r=-0.18$) (จริญญา คมเฉียบ, 2556) 4) แรงสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.36$) 5) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($r= 0.54$) 6) ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ($r = 0.22$) (พัชรพรรณ ศรีคง, 2553) 7) การรับรู้โอกาสเสี่ยง ($r = 0.36$) (กาญจนา ลีอมงคล, 2560) และในประเทศไทยได้มีการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการรับประทานอาหารโซเดียมต่ำในผู้ป่วยหัวใจ และจากการศึกษาของ ลดาวัลย์ ฤทธิกล้า (2555) พบว่าการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการควบคุมการกำเริบของโรคในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกได้มีการแนะนำ Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020 ว่าจะต้องให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการดูแลตนเองและจัดการอาการตนเอง ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวถือว่าเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่จะต้องดูแลและจัดการตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่ง

ภาวะสุขภาพ ดังนั้นจะเห็นว่าการจัดการตนเองเป็นตัวแปรสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม (Chaudhry, 2019)

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่ามีการส่งเสริมความรู้และให้การพยาบาลที่มุ่งเน้นเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าการจัดการตนเองที่ดีมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยหลังการทดลองทุกๆ โปรแกรมมีคะแนนพฤติกรรมของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น การศึกษาของ จันทรจิรา เกียรติสีสกุล (2551) พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการคั่งของน้ำและโซเดียมแบ่งเป็น 4 ด้านย่อย พบคะแนนด้านการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมในอาหารต่ำสุด รองลงไปเป็นด้านการควบคุมน้ำดื่ม และด้านการค้นหาภาวะหัวใจล้มเหลวตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับจากการศึกษาของ จันทินา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ (2557) พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนรายด้านของการจัดการตนเอง โดยแบ่งเป็น 5 ด้าน พบว่าด้านการลดปริมาณการบริโภคเกลือโซเดียมในอาหารต่ำสุด รองลงไปคือด้านการมีความรู้ที่ถูกต้องในการจัดการอาการที่เกิดขึ้น และด้านการขอคำแนะนำจากทีมสุขภาพ ตามลำดับ และจากการศึกษาของ พวงเพชร สมทรัพย์สิน (2555) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยไม่ใช้ยาในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยแบ่งเป็น 3 ด้านย่อย พบว่าด้านพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนมีคะแนนต่ำสุด รองลงมาคือด้านการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียม นอกจากนี้ยังพบว่าจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการควบคุมการกำเริบของโรคในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (ลดาวลย์ ฤทธิกล้า, 2555)

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นว่าในประเทศไทยพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับต่ำและเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการดูแลและแก้ไขอย่างจริงจัง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคอาหารในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวค่อนข้างน้อย โดยมีการศึกษาในลักษณะเชิงความสัมพันธ์ ส่วนการศึกษาโปรแกรมจะเป็นโปรแกรมที่จัดกระทำเกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเป็นการศึกษาพฤติกรรมบริโภคอาหารโดยทั่วไป ซึ่งยังไม่ครอบคลุมและลงรายละเอียดในส่วนของพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียม ส่วนการพยาบาลตามปกติ คือ การให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเอง สังเกตและประเมินภาวะน้ำเกิน การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การมาตรวจตามนัด และการรับประทานอาหารซึ่งการที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีพฤติกรรมในการบริโภคเกลือโซเดียมได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมมีความสำคัญต่อการลดอาการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลว ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมี

ความรู้ ความเข้าใจในการจัดการตนเองที่ดี อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคเกลือโซเดียมได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. พฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

พฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (Behavioral of Sodium consumption in heart failure patients) เป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับคำแนะนำอย่างถูกต้องและเหมาะสม เพราะว่าถ้าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรมในการบริโภคเกลือโซเดียมที่เหมาะสม จะสามารถป้องกันการกำเริบของโรค ลดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเสียชีวิต ลดการกลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ การศึกษาครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองของ Lorig and Holman (2003) เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรม ซึ่งแนวคิดนี้เป็นการเรียนรู้แบบใช้ปัญหาเป็นฐาน โดยการจัดการกับปัญหาเป็นวิธีการหลักในการพัฒนาทักษะที่จะนำมาใช้ในการจัดการตนเอง โดยการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อโรคและผลกระทบจากการแผนการรักษา ซึ่งบุคคลต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ร่วมกับการสอนให้ผู้ป่วยเกิดทักษะพื้นฐานในการจัดการตนเองผ่านกระบวนการ 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การแก้ไขปัญหา (Problem solving) คือการเรียนรู้และฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา 2) การตัดสินใจ (Decision making) คือการเรียนรู้และฝึกทักษะการตัดสินใจ 3) การใช้แหล่งข้อมูล (Utilize resources) คือการเรียนรู้ที่จะใช้แหล่งข้อมูลที่มีให้เกิดประโยชน์สูงสุด 4) การเป็นหุ้นส่วนทางสุขภาพ (Forming of a patient/health care provider partnership) คือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพ 5) การลงมือปฏิบัติ

(Taking action) คือ กระบวนการวางแผนและลงมือปฏิบัติตามแผน และ 6) การเลือกปฏิบัติด้วยตนเอง (Self-tailoring) คือ กระบวนการประเมินผลการปฏิบัติและปรับแนวทางการปฏิบัติให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยการจัดการตนเองต้องกระทำร่วมกับบุคลากรด้านสุขภาพ เน้นการจัดการกับปัญหาที่ผู้ป่วยตระหนักเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง มีการฝึกทักษะที่จำเป็นและพัฒนาความสามารถเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเอง 3 ด้าน (three self-management tasks) คือ 1) การจัดการด้านการรักษา (medical management) ได้แก่ การมาตรวจตามนัด การรับประทานยาที่เหมาะสมกับโรค การออกกำลังกาย การจัดการอาการที่เป็นภาวะแทรกซ้อนจากโรค และการสื่อสารกับบุคลากรด้านสุขภาพ 2) การจัดการด้านบทบาท (role management) ได้แก่ บทบาทการเป็นผู้ป่วย และบทบาททางสังคม และ 3) การจัดการด้านอารมณ์ (emotional management) ได้แก่ การจัดการกับความเครียด การจัดการกับความวิตกกังวล และความรู้สึกไม่แน่นอน ที่จะนำไปสู่การควบคุมโรค ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างกว้างขวางทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ (ชด ช้อย วัฒนะ, 2558; รพีพันธุ์ สุ่มหิรัญ, 2552; อารีย์ เสนีย์, 2557) เช่น โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจลำบาก ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะเวลา 4 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ลดาวัลย์ ฤทธิกล้า, 2555) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นารี อินทรศักดิ์ (2558) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและอาการทางคลินิกในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะเวลา 4 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้ยังพบว่าการศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะเวลา 6 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองในการควบคุมภาวะหัวใจล้มเหลวหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งผลการวิจัยนี้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองสามารถเพิ่มพฤติกรรมจัดการตนเองในการควบคุมภาวะหัวใจล้มเหลวและลดการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (วรุณ เพ็ชรรัตน์, 2560) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พวงเพ็ชร สมทรัพย์สิน (2555) โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองสูงกว่า

ก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (สว่างจิต คงภิบาล, 2560)

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ เพราะการจัดการตนเองจะประสบความสำเร็จได้นั้น ควรเริ่มจากการทบทวนผลระยะสั้นก่อนแล้วค่อยขยายระยะเวลา ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จและมีกำลังใจในการจัดการตนเอง เมื่อผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีการจัดการตนเองที่ดีแล้วจะส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคเกลือโซเดียมได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะมีความสามารถในการปฏิบัติจนประสบผลสำเร็จได้นั้น ผู้ป่วยต้องมีทั้งความรู้ และมีทักษะในการจัดการตนเองที่ดี ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเองหรือเกิดสมรรถนะแห่งตนว่าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ (Lorig & Holman, 2003) โดยมีรายละเอียดกิจกรรมตามขั้นตอนดังต่อไปนี้ ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว แนวทางการรักษา การจัดการกับอาการ และแนวทางการบริโภคเกลือโซเดียมร่วมกับการฝึกทักษะการจัดการตนเอง 6 ขั้นตอน คือ 1) การแก้ไขปัญหา (Problem solving) โดยการจัดกิจกรรมฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาพื้นฐานให้กับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยเริ่มต้นจาก ผู้วิจัยพูดชักจูงให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียม และมีการพูดกระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา สาเหตุและอุปสรรคของปัญหา รวมทั้งแนวทางการแก้ไขปัญหาและเลือกเป้าหมายที่ต้องการเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) การตัดสินใจ (Decision making) ในขั้นตอนนี้ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำและฝึกทักษะการตัดสินใจอย่างเป็นระบบโดยการจำลองสถานการณ์เสมือนจริงให้ผู้ป่วยได้ฝึกแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทาง วิธีการแก้ปัญหา เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่เลือกไว้ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม 3) การใช้แหล่งข้อมูล (Utilize resources) โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยร่วมเสนอเกี่ยวกับการใช้แหล่งข้อมูลที่เคยกระทำที่ผ่านมา ปัญหาและอุปสรรคที่พบ โดยผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งขั้นตอนในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อการประยุกต์ใช้แหล่งข้อมูลที่มีให้เป็นประโยชน์สูงสุด 4) การเป็นหุ้นส่วนทางสุขภาพ (Forming of a patient/health care provider partnership) ในขั้นตอนนี้จะเน้นให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตระหนักถึงความสำคัญของภาวะสุขภาพตนเอง และการเป็นหุ้นส่วนทางสุขภาพร่วมกับ

ทีมสุขภาพ โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยฝึกรายงานเกี่ยวกับอาการของโรคที่เป็นอยู่และตัดสินใจร่วมกับทีมสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและทีมสุขภาพมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เกิดความไว้วางใจ 5) การลงมือปฏิบัติ (Taking action) คือ ขั้นตอนการลงมือปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ พร้อมบันทึกความรู้สึกความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ โดยการปฏิบัติควรเริ่มจากการหวังผลระยะสั้นก่อนแล้วค่อยขยายระยะเวลา ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยประสบผลสำเร็จและมีกำลังใจในการจัดการตนเองเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปฏิบัติจนประสบผลสำเร็จได้ผู้ป่วยจะต้องมีความเชื่อมั่นในตนเองหรือเกิดสมรรถนะแห่งตนว่าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ โดยในขั้นตอนนี้จะมีการประเมินความมั่นใจของผู้ป่วยก่อนการลงมือปฏิบัติตามแผน และ 6) การเลือกปฏิบัติด้วยตนเอง (Self-tailoring) ซึ่งเป็นขั้นตอนของการประเมินผลการปฏิบัติ โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกขณะลงมือปฏิบัติแล้วเกิดปัญหา อุปสรรค ข้อคำถาม มาวิเคราะห์ ซึ่งการประเมินผลหลังจากการลงมือปฏิบัติ มีวัตถุประสงค์เพื่อการปรับปรุงแก้ไขกิจกรรมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งจะนำไปสู่การจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดการปรับพฤติกรรมอย่างเหมาะสม ดังนั้นโปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวผ่านกระบวนการข้างต้น คือ การที่ผู้ป่วยได้รับความรู้และการสนับสนุนให้เกิดทักษะการจัดการตนเองทั้ง 6 ขั้นตอน จะทำให้ผู้ป่วยประสบผลสำเร็จในการมีพฤติกรรมควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมได้ ส่งผลให้ลดอาการกำเริบของโรค ลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (ชดช้อย วัฒนะ, 2558)

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest with nonrandom control group design) เพื่อศึกษาผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ประชากรที่ศึกษา คือผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งเพศชายและหญิงอายุระหว่าง 30-59 ปี ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและได้รับการรักษาจากแพทย์อย่างน้อย 6 เดือน มีระดับ NYHA Class I-III มีสติสัมปชัญญะการรับรู้ดี อ่านออกเขียนได้ สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง และเข้ารับการรักษาใน

โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 24 คน

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

พฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียม หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติการของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในการควบคุม จำกัด หลีกเหลี่ยง ลดการนำอาหาร ขนม ของขบเคี้ยว หรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมเกลือโซเดียมเข้าสู่ร่างกาย โดยมีการกระทำเป็นประจำ สม่ำเสมอ ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานจนกลายเป็นพฤติกรรม ประเมินโดยประยุกต์ใช้แบบวัดพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (The Low Sodium Eating Behaviors Scale) (Albert, 2005)

โปรแกรมการจัดการตนเอง หมายถึง กิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมได้อย่างเหมาะสม โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self-Management) ของ Lorig and Holman (2003) โดยวิธีการพัฒนาการจัดการตนเองผ่านการให้ความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะที่จำเป็น (Core self-management skills) 6 ขั้นตอน ได้แก่ การแก้ไขปัญหา การตัดสินใจ การใช้แหล่งข้อมูล การเป็นหุ้นส่วนทางสุขภาพ การปฏิบัติ และการเลือกปฏิบัติด้วยตนเอง ระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยจัดกิจกรรมที่คลินิกหัวใจล้มเหลว แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตำรวจ 2 ครั้งใช้เวลา 30-45 นาที และโทรศัพท์เพื่อติดตามที่บ้าน 2 ครั้ง ใช้เวลา 15-20 นาที และมีการดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนดังนี้

สัปดาห์ที่ 1

1. กิจกรรมการบรรยายเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ตามแนวคิดของ Lorig and Holman (2003) กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีการจัดการตนเองด้านสุขภาพที่ดีได้นั้นบุคคลจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นและแนวทางในการปฏิบัติตัว ซึ่งในขั้นตอนนี้เป็นการบรรยายเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว สาเหตุ อาการแสดง การรักษา การจัดการกับอาการ การดูแลตนเอง และแนวทางในการบริโภคเกลือโซเดียมตามแผนการสอน และสื่อการสอน PowerPoint ร่วมกับรับชมวิดีโอ เพื่อให้ผู้ป่วยมีองค์ความรู้ และเห็นแนวทางในการปฏิบัติตัวในการเลือกรับประทานอาหารอย่างถูกต้องเหมาะสม ตระหนักถึงความสำคัญและประโยชน์ของพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียม และมอบคู่มือ (Heart failure handbook) สำหรับผู้ป่วยเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลตนเองที่บ้านในเรื่องการเลือกรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมอย่างเหมาะสม

2. กิจกรรมฝึกทักษะการจัดการตนเอง (Core self-management) 6 ขั้นตอนดังนี้

1) ทักษะการแก้ไขปัญหา (Problem solving) ซึ่งในขั้นตอนนี้เป็นการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาพื้นฐานให้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ ความหมายของปัญหา แนวทางการแก้ไขปัญหาที่เป็นไปได้ทุกทาง ทั้งจากตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว สังคม และพยาบาลผู้ดูแล ขั้นตอนการแก้ไขปัญหา และการประเมินผลการแก้ไขปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการจัดการกับปัญหาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันอภิปรายประเด็นปัญหาและอุปสรรคในการบริโภคเกลือโซเดียม และร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่พบ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาขั้นพื้นฐานด้วยตนเอง เช่น ผู้ป่วยไม่ทราบว่าจะหลีกเลี่ยงการบริโภคเกลือโซเดียมได้อย่างไรเมื่อต้องรับประทานอาหารร่วมกับบุคคลอื่น ผู้วิจัยชี้แนะวิธีการหรือแนวทางปฏิบัติแล้วให้ผู้ป่วยเป็นคนตัดสินใจเลือกด้วยตนเอง

2) ทักษะการตัดสินใจ (Decision making) ในขั้นตอนนี้ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำอย่างระบบเกี่ยวกับแนวทางในการจัดการตนเองเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงหรือเกิดปัญหาขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการตัดสินใจ และมีการตัดสินใจจัดการปัญหาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมเนื่องจากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะต้องเผชิญกับสภาวะของโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะต้องมีการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง หลายคนเกิดความลังเลใจหรือไม่แน่ใจในการที่จะตัดสินใจเมื่อเกิดมีการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก ไม่รู้แนวทางในการจัดการตนเอง

3) ทักษะการใช้แหล่งข้อมูลที่มีให้เป็นประโยชน์ (Utilize resources) ในขั้นตอนนี้เป็นการแนะนำแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว รวมทั้งขั้นตอนในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลอย่างเป็นรูปธรรม เข้าใจง่าย ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญ จำเป็น หลากหลาย เพื่อให้ผู้ป่วยมีทางเลือกในการเข้าถึงข้อมูล ในกรณีที่ต้องการข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจแก้ไขปัญหา

4) ทักษะการเป็นหุ้นส่วนทางสุขภาพ (Forming of a patient/health care Provider partnership) ในขั้นตอนนี้จะเน้นให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตระหนักถึงความสำคัญของภาวะสุขภาพตนเอง โดยฝึกให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมหรือเป็นหุ้นส่วนทางสุขภาพร่วมกับทีมสุขภาพ ได้แก่ การให้ข้อมูลด้านสุขภาพ การร่วมวางแผนการดูแลรักษาหรือร่วมตัดสินใจแนวทางในการดูแลรักษา กับทีมสุขภาพ และการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ

5) ทักษะการลงมือปฏิบัติ (Taking action) ในขั้นตอนนี้จะเป็นการฝึกให้ผู้ป่วยวางแผนปฏิบัติระยะสั้น (short-term action plan) เป็นแผนที่สามารถทำได้จริง ง่ายต่อการทำให้ประสบความสำเร็จ โดยมีพยาบาลคอยให้คำแนะนำตอบคำถามข้อสงสัย โดยในขั้นตอนนี้จะมีการประเมินความมั่นใจของผู้ป่วยก่อนการลงมือปฏิบัติตามแผน มีการติดตามเพื่อประเมินผลการปฏิบัติ

6) ทักษะการปรับแนวทางปฏิบัติให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล (Self-tailoring) ในระยะนี้จะเป็นการประเมินผลในสัปดาห์ที่ 4 หลังจากการลงมือปฏิบัติตามแผนระยะสั้น เพื่อการปรับปรุงแก้ไขกิจกรรมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย อันนำไปสู่การจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพส่งผลให้เกิดการปรับพฤติกรรมอย่างเหมาะสม

สัปดาห์ที่ 2, 3

3. กิจกรรมการติดตามและประเมินผลทางโทรศัพท์ ในขั้นตอนนี้เป็นการติดตามอาการและการประเมินผลขณะที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวลงมือปฏิบัติตามแผนที่บ้านทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 2 และ สัปดาห์ที่ 3 จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 15-20 นาที เพื่อประเมินการรับรู้ความเข้าใจ เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาข้อสงสัยจากการได้ฝึกปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน และทบทวนทักษะที่ผู้ป่วยยังขาดความมั่นใจหรือยังทำไม่ได้ตามแผน จนสามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นว่าสามารถปฏิบัติได้ และมีการกล่าวให้กำลังใจ ชมเชยเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักว่าภาวะสุขภาพเป็นเรื่องของตนเองและผู้ป่วยมีสิทธิ์และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง

สัปดาห์ที่ 4

4. กิจกรรมการประเมินผลและการปรับแนวทางปฏิบัติให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล (Self-tailoring) ในระยะนี้เป็นการประเมินผลในสัปดาห์ที่ 4 หลังจากลงมือปฏิบัติตามแผน เพื่อปรับปรุงแก้ไขกิจกรรมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายในการ อันจะนำไปสู่การจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดการปรับพฤติกรรมอย่างเหมาะสม

ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและหญิงอายุระหว่าง 30-59 ปี ได้รับการตรวจวินิจฉัยและได้รับการรักษาจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การปฏิบัติของพยาบาลประจำการในการให้การดูแล ได้แก่ ให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเอง สังเกตและประเมินภาวะน้ำเกิน การรับประทานอาหารลดเค็ม การออกกำลังกาย การรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีการจัดการตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคเกลือโซเดียมได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดการกำเริบของโรคและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

บทที่ 2

เอกสาร งานวิจัย และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการทำวิจัยดังนี้

1.ภาวะหัวใจล้มเหลว

- 1.1 ความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลว
- 1.2 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของภาวะหัวใจล้มเหลว
- 1.3 พยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลว
- 1.4 กลไกการชดเชยของภาวะหัวใจวาย
- 1.5 ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว
- 1.6 อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว
- 1.7 ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบของภาวะหัวใจล้มเหลว
- 1.8 การวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลว
- 1.9 การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว
- 1.10 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

2.พฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

- 2.1 ความหมายของพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียม
- 2.2 ปัญหาพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
- 2.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียม
- 2.4 การประเมินพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

3.แนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของ Lorig and Holman (2003)

4.โปรแกรมการจัดการตนเอง

5.เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพอย่างถาวร เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาและดูแลตนเอง เพื่อควบคุมอาการของโรคตลอดชีวิต (Eisen, 2016) พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ส่งผลต่อการควบคุมโรคที่สำคัญ คือพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะช่วยลดอาการบวมและภาวะน้ำคั่งในร่างกาย ซึ่งพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมต่ำเป็นสิ่งที่สำคัญ จำเป็นและเป็นประโยชน์ ช่วยลดและควบคุมอาการภาวะหัวใจล้มเหลวได้ (Basuray & Dolansky, 2015; Heart Failure Society of America, 2013)

1.1 ความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลว

ผ่องพรรณ อรุณแสง (2548) ให้ความหมายว่า เป็นภาวะที่หัวใจไม่สามารถบีบตัวส่งเลือดออกไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ซึ่งเป็นผลจากการล้มเหลวในการทำหน้าที่ของหัวใจหรือโครงสร้างที่ผิดปกติ จนทำให้ไม่สามารถจัดการกับปริมาตรเลือดที่ปกติได้ และจากหัวใจที่ปกติที่ไม่มีโรค แต่ไม่สามารถรับกับปริมาตรเลือดที่มากเกินไปจนเกินไป

รังสฤษฎ์ กาญจนวณิช (2557) ให้ความหมายว่า เป็นกลุ่มอาการทางคลินิก ที่แสดงถึงการดำเนินโรคในระยะท้ายของโรคหัวใจที่ผิดปกติทางโครงสร้างหรือการทำงานของหัวใจเกือบทุกชนิด

สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์ (2552) ให้ความหมายว่า เป็นภาวะความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ ที่ไม่สามารถบีบเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อและอวัยวะต่าง ๆ ได้อย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย (2551) ให้ความหมายว่า เป็นกลุ่มอาการซึ่งมีสาเหตุจากความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ ทั้งในด้านโครงสร้างหรือการทำหน้าที่ของหัวใจก็ได้ส่งผลให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายหรือรับเลือดกลับเข้าสู่หัวใจได้ตามปกติ อาการสำคัญที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้แก่ อาการหายใจลำบาก อ่อนเพลีย และบวมตามร่างกาย ซึ่งเกิดจากภาวะมีน้ำและเกลือคั่งในร่างกาย

American Heart Association (2017) ให้ความหมายว่า เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่มีสาเหตุจากการที่หัวใจไม่สามารถบีบเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอ ทำให้

ร่างกายพร้อมออกซิเจน อ่อนเพลีย บวมตามร่างกายและหายใจลำบากจากภาวะคั่งของน้ำและเกลือในร่างกาย

สรุป ภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึงภาวะที่หัวใจมีการทำงานผิดปกติ ไม่สามารถบีบส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้ตามความต้องการของร่างกาย อาการแสดงที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะหายใจลำบาก บวมตามร่างกาย อ่อนเพลีย เกิดจากการที่ร่างกายพร้อมออกซิเจน มีภาวะคั่งของน้ำและเกลือในร่างกาย

1.2 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของภาวะหัวใจล้มเหลว

แบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ สาเหตุพื้นฐานและสาเหตุชักนำ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548; รัชสกุล กัญจนวณิชย์, 2557; สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2552)

1. สาเหตุพื้นฐาน (Underlying cause) เป็นสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว แบ่งได้เป็น 2 อย่างคือ หัวใจต้องทำงานหนักเกินกำลังและการมีความผิดปกติในการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ

1.1 หัวใจทำงานหนักเกินกำลัง การทำงานของหัวใจจะเพิ่มขึ้นอย่างมากเนื่องจากปริมาตรเลือดมากเกินไป (Volume overload) หรือหัวใจต้องบีบแรงจนเกินกำลัง (Pressure overload) จนกระทั่งไม่สามารถบีบตัวได้เพิ่มขึ้นอีกต่อไป สำหรับความผิดปกติที่ทำให้ปริมาตรเลือดก่อนหัวใจบีบตัว (Preload) เพิ่มขึ้นเกินไปได้แก่ ลิ่มหัวใจรั่วเนื่องจากถูกทำลาย ภาวะที่ปริมาตรเลือดในระบบไหลเวียนมากเกินไป (Hypervolemia) ความพิการของหัวใจแต่กำเนิด ส่วนสาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลวที่หัวใจต้องบีบแรงเกินกำลังนั้น เกี่ยวข้องกับแรงต้านการไหลในขณะหัวใจบีบตัว (Afterload) ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความตึงตัวของหลอดเลือดเล็ก ๆ หัวใจร่างกาย ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดแดงเอออร์ตา ขนาดและความหนาของเวนทริเคิล ลิ่มเอออร์ติกตีบ และเลือดมีความหนืดมาก สำหรับความผิดปกติที่ทำให้หัวใจต้องบีบตัวเกินกำลังจนไม่สามารถบีบตัวได้เพิ่มขึ้นอีกต่อไป ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ ลิ่มหัวใจตีบ คือ ลิ่มเอออร์ติก ลิ่มไมตรัลและลิ้นปัลโมนิก แรงดันในปอดและแรงต้านในหลอดเลือดส่วนปลายสูง

1.2 ความผิดปกติในการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ เป็นภาวะที่มีการขัดขวางการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ อาจเกิดจากการมีพยาธิสภาพที่กล้ามเนื้อหัวใจโดยตรง เช่น กล้ามเนื้อหัวใจตาย กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรงหรือโรคหลอดเลือดหัวใจ หรืออาจเกิดจากการมีพยาธิสภาพจากภายนอกบีบรัดหัวใจไม่สามารถรับเลือดและบีบตัวได้อย่างเต็มที่ เช่น ภาวะที่หัวใจถูกบีบรัดจากเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ หัวใจถูกบีบจากการมีปริมาตรของของเหลวในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ ทำให้เลือดไหลผ่านไม่สะดวก

2. สาเหตุชักนำ (Precipitating cause) เป็นสาเหตุที่เมื่อเกิดขึ้นแล้วมีผลต่อการทำงานของหัวใจ โดยทำให้หัวใจต้องทำงานหนักเพิ่มมากขึ้นจนเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมา สาเหตุชักนำ ได้แก่

2.1 ภาวะที่มีลิ่มเลือดอุดตันที่หลอดเลือดปอด (Pulmonary embolism)

ผู้ป่วยที่มีปริมาตรเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาทีจะทำให้มีการค้างของเลือดในระบบไหลเวียนนานเกินไป และการที่ผู้ป่วยต้องนอนนาน ๆ จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุดตันในหลอดเลือดดำของขาหรืออวัยวะในอุ้งเชิงกรานได้ง่าย ลิ่มเลือดที่อุดตันนั้นจะไหลเวียนไปตามกระแสเลือดและจะไปอุดตันหลอดเลือดที่ปอดในที่สุด ซึ่งเป็นภาวะที่อันตรายมากทำให้ความดันหลอดเลือดในปอดเพิ่มขึ้นอย่างเฉียบพลัน ส่งผลให้หัวใจห้องล่างขวามีเลือดคั่งและขยายใหญ่ขึ้น เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวมากขึ้น

2.2 การติดเชื้อ ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจอยู่แล้ว เมื่อเกิดการติดเชื้อขึ้นในร่างกายจะทำให้ผู้ป่วยมีไข้ หัวใจเต้นเร็วขึ้น อัตราการเผาผลาญของร่างกายจะสูงขึ้น ระดับออกซิเจนในเลือดต่ำจึงทำให้หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น

2.3 ภาวะโลหิตจาง ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจอยู่ก่อนแล้ว ถ้ามีภาวะโลหิตจางจะทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมาได้ เนื่องจากภาวะโลหิตจางจะทำให้การขนส่งออกซิเจนไปสู่เซลล์และเนื้อเยื่อต่าง ๆ ลดลงการที่จะเพิ่มออกซิเจนในเซลล์และเนื้อเยื่อได้อย่างพอนั้น หัวใจจะต้องทำงานหนักมากขึ้นเพื่อเพิ่มปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที แต่เนื่องจากหัวใจมีพยาธิสภาพอยู่แล้วจึงไม่สามารถแบกรับภาระที่หนักเกินกำลังจึงเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวขึ้น ในรายที่ผู้ป่วยมีภาวะโลหิตจางอย่างเรื้อรัง หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น ในระยะแรกๆหัวใจจะสามารถชดเชยได้ แต่ถ้าภาวะโลหิตจางยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่องโดยไม่ได้รับการแก้ไข จะเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมาได้ แม้ว่าจะไม่ได้เป็นโรคหัวใจมาก่อนก็ตาม

2.4 ต่อมไทรอยด์เป็นพิษ ทำให้หัวใจเต้นเร็วและทำงานหนักขึ้น เนื่องจากเมตาบอลิซึมของร่างกายสูงขึ้น

2.5 การตั้งครรภ์ ภาวะนี้ร่างกายต้องการเลือดไปเลี้ยงมากขึ้น จึงทำให้หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น

2.6 ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ทำให้การบีบตัวของห้องหัวใจแต่ละห้องไม่สัมพันธ์กัน มีผลทำให้หัวใจทำงานมากขึ้นเพื่อให้ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีเพิ่มขึ้น การที่หัวใจเต้นผิดจังหวะเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้บ่อย

2.7 ไขมันอุดตันและกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ ทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจเลวลง บางครั้งมีการบีบรัดหัวใจจากการอักเสบของเยื่อหุ้มหัวใจ ทำให้เลือด ไม่สามารถไหลเข้าห้องหัวใจล่างขวาได้ จึงเกิดหัวใจล้มเหลวและมีเลือดคั่ง

2.8 การออกกำลังกายอย่างรุนแรงทันที และมีอารมณ์เครียด ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้นเนื่องจากอัตราการเผาผลาญเพิ่มขึ้น หรือมีการเปลี่ยนแปลงความดันเลือดและอัตราการเต้นของหัวใจทันทีทันใด

2.9 ความดันโลหิตสูง การที่ความดันในหลอดเลือดแดงสูงขึ้นเร็วเกินไป ซึ่งอาจเกิดขึ้นในโรคความดันโลหิตสูงที่มีสาเหตุมาจากโรคไต หรือการหยุดยาลดความดันโลหิต อาจจะทำให้หัวใจไม่สามารถชดเชยได้อีกต่อไป ทำให้เกิดหัวใจล้มเหลวได้

2.10 ภาวะโภชนาการ การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง เช่น การได้รับเกลือโซเดียมมากเกินไป ภาวะไม่สมดุลของระดับโซเดียมและโปแตสเซียมในเลือด เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว

1.3 พยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลว

เป็นผลจากการที่ปริมาตรเลือดที่สูบฉีดจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง (Low cardiac output) ทำให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายในขณะพักหรือเมื่อต้องออกกำลังกาย จึงทำให้การทำงานของหัวใจมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ได้แก่ หัวใจต้องบีบตัวเพิ่มมากขึ้น (Pressure load) มีปริมาตรเลือดในเวนตริเคิลมากเกินไป (Volume overload) มีการบีบตัวและหรือมีการคลายตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ รวมทั้งมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นกลไกการปรับตัว (Compensatory mechanisms) เพื่อเพิ่มปริมาตรเลือดในระบบไหลเวียนโดยการถูกกระตุ้นของระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) และระบบฮอร์โมนเรนินแองจิโอเทนซิน-อัลโดสเตอโรน (RAAS) เกิดการหลั่งของนิวโรฮอร์โมนเมดิเอเตอร์ต่าง ๆ (Neurohormone mediators) ทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น (Tachycardia) หลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำฝอยหดตัว (Arteriolar and venous vasoconstriction) มีการดูดกลับของน้ำและเกลือโซเดียมโดยไตเพิ่มขึ้นเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจหนาตัวขึ้น (Myocardial hypertrophy) ตามกฎของ Frank - Starling (Frank - Starling's law) ทำให้การบีบตัวของหัวใจดีขึ้นเพื่อคงปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจหากกลไกการปรับตัวยังดำเนินไปเรื่อย ๆ จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งขนาดรูปร่าง และประสิทธิภาพการทำงานของผนังหัวใจห้องล่างซ้าย ทำให้ผนังหัวใจหนาขึ้น ขนาดของหัวใจโตขึ้น (Left ventricular remodeling) ซึ่งหากเกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานโดยไม่ได้รับการแก้ไข จะทำให้หัวใจห้องล่างไม่สามารถบีบตัวเอาเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้เพียงพอและเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในที่สุด (Baliga & Haas, 2015; Eisen, 2016)

1.4 กลไกการชดเชยของภาวะหัวใจวาย

ภาวะหัวใจวายเป็นภาวะที่หัวใจไม่สามารถบีบตัวส่งเลือดออกไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ร่างกายจะมีกลไกการชดเชย (Compensatory Mechanism) Laurent (2005); (รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิช, 2557) ดังนี้

1.4.1 การเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ (Increased Heart Rate) เป็นกลไกการชดเชยแรกที่เกิดขึ้นทันทีคือการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเธติก ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นโดย บาร์โรรีเซพเตอร์ รีเฟล็กซ์ (Baroreceptor Reflex) รับรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิต จะส่งสัญญาณไปยังศูนย์ควบคุมหลอดเลือดที่อยู่ในสมอง ทำให้หลอดเลือดหดตัวมีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น เนื่องจากความต้านทานปลายทางโดยรวมของเลือด (Total Peripheral Resistance) สูงขึ้น หลอดเลือดดำจะตีบตัวทำให้เลือดดำไหลกลับสู่หัวใจมากขึ้น หัวใจมีการบีบตัวเร็วขึ้น แรงขึ้น เพื่อช่วยให้ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีเพิ่มขึ้น

1.4.2 การเพิ่มปริมาตรเลือดที่บีบออกจากหัวใจในแต่ละครั้ง (Improved Stroke Volume) โดยการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเธติก (Sympathetic Nervous System) ทำให้หลอดเลือดดำหดตัวจะเพิ่มปริมาตรเลือดที่กลับเข้าสู่หัวใจ ไยกกล้ามเนื้อของหัวใจจะถูกยืดขยายมากขึ้น เกิดหัวใจยืดขยายและปริมาตรของเลือดที่อยู่ในหัวใจห้องล่างก่อนการบีบตัวเพิ่มขึ้น การบีบตัวแรงขึ้นนี้ทำให้ปริมาตรเลือดที่บีบออกจากหัวใจในแต่ละครั้ง และปริมาตรเลือดที่ส่งออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีเพิ่มขึ้นแต่เมื่อยกกล้ามเนื้อหัวใจถูกยืดขยายมากเกินไป การหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจจะไม่มีประสิทธิภาพรวมทั้งการยืดขยายตัวนี้จะต้องใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น อาจเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงได้ จะส่งผลให้หัวใจบีบตัวได้ลดลงได้ในที่สุด ในการเพิ่มแรงในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ (Increased Myocardial Contraction) ระบบประสาทซิมพาเธติก จะกระตุ้นไยกกล้ามเนื้อหัวใจให้หดตัวได้มากขึ้น (Positive Inotropic Effect) ในภาวะปกติการกระตุ้นนี้จะช่วยเพิ่มปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีได้มากแต่ในขณะที่กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแอจะไม่สามารถเพิ่มความแรงในการหดตัวได้

1.4.3 การหดตัวของหลอดเลือดแดง (Arterial Vasoconstriction) ในภาวะปกติเกิดจากการทำงานของระบบประสาทซิมพาเธติก จะช่วยคงความดันโลหิตและช่วยเพิ่มการกำซาบเลือด (Perfusion) ภายใต้ภาวะที่มีปริมาตรเลือดออกจากหัวใจน้อยลง ทำให้แรงต้านต่อการฉีดเลือดออกจากหัวใจเพิ่มขึ้น (Afterload) ทำให้หัวใจต้องการออกซิเจนมากขึ้น เวนทริเคิลต้องออกแรงมากขึ้นในการเอาชนะแรงต้านที่ออกจากหัวใจห้องล่าง จึงทำให้ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจลดลงและในระยะยาวจะทำให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจตาย

1.4.4 การกักเก็บน้ำและเกลือ (Sodium and Water Retention) ในภาวะที่ร่างกายมีปริมาณเลือดออกจากหัวใจ 1 นาทีลดลง จะมีปริมาณเลือดไปเลี้ยงไตลดลง เกิดการกระตุ้นระบบเรนินแองจิโอเทนซิน อัลโดสเตอโรน (Renin-Angiotensin-Aldosterone System) โดยตัวรับแรงดันในเลือดแดงรีนัลจะถูกกระตุ้นจากความดันในหลอดเลือดที่ลดลง ทำให้มีการปล่อยเอนไซม์เรนินออกมาในกระแสเลือด เอนไซม์เรนินจะทำปฏิกิริยากับแองจิโอเทนซินซึ่งเป็นพลาสมาโปรตีนเกิดเป็นแองจิโอเทนซินวัน และแองจิโอเทนซินวันจะถูกแองจิโอเทนซินคอนเวิร์ตติงเอนไซม์จากปอดเปลี่ยนเป็นแองจิโอเทนซินทู (Angiotensin II) (Yancy et al., 2013) เป็นสารที่มีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดแดงหดตัวที่แรงมาก นอกจากจะทำให้หลอดเลือดทั่วร่างกายหดตัวแล้วแองจิโอเทนซินทู ยังทำให้มีการหลั่งนอร์อิพิเนพริน (Norepinephrine) จากปลายประสาทซิมพาเทติกและกระตุ้นอะดรีนัลเมดัลลา (Adrenal Medulla) ให้หลั่งฮอร์โมนแอลโดสเตอโรน (Aldosterone) มีผลทำให้มีการดูดน้ำและโซเดียมกลับมากขึ้น ทำให้ปริมาตรพลาสมาเพิ่มขึ้นและเพิ่มปริมาณของเลือดในหัวใจห้องล่างก่อนหัวใจบีบตัว (Preload) นอกจากนี้ในภาวะหัวใจวายจะมีการหลั่งฮอร์โมนแอนตี้ไดยูเรติก (Antidiuretic Hormone) เพิ่มขึ้น จากการมีการยืดขยายเอเตรียมและกระตุ้นตัวรับความดันในเลือดแดง (Baroreceptor) และจากการมีแองจิโอเทนซินทูในกระแสเลือด ฮอร์โมนนี้จะมีฤทธิ์เก็บกักน้ำ ดังนั้นจะทำให้ปริมาตรเลือดในหลอดเลือดเพิ่มขึ้น

1.4.5 การเพิ่มขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจ (Myocardial Hypertrophy) เป็นปรับตัวของหัวใจซึ่งหัวใจปรับตัวโดยการเพิ่มขนาดขึ้นแต่ไม่มีการเพิ่มจำนวนเซลล์ ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งห้องบนหรือห้องล่างหรือทั้งสองส่วน สาเหตุที่ทำให้มีการเพิ่มขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ความผิดปกติของลิ้นหัวใจเอออร์ติคตีบหรือรั่ว ลิ้นหัวใจไมตรัลรั่ว ส่วนสาเหตุที่ทำให้หัวใจช็อกวาท มักพบในลิ้นหัวใจไตรคัสปิดตีบ ลิ้นพัลโมนารีตีบหรือรั่ว

1.5 ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว (Functional classification)

การแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวในปัจจุบัน มี 3 วิธีหลัก ดังนี้

1.5.1. การจำแนกระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ตามการจำแนกของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association: NYHA) โดยพิจารณาจากระดับของกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้และอาการที่เกิดขึ้น ดังนี้

Functional class I (Asymptomatic) หมายถึง ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวแต่ยังไม่มี ความผิดปกติในโครงสร้างหัวใจและยังไม่มีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดแดงตีบแข็ง โรคเบาหวาน โรคอ้วน กลุ่มอาการเมตาบอลิก ผู้ป่วยเหล่านี้จะยังสบายดีแต่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดหัวใจล้มเหลวได้ในอนาคต ผู้ป่วยในระดับนี้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น ล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ แต่งตัว

รับประทานอาหาร ขับถ่าย เดินทางราบ เดินขึ้นบันได ออกกำลังกาย และทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยทำได้ตามปกติ โดยไม่มีอาการหอบเหนื่อย อ่อนเพลีย ใจสั่น หรือเจ็บแน่นหน้าอก

Functional class II (E. K. Song, Moser, Dunbar, Pressler, & Lennie, 2014) หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติในโครงสร้างของหัวใจแต่ยังไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ ผู้ป่วยที่เป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายครั้งแรกหรือตายบางส่วน กล้ามเนื้อหัวใจหนา การบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง มีโรคลิ้นหัวใจระยะที่ไม่รุนแรงยังไม่แสดงอาการ ผู้ที่เป็นโรคหัวใจในระดับนี้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยทำได้ เช่น ล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร ขับถ่าย เดินทางราบ เดินขึ้นบันได แต่จะมีอาการเหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย ใจสั่น หรือเจ็บแน่นหน้าอก แต่เมื่อได้พักแล้วจะรู้สึกสบายขึ้น

Functional class III (Moderate) หมายถึง ผู้ป่วยมีความผิดปกติในโครงสร้างหัวใจร่วมกับมีอาการภาวะหัวใจล้มเหลวแต่สามารถควบคุมอาการได้ ด้วยการรักษาตามมาตรฐาน เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคที่มีความผิดปกติด้านโครงสร้างของหัวใจเดิมอยู่แล้ว มีอาการหอบเหนื่อยและเหนื่อยง่าย มีความทนต่อการออกกำลังกายลดลง หรือเคยมีภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดขึ้นแล้ว ผู้ที่เป็นโรคหัวใจในระดับนี้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เพียงเล็กน้อย เพราะจะมีอาการหอบเหนื่อย อ่อนเพลีย ใจสั่น หรือเจ็บแน่นหน้าอกแต่เมื่อได้พักแล้วจะรู้สึกสบายขึ้น

Functional class IV (Severe) หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมีอาการหอบเหนื่อยหรืออาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวขณะพักและไม่ตอบสนองต่อการรักษาตามมาตรฐาน ต้องได้รับการดูแลรักษาเป็นพิเศษเป็นผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาลระยะที่ยังไม่ปลอดภัย อาจต้องใช้เครื่องมือทางการแพทย์ของหัวใจ หรือพิจารณาผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ ผู้ที่เป็นโรคหัวใจในระดับนี้จะไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมต่าง ๆ ได้เลย แม้ในขณะพักก็ยังมีอาการหอบเหนื่อย อ่อนเพลีย ใจสั่น หรือเจ็บแน่นหน้าอก

1.5.2 การแบ่งระยะของภาวะหัวใจล้มเหลวตามการดำเนินของโรค (Stages of Heart failure) แบ่งเป็น 4 ระยะ (ACC/AHA, 2001; Hunt et al., 2005) ดังนี้

Stage A ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่จะพัฒนาไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลว เพราะเงื่อนไขที่สามารถพัฒนาไปเป็นโรคได้ ไม่สามารถระบุโครงสร้างหรือการทำหน้าที่ที่ผิดปกติของเยื่อหุ้มหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจหรือลิ้นหัวใจก็ได้ ไม่มีอาการหรืออาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือไขมันในเส้นเลือดสูง สูบบุหรี่ ดื่มสุรา หรือบุคคลในครอบครัวมีประวัติเป็นโรคหัวใจ

Stage B ผู้ป่วยมีความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจที่มีความสัมพันธ์และพัฒนาไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลวได้ แต่ไม่มีประวัติของอาการหรืออาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น มีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ลิ้นหัวใจรั่ว แต่ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว

Stage C ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงของหัวใจล้มเหลวที่มีความสัมพันธ์กับโครงสร้างของหัวใจที่ถูกทำลาย ผู้ป่วยมีอาการแย่ลงเมื่อมีกิจกรรม เช่น ภาวะหายใจลำบากหรือเหนื่อยล้าที่เป็นผลมาจากการทำหน้าที่ของหัวใจห้องล่างซ้ายที่ผิดปกติ ซึ่งผู้ป่วยที่ไม่มีอาการแสดงเป็นเพราะได้รับการรักษาแล้ว

Stage D ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของโครงสร้างของโรคหัวใจอย่างชัดเจนมีอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวได้แม้ในขณะพัก โดยต้องได้รับการรักษาเฉพาะ เช่น ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรวมทั้งการรักษาแบบเฉพาะ เช่น การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจและไม่สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ เป็นต้น

1.5.3. การแบ่งสภาวะของโรคหัวใจล้มเหลวตามแนวทางของ Killip Classification

เพื่อแยกระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ดังนี้

Killip Class I ไม่มีอาการทางคลินิกของภาวะหัวใจล้มเหลว

Killip Class II ได้ยินเสียง S3 gallop หลอดเลือดดำที่คอโป่ง

Killip Class III พบอาการปอดบวมน้ำ

Killip Class IV มีภาวะช็อก พบความดันโลหิตต่ำ (SBP < 90 mmHg)

ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถเป็นตัวช่วยในการประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจกรรม และบ่งบอกถึงอาการของผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางในการรักษา ป้องกันฟื้นฟู และใช้ในการประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยหลังจากให้การดูแล สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกการแบ่งความรุนแรงตาม New York Heart Association Function Classification โดยประเมินจากความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย และสามารถประเมินได้ง่าย ตลอดจนสามารถเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้

1.6 อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลวได้มีการจำแนกประเภทไว้หลายชนิดที่แตกต่างกันออกไป เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันและเรื้อรัง (Abshire et al., 2015) ภาวะหัวใจล้มเหลวในการบีบตัวและคลายตัว (Systolic heart failure and Diastolic heart failure) หรือ ภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีเพิ่มขึ้นและลดลง (High - output and Low -output heart failure) อย่างไรก็ตามเพื่อประโยชน์ในการตรวจวินิจฉัยจึงมีการจำแนกภาวะหัวใจล้มเหลวออกเป็นภาวะหัวใจซีกซ้ายล้มเหลวและซีกขวาล้มเหลว (Left sided Heart failure and Right sided heart failure) ซึ่งทำให้ทีมสุขภาพสามารถแยกลักษณะอาการและอาการแสดงทางคลินิกได้ชัดเจน และสามารถอธิบายถึงพยาธิสรีรวิทยาของหัวใจได้ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548) ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

1.6.1 ภาวะหัวใจซีกซ้ายล้มเหลว (Left sided heart failure) คือ ภาวะที่การทำงานของ Left ventricle ผิดปกติจนไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะอื่นได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายจะมีอาการของเลือดคั่งในหัวใจห้องล่างซ้ายในปอด (pulmonary congestion) ความดันหลอดเลือดในปอดสูงขึ้น (Pulmonary hypertension) และ Right-side heart failure ตามมา ซึ่งอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจซีกซ้ายล้มเหลว มีดังนี้

1.6.1.1 อาการหายใจลำบาก (Dyspnea) เป็นอาการเริ่มแรกที่พบบ่อยของภาวะหัวใจล้มเหลว เกิดจากความดันในหลอดเลือดดำของปอดเพิ่มขึ้น ทำให้มีการคั่งของเลือดและปอดบวม ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวไม่รุนแรง จะไม่มีอาการหายใจลำบากขณะนอนพัก แต่เมื่อออกกำลังกายหรือออกกำลังกายจึงจะมีอาการหายใจลำบาก

1.6.1.2 อาการหอบในท่านอนราบ (Orthopnea) เป็นอาการหายใจลำบากที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้นจนไม่สามารถนอนราบได้ อาการเหนื่อยหอบจะเกิดขึ้นภายใน 1-2 นาทีหลังจากนอนราบ จะสังเกตเห็นได้ว่าผู้ป่วยต้องลุกขึ้นมานั่งหายใจหรือต้องนอนหนุนหมอนสูง เพื่อให้กระบังลมหย่อน ปอดขยายตัวได้เต็มที่และลดการไหลกลับของเลือดเข้าสู่หัวใจ

1.6.1.3 อาการหอบในช่วงกลางคืน (Paroxysmal dyspnea) ผู้ป่วยจะมีอาการหอบเหนื่อยเป็นพักๆในตอนกลางคืนในท่านอนราบ ซึ่งเป็นอาการอย่างหนึ่งที่แสดงว่าผู้ป่วยเริ่มมีภาวะหัวใจล้มเหลว มักจะเกิดภายหลังที่ผู้ป่วยเข้านอนแล้วประมาณ 2-3 ชั่วโมง ผู้ป่วยจะตื่นขึ้นเพราะหายใจไม่ออกอย่างรุนแรง มักจะมีอาการไอเสมหะเป็นฟองขาวหรือสีชมพูและเสียงหายใจวี๊ดร่วมด้วย อาการเหล่านี้มักเป็นอยู่ประมาณ 15 – 20 นาที บางคราวอาจนานกว่านี้ ซึ่งมีผลรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยพักผ่อนไม่เพียงพอซึ่งเกิดเนื่องจากการบวมและการคั่งของสารน้ำในหลอดลมร่วมตีบแคบลง เกิดหลอดลมหดตัว (Bronchiolar constriction) มีเสียงหายใจเหมือนคนเป็นโรคหอบหืด เรียกว่า Cardiac asthma อาการหอบในช่วงกลางคืนแตกต่างจากอาการหายใจหอบในท่านอนราบตรงที่ผู้ป่วยนอนหลับแล้วจึงตื่นขึ้นเกิดอาการและอาการเหนื่อยก็หายช้ากว่าอาจอยู่ถึง 30 นาที ผู้ป่วยมักเกิดความตกใจกลัวจนไม่กล้านอนต่อ

1.6.1.4 อาการหายใจแบบหยุดเป็นพักๆ (Cheyne stokes respiration) คือ ลักษณะการหายใจสลับกันระหว่างการหายใจเร็วลึก แล้วค่อยๆช้าและตื้นจนหยุดหายใจแล้วเริ่มหายใจใหม่ พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่รับประทุษยานอนหลับ หรือได้รับยาระงับประสาทร่วมด้วย

1.6.1.5 อาการไอ เป็นอาการสำคัญซึ่งเกิดจากหัวใจข้างซ้ายล้มเหลวผู้ป่วยมีการไอแห้งๆ ระคายคอและต้องใช้แรงไอ มักไอตอนกลางคืน อาจเกิดร่วมกับอาการหายใจลำบาก

1.6.1.6 อาการทางสมอง (Mental symptom) เกิดจากการที่ปริมาณเลือด ที่หัวใจส่งออกลดลงเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ เกิดภาวะสมองพร่องออกซิเจน ทำให้ความจำเสื่อม ไม่มีสมาธิหรือเป็นลมหมดสติได้ง่ายจากอาการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่มากขึ้นไม่ได้

พักผ่อน นอนไม่หลับ ฝันร้าย วิดกกังวล เป็นลมหมดสติ หายใจแบบชีนสโตค (Cheyne stoke respiration) เกิดจากการระบายอากาศไม่เพียงพอ เป็นอาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากคาร์บอนไดออกไซด์ คั่งนามาก่อน ลักษณะการหายใจสลับกันระหว่างการหายใจเร็วลึกแล้วค่อยๆช้าลงและตื้นจนหยุดหายใจแล้วเริ่มหายใจใหม่

1.6.1.7 อาการอ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง เกิดจากการที่เลือดไปเลี้ยง กล้ามเนื้อลายไม่เพียงพอ มีการสะสมกรดแลคติกในกล้ามเนื้อลาย การศึกษาในปัจจุบันพบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียไม่มีแรงอาจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อลายเอง (Myopathy) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับซัยโตไคน์บางชนิดที่ปริมาณเพิ่มขึ้นขณะเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว หรืออาจเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยได้รับยาขับปัสสาวะมาก มีการสูญเสียโพแทสเซียมทำให้ผู้ป่วยมีอาการดังกล่าว

1.6.1.8 อาการทางระบบไต เกิดเนื่องเลือดไปเลี้ยงไตลดลง ซึ่งมักพบชัดเจนในภาวะหัวใจซีกซ้ายล้มเหลว เมื่อปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง ทำให้เลือดไปเลี้ยงไตลดลง อัตราการกรองที่ไตลดลง ทำให้มีปัสสาวะออกน้อย และถ้าเลือดไปเลี้ยงไตลดลงเป็นเวลานานจะทำให้เกิดภาวะไตวายตามมา (Prerenal failure) จากภาวะที่เลือดไปเลี้ยงไตลดลงอย่างต่อเนื่องจะทำให้ไตหลังเรเนินแองจิโอเทนซินอัลโดสเตอโรน ทำให้ต่อมหมวกไตส่วนคอร์เท็กซ์มีการหลั่งฮอร์โมนอัลโดสเตอโรนออกมามากขึ้นต่อมาทำให้ จะไปกระตุ้นทิวบูลของไตให้มีการกักเก็บน้ำและโซเดียมไว้ เกิดภาวะน้ำเกินในร่างกายและน้ำหนักเพิ่มขึ้น เมื่อความเข้มข้นของโซเดียมใน น้ำนอกเซลล์เพิ่มมากขึ้น แรงดันออสโมติกของพลาสมาเพิ่มขึ้นจะไปกระตุ้นต่อมไฮโปธาลามัส ทำให้มีการหลั่ง Antidiuretic hormone (ADH) จากต่อมพิทูอิทารีส่วนหลัง ส่งเสริมให้ทิวบูลของไตเก็บน้ำไว้เพิ่มอีก ปัสสาวะจึงออกน้อยลง ส่วนอาการปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืน (Nocturia) เกิดจากการที่ผู้ป่วยนอนราบ การไหลกลับของเลือดจากบริเวณที่มีการบวมในอวัยวะส่วนล่างของร่างกายเข้าสู่หัวใจมากขึ้น ทำให้มีการไหลเวียนเลือดไปที่ไตมากขึ้น ถ้าอาการเกิดขึ้นเป็นเวลานานอาจจะทำให้เกิดภาวะไตวายได้

1.6.2 ภาวะหัวใจซีกขวาล้มเหลว (Right sided heart failure) คือ ภาวะที่การทำงานของ Right ventricle ผิดปกติจนไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปสู่ปอด Left ventricle และอวัยวะอื่นได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย มักจะมีอาการของการคั่งของเลือดในหัวใจห้องขวา เส้นเลือดดำที่คอโป่ง ตับโต และเท้าบวม แต่ไม่มีอาการของการคั่งเลือดในปอด (Pulmonary congestion) ซึ่งอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจซีกซ้ายล้มเหลว มีดังนี้

1.6.2.1 อาการบวม ในระยะแรกอาจมองไม่ชัด อาจทราบได้จากน้ำหนักตัว ที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งเกิดจากการคั่งของน้ำและเกลือโซเดียม เมื่อภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นมากขึ้นจะเห็นอาการบวมมากขึ้น เริ่มที่อวัยวะส่วนปลายจนถึงบวมทั่วตัว ตั้งแต่ใบหน้า แขน หน้าอก จนถึงอวัยวะสืบพันธุ์ บางรายมีท้องมานร่วมด้วย หลอดเลือดดำที่คอโป่ง เนื่องจากเลือดที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจทางห้องข้างบนไม่สามารถไหลเข้าได้สะดวก เพราะความดันในห้องหัวใจข้างขวาสูง

1.6.2.2 อาการท้องโต มักเป็นอาการที่เกิดจากการมีน้ำซึมออกจากหลอดเลือดดำ และขังอยู่ในช่องท้องมาก (Ascites)

1.6.2.3 ตับโตและกดเจ็บ จากการที่เลือดไม่สามารถไหลกลับเข้าหัวใจได้ ทำให้เลือดคั่งตามอวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะตับ น้ำจะขังอยู่ในช่องระหว่างเซลล์ของตับมาก ทำให้เยื่อหุ้มตับยืดขยายออก ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่สบายในท้อง ถ้าเป็นมาก ๆ จะเจ็บแปลบๆบริเวณชายโครงขวา

1.6.2.4 อาการทางระบบทางเดินอาหาร เป็นผลจากการมีเลือดคั่งในหลอดเลือดดำของกระเพาะอาหาร ลำไส้ ผู้ป่วยมักมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน แน่นท้อง ท้องอืด ท้องผูก บางครั้งอาจมีการตายของเนื้อเยื่อของลำไส้เกิดขึ้นได้ในภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างรุนแรง

1.6.2.5 อาการทางระบบปัสสาวะ เนื่องจากในเวลากลางคืนผู้ป่วยนอนพัก เลือดไหลไปสู่ไตมากขึ้น ทำให้ไตกรองปัสสาวะมากขึ้นผู้ป่วยจึงปัสสาวะบ่อยมาก ส่วนในเวลากลางวัน ผู้ป่วยปัสสาวะน้อย

นอกจากอาการและอาการแสดงเฉพาะที่เกิดในภาวะหัวใจล้มเหลวแต่ละข้าง อาจมีอาการและอาการแสดงอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น เหงื่อออกมากกว่าปกติ (Diaphoresis) อาการเย็นตามปลายมือ ปลายเท้าหรือการเขียวคล้ำ (Cyanosis) ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ (Cardiac arrhythmia) อาการพอม แห้งขาดอาหาร (Cardiac cachexia) เป็นอาการที่พบได้ในระยะท้ายของภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นผลมาจากที่มีเมตาบอลิซึมสูง ลำไส้สูญเสียสารโปรตีนและอาการเบื่ออาหารเนื่องจากมีเลือดคั่งในลำไส้ มาก และความเครียดจากการที่ต้องจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นเวลานานทำให้ไม่สามารถประกอบกิจกรรมที่ตนเองต้องการได้

1.7 ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบของภาวะหัวใจล้มเหลว

1.7.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย ทางด้านร่างกายของภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยา ซึ่งส่งผลให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดปัญหาด้านร่างกาย ดังนี้ อาการอ่อนล้า (Fatigue) อาการหายใจลำบาก (Dyspnea) และอาการนอนไม่หลับหรือนอนหลับยาก (Difficulty sleeping) ตามลำดับอาการและอาการแสดงดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะความสามารถในการทำปฏิกิริยาต่อกิจกรรมประจำวันทำให้ถูกจำกัดการทำกิจกรรม (Blinderman, Homel, Billings, Portenoy, & Tennstedt, 2008; Jurgens et al., 2009; อุ ดม

ลักษณะ สุภาวศ์, 2548) รวมทั้งมีอาการไอในเวลากลางคืน และอาการตื่นลุกมาหอบตอนกลางคืน รบกวนการนอนหลับพักผ่อน และทำให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ไม่เพียงพอ ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง มักมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน อึดอัด แน่นท้อง อาหารไม่ย่อยและดูดซึมไม่ดี เรียกภาวะนี้ว่า Cardiac cachexia การที่รับประทานอาหารได้น้อยลง (Lack of appetite) จะส่งผลให้ร่างกายอ่อน ล้าหรืออ่อนเพลียได้ (อภิชาติ สุคนธสรณ์ & รังสฤษฏ์ กาญจนวงษ์, 2547)นอกจากนี้อาจทำให้ สูญเสียความรู้สึกความคิด ความจำ การตัดสินใจได้ สภาพจิตใจที่เบี่ยงเบนไปในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ เกิดขึ้น เช่น ซึมเศร้า ท้อแท้ หดหู่ ก็อาจทำให้เกิดการรับรู้สีกและการตอบสนองต่อสิ่งเร้า ลดลงได้เช่นกัน (จารุวรรณ มานะสุการ, 2544) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับสมรรถภาพ การทำงานของหัวใจตามการจำแนกของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก functional class II - IV ผู้ป่วยเกิดปัญหาเกี่ยวกับความต้องการทางเพศหรือกิจกรรมทางเพศ ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย เนื่องจากกิจกรรมดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการเหนื่อยหอบมากขึ้น (Zambroski, Moser, Bhat, & Ziegler, 2005; อภิชาติ สุคนธสรณ์ & รังสฤษฏ์ กาญจนวงษ์, 2547)

1.7.2 ผลกระทบด้านจิตใจ/อารมณ์ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดความเครียดจาก การที่ถูกจำกัดกิจกรรมไม่สามารถทำกิจกรรมตามที่ตนเองต้องการได้ ร่วมกับเกิดความวิตกกังวล เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ (นิตยา ทานันท์, 2558) และผลการศึกษาของ (Zambroski et al., 2005) พบว่าอาการทางด้านจิตใจที่พบได้บ่อยและรุนแรงในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้แก่ ขาดสมาธิ วิตกกังวล รู้สึกเสียใจ และสับสนตามลำดับ

1.7.3 ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ส่วนใหญ่ไม่สามารถทำกิจกรรมและทำงานได้เอง ไม่มีรายได้จึงต้องพึ่งพาครอบครัว และแต่ละ ประเทศต้องรับภาระในด้านค่าใช้จ่ายการดูแลรักษาเป็นจำนวนมาก จะเห็นว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจ ล้มเหลวมีอัตราการกลับมาโรงพยาบาลซ้ำและมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ก็ทำได้ลดลงต้องพึ่งพาบุคคลอื่น จึงทำให้มีการแยกตัวออกจากสังคมมากขึ้น (Stanley & Prasun, 2002)

1.8 การวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลว

ในการวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวนั้นใช้หลักฐานประกอบกันหลายอย่าง เช่น อาการทาง คลินิก หลักฐานจากการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการและการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษเฉพาะ ดังนี้

1.8.1 จากประวัติอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยใน อดีต การรักษาที่ได้รับ การประเมินสาเหตุปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่การทำหน้าที่ผิดปกติของหัวใจ ประวัติ ครอบครัว การตรวจร่างกาย อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวและประเมินเกี่ยวกับการ ทาหน้าที่ของร่างกายหรือระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

1.8.2 หลักฐานจากการตรวจร่างกายหรือจากการตรวจพิเศษ เช่น การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) เอกซเรย์ปอด (Chest X-ray) คลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (Echocardiogram) มีความสำคัญและนิยมอย่างแพร่หลายในปัจจุบันเพราะมีประโยชน์ในการวินิจฉัยและประเมินความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว นอกจากนี้ยังให้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับขนาดของหัวใจ ความหนาของกล้ามเนื้อหัวใจ ลักษณะลิ้นหัวใจ เยื่อหุ้มหัวใจ การคลายตัวของกล้ามเนื้อหัวใจและสามารถประเมินความดันในช่องหัวใจได้

1.8.3 จากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ตรวจเลือดหน้าห้องไต ดับ การทำงานของต่อมไทรอยด์ เกลือแร่ในร่างกาย และ ปัสสาวะ ในปัจจุบันตรวจนิยมนิยามตรวจสาร B-type Natriuretic peptide (BNP) เพื่อช่วยในการวินิจฉัยและการพยากรณ์ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ซึ่งถ้าสาร BNP สูงขึ้นแสดงว่ามีการบีบตัวของหัวใจผิดปกติ และภาวะหัวใจล้มเหลวมีระดับความรุนแรงขึ้นตาม The New York Heart Association Functional Classification (NYHA)

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลว เกณฑ์ส่วนใหญ่อ้างอิงผลการตรวจร่างกายทางคลินิก ซึ่งไม่จำเพาะต่อภาวะหัวใจล้มเหลวเพียงโรคเดียว เช่น การมีภาวะบวม น้ำ (Yancy et al., 2017) การฟังได้เสียง basal crepitation หรือ rales ในปอด เป็นต้น ปัจจุบันได้มีการคิดค้นการตรวจหาสารที่มีชื่อว่า N-terminal pro-BNP โดยถ้าตรวจพบสารนี้ จากการตรวจเลือดในปริมาณตามเกณฑ์ที่กำหนด ก็จะวินิจฉัยได้ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งพบว่ามีควาไวและความจำเพาะของการตรวจค่อนข้างสูง การตรวจ NT-terminal pro-BNP ในเลือดจึงเป็นความก้าวหน้าที่สำคัญในการช่วยวินิจฉัยหัวใจล้มเหลว การตรวจสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่วิจัยในครั้ง นี้ จะมีบางคนได้รับการวินิจฉัยโดย NT-terminal pro-BNP และบางคนได้รับการวินิจฉัยจากการตรวจร่างกายเพียงอย่างเดียว

1.9 การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว

ปัจจุบันแนวทางในการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวจากข้อเสนอของสมาคมแพทย์โรคหัวใจอเมริกา และสมาคมโรคหัวใจอเมริกา (American College of Cardiology / American Heart Association: ACC/AHA) ได้เสนอแนวทางในการประเมินและการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลว โดยมีเป้าหมายหลักที่ การลดหรือชะลอการดำเนินของโรค ลดปัจจัยที่อาจทำให้เสียชีวิตและการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น

1.9.1 การรักษาโดยการให้ยา มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความสามารถในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดปริมาณน้ำและเกลือในร่างกายที่มากเกินไป และลดแรงต้านทานของหัวใจ ยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น ยาขับปัสสาวะ (Diuretics) ยากลุ่มดิจิตาลิส (Digitalis) ยากลุ่มขยายหลอดเลือด (Nitrates) ยากลุ่มปิดกั้นตัวรับเบต้าอะดรีเนอร์จิก (Beta - adrenergic

receptor antagonist) และยากลุ่มยับยั้งเอนไซม์แองจิโอเทนซิน (Angiotensin-converting enzyme inhibitors: ACE inhibitors)

1.9.1.1 ยาขับปัสสาวะ (Diuretics) เป็นยาที่มีความสำคัญในการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีประสิทธิภาพ ช่วยในการขับน้ำและเกลือออกจากกระบบไหลเวียนได้ดี (Oxberry & Johnson, 2008; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548) ลดการทำงานของหัวใจโดยการลดปริมาณเลือดก่อนหัวใจบีบตัวยาขับปัสสาวะที่ใช้บ่อย ได้แก่ Thiazides, Loop diuretics และ Potassium - sparing diuretics อาการข้างเคียงของการได้รับยาขับปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะมาก ทำให้เกิดภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ อ่อนเพลีย แขนขาอ่อนแรง เป็นตะคริว ให้ความความดันโลหิตต่ำ ในขณะยืน ปวดศีรษะ เวียนศีรษะคลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว ท้องผูกได้ ภาวะโพแทสเซียมเลือดต่ำจากการได้รับยาขับปัสสาวะทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญใน ส่วนยาขับปัสสาวะที่เก็บภาวะโพแทสเซียม (Potassium-sparing diuretics) เป็นยาที่มีฤทธิ์ยับยั้ง การคั่งของโซเดียมและการขับภาวะโพแทสเซียม พิจารณาให้ในผู้ป่วยที่มีภาวะภาวะโพแทสเซียมใน เลือดต่ำบ่อยๆ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548)

1.9.1.2 ยากลุ่มดิจิตาลิส (Digitalis) ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ช่วยเพิ่มการบีบ ตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดปริมาตรเลือดที่คั่งค้างในหัวใจห้องล่างจึงลดแรงดันห้องหัวใจก่อนบีบตัวครั้ง ต่อไป เพิ่มปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจ (Cardiac output) การเพิ่มปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจ จะทำให้เลือดไปเลี้ยงที่ไตเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นผลทำให้ปัสสาวะออกมากขึ้น นอกจากนี้ยังออกฤทธิ์ โดยตรงต่อ Atrioventricular node (AV node) ทำให้การส่งกระแสไฟฟ้าภายในหัวใจลดลงและ เพิ่มระยะพักของกล้ามเนื้อหัวใจก่อนที่จะเริ่มการบีบตัวครั้งต่อไป มีผลทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ ช้าลง ดังนั้นต้องสังเกตอาการที่แสดงถึงภาวะพิษจากยาดิจิตาลิส เช่น การเต้นของหัวใจเต้นช้าลง หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร มองเห็นภาพไม่ชัด ตามัวมองเห็นภาพ ซ้อน (Lam & Smeltzer, 2013; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548)

1.9.1.3 ยากลุ่มขยายหลอดเลือด (Nitrates) ออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือดดำ ทำให้กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดดำคลายตัว มีผลทำให้เกิดการขยายตัวทั้งหลอดเลือดดำ และ หลอดเลือดแดง ช่วยลดการทำงานของหัวใจ ลดอาการเจ็บหน้าอก ลดเลือดคั่งในปอด ทำให้ภาวะ หัวใจล้มเหลวดีขึ้น (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548)

1.9.1.4 ยากลุ่มปิดกั้นตัวรับเบต้าอะดรีเนอร์จิก (Beta-adrenergic Receptor antagonist) มีฤทธิ์ในการต้านตัวรับของ beta - adrenergic จึงลดการหลั่งของอะดรี เนอร์ลีนที่มีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ลดอัตราการเต้นของหัวใจ เพิ่มระยะเวลาการไหล ของเลือดจากหัวใจห้องบนมาสู่หัวใจห้องล่างนานขึ้น ทำให้มีการไหลของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อ

หัวใจได้ดีขึ้น ช่วยป้องกันการเปลี่ยนรูปร่างและขนาดของหัวใจห้องล่าง อาการข้างเคียงคือ หัวใจเต้นช้า เกิดอาการอ่อนล้า (Butler et al., 2004; รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์, 2557)

1.9.2 การรักษาที่ไม่ใช่ยา การรักษาที่ไม่ใช่ยาเป็นการจัดการดูแลตนเอง และเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญสำหรับแผนการรักษาที่ใช้ควบคู่ไปกับการรักษาโดยใช้ยา ส่งผลให้เกิดการติดตามอาการแสดงของตนเอง ส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น สำหรับการรักษาที่ไม่ใช่ยา มีดังนี้

1) การจำกัดเกลือโซเดียม (Sodium restriction) สำหรับผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวทั่วไปควรบริโภคโซเดียมไม่เกิน 2 กรัมต่อวัน การจำกัดโซเดียมเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งในโปรแกรมการจัดการโรคหัวใจล้มเหลว ซึ่งมีผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวจำนวนเป็นล้านๆคนในทุกๆวันที่ประกอบอาหารโดยมีส่วนประกอบของโซเดียมต่ำ (Low-sodium diet) จึงเป็นการรักษาที่ไม่ใช่ยาที่พบทั่วไปในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อุปสรรคของการจำกัดโซเดียมตามแผนการรักษา ประกอบด้วย การขาดตระหนักถึงประโยชน์ของการจำกัดโซเดียม ขาดความเข้าใจเกี่ยวกับแผนการจำกัดโซเดียม มีความรู้ต่ำเกี่ยวกับอาหารที่มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบ อุปนิสัยการเตรียมอาหาร อาหารที่มีโซเดียมต่ำจะมีรสจืดรับประทานไม่อร่อย การไม่อ่านฉลากอาหาร และการใช้อาหารสำเร็จรูป

2) การจำกัดปริมาณน้ำดื่ม ส่วนหนึ่งที่สำคัญของการรักษาที่ไม่ใช่ยา สำหรับผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว คือการจำกัดน้ำ การจำกัดน้ำช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น การทำหน้าที่ของหัวใจและความสามารถในการมีกิจกรรมดีขึ้นและลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการปานกลางถึงรุนแรง จำเป็นต้องจำกัดน้ำดื่มไม่ควรเกินวันละ 1,500 มิลลิลิตรต่อวันหรือให้น้ำได้เพียง 1,000 มิลลิลิตรต่อวัน ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มีอาการผิดปกติควรได้รับน้ำตามความต้องการของร่างกายที่ 30 มิลลิลิตรต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมใน 24 ชั่วโมง และได้สูงสุดไม่เกิน 35 มิลลิลิตรต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมใน 24 ชั่วโมง ทั้งนี้เพื่อช่วยการควบคุมน้ำหนักและลดการใช้ยาขับปัสสาวะในขนาดที่สูง

3) การชั่งน้ำหนัก การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักมีความสัมพันธ์กับภาวะที่แย่ลงของโรคและเกิดภาวะน้ำเกินของน้ำในร่างกาย ผู้ป่วยควรมีการติดตามน้ำหนักที่เปลี่ยนแปลงในทุกวันถ้าน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 3 ปอนด์ (1.3 กก.) หรือมากกว่าใน 1 วัน หรือรวมแล้วเพิ่มขึ้น 5 ปอนด์ (2.3กก.) หรือมากกว่าใน 1 สัปดาห์ หรือน้ำหนักลดมากกว่า 1.5 กก. ในเวลา 3 วันขึ้นไปต้องไปพบแพทย์ น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นโดยอธิบายไม่ได้ แสดงถึงภาวะหัวใจล้มเหลวที่แย่ลง

4) การงดการดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเลือดคั่งควรงดการดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากกีดการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจทำให้ความสามารถในการหดตัวของหัวใจลด

5) การเลิกสูบบุหรี่ เนื่องจากการสูบบุหรี่มีผลกระทบทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นเพิ่มความดันในระบบหลอดเลือด และความดันในหลอดเลือดปอดสูงขึ้นเล็กน้อย มีแรงต้านทานที่เส้นเลือดส่วนปลาย และทำให้ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลง

6) คาเฟอีน (Caffeine) ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวควรที่จะจำกัดการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เนื่องจากคาเฟอีนจะกระตุ้นให้หัวใจเกิดความเครียด

7) การใช้ออกซิเจน การให้ออกซิเจนเป็นการเพิ่มออกซิเจนในลมหายใจเข้า ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้น มีผลต่อการได้รับออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ การให้ออกซิเจนทางหน้ากากหรือแคนนูลาจะลดภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ ลดอาการหายใจลำบาก และเพิ่มการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจน-คาร์บอนไดออกไซด์ ในภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำมักให้ออกซิเจนทางหน้ากากพร้อมถุง (rebreathing mask) อัตรา 8 - 10 ลิตร/นาที (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548)

8) การจัดท่าผู้ป่วย การจัดท่าผู้ป่วยให้อยู่ในท่าศีรษะสูง (Fowler's Position) จะช่วยลดการคั่งของเลือดดำในปอด ลดอาการหายใจลำบาก ส่วนขาต้องจัดให้ต่ำไว้เสมอ แม้ว่าขาจะบวม ทั้งนี้เพราะว่าการยกขาจะทำให้เลือดกลับเข้าสู่หัวใจได้เร็วมาก (Jessup et al., 2009; Oxberry & Johnson, 2008; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548)

9) การมีกิจกรรมและการสงวนพลังงานในการทำกิจกรรม ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจตามการจำแนกของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association: NYHA) functional class I - III) ที่มีอาการคงที่ แล้วพยาบาลต้องแนะนำวิธีเพิ่มความทนในการทำกิจกรรม และวิธีการสงวนพลังงาน เพื่อให้ทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยเฉพาะกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองโดยไม่เหนื่อยง่าย หรือมีอาการผิดปกติ วิธีการต่าง ๆ เช่น การนั่งทำงานจะทำให้เหนื่อยน้อยกว่าการยืน การทำไปพักไปจะทำให้ไม่เหนื่อย การไม่ทำกิจกรรมหลังอาหารทันทีเป็นต้น และในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ (Functional class IV) ต้องแนะนำกิจกรรมที่ป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การบริหารข้อต่อต่าง ๆ

10) การให้ความรู้และสนับสนุนด้านจิตใจ การสร้าง สัมพันธภาพที่ดี การให้ความมั่นใจ การสนับสนุนทางอารมณ์แก่ผู้ป่วยและญาติมีความสำคัญยิ่งการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของโรค การบำบัดรักษา อุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ ที่ใช้รักษาความก้าวหน้าหรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสมและอย่างมีจุดหมาย จะช่วยบรรเทาความกลัว ความเครียด และความวิตกกังวลของทั้งผู้ป่วยและญาติ และยังส่งเสริมความร่วมมือในการบำบัดรักษาช่วยการทำหน้าที่ของหัวใจ และลดภาระงานของหัวใจ ทำให้การรักษาได้ผลดีขึ้นรวมถึงการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การฟังดนตรี (Opasich et al., 2004; Oxberry & Johnson, 2008)

1.9.3 การรักษาด้วยการทำหัตถการและการผ่าตัด สาเหตุของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มาจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จะได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือด

เลือดหัวใจ (Percutaneous transluminal coronary angioplasty: PTCA) หรือการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery bypass graft : CABG) เพื่อทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มมากขึ้น การใช้เครื่องมือช่วยการทำหน้าที่ของเวนทริเคิล (Ventricular assist device: VAD) ช่วยลดภาระงานของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดความต้องการใช้ออกซิเจน และช่วยให้เลือดไปยังอวัยวะต่าง ๆ เพียงพอ ใช้ในการผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาได้ด้วยยาแล้วเป็นผู้ป่วยที่มีการสูญเสียการทำหน้าที่ของหัวใจอย่างสมบูรณ์ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548; วาสนา สุวรรณรัมย์, 2556) Cardiac resynchronization therapy (CRT) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการนำกระแสไฟฟ้าของหัวใจ ทำให้ภาวะการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติกลับมาปกติโดยเครื่องนี้จะคล้ายกับ pacemaker คือประกอบด้วย pulse generator และ lead system การทำUltrafiltration เป็นการบำบัดทดแทนไตโดยการนำน้ำส่วนเกินออกจากร่างกายและของเสียออกด้วย ในกรณีที่ผู้ป่วยมีการคั่งของน้ำและมีภาวะไตวาย ทำให้การตอบสนองต่อยาขับปัสสาวะลดลงเป็นการลดน้ำที่เกินภายในร่างกายและปอดอย่างรวดเร็ว และในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้ายการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (Heart transplant) เป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้น (Oxberry & Johnson, 2008; วาสนา สุวรรณรัมย์, 2556)

1.10 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ต้องอาศัยความร่วมมือกันระหว่างทีมสุขภาพ และพยาบาลเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในกระบวนการดูแลส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันการกลับกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลว (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548; รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิช, 2557) โดยรูปแบบในการดูแลมุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยอาการคงที่และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งบทบาทพยาบาลมีดังต่อไปนี้

- 1) การพยาบาลขณะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ได้แก่ การตรวจเยี่ยมสร้างสัมพันธภาพ และรวบรวมข้อมูล เพื่อการวางแผนการดูแล การซักประวัติและตรวจร่างกาย
- 2) ดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ ได้แก่ สังเกตและประเมินอาการภาวะน้ำเกิน ได้แก่ อาการบวม อาการเหนื่อย นอนราบไม่ได้ หายใจลำบาก ตรวจวัดสัญญาณชีพ บันทึกจำนวนน้ำดื่ม จำนวนปัสสาวะ บันทึกน้ำหนักตัว เพื่อประเมินความสมดุลของน้ำในร่างกาย และดูแลให้ได้รับยาและออกซิเจนตามแผนการรักษา
- 3) การวางแผนการจำหน่าย เป็นกระบวนการส่งเสริมการดูแลที่ต่อเนื่องให้กับผู้ป่วยเมื่อต้องกลับบ้าน ซึ่งรวมถึงการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วย โดยพยาบาลมีบทบาทในการประเมินความต้องการ ประเมินความรู้ และวางแผนการจำหน่ายได้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายโดยพยาบาลมีการดูแลให้คำแนะนำและสนับสนุนด้านจิตใจ โดยการให้ความรู้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับ

การสังเกตอาการผิดปกติ การรับประทานยาตามแผน การควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียม การชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน และการมาตรวจตามนัด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อเนืองที่บ้าน

4) การพยาบาลหลังจำหน่าย การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวให้ประสบผลสำเร็จสิ่งสำคัญคือการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยควรได้รับการติดตามอาการหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อประเมินปัญหาร่วมกันกับผู้ป่วยและผู้ดูแล และพยาบาลมีบทบาทในการประสานงานกับแหล่งประโยชน์ในชุมชนที่มีอยู่เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

5) การประเมินผลลัพธ์ในการดูแล พยาบาลควรมีการประเมินผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจากตัวชี้วัดคุณภาพ ได้แก่ จำนวนครั้งของการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล คุณภาพชีวิตโดยใช้แบบประเมินวัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ความสามารถในการทำงานของร่างกาย ซึ่งประเมินโดยการทดสอบ Six Minute Walk Test (6 MWT) เป็นตัวชี้วัด

2. พฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียม

2.1 ความหมายของพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียม

พฤติกรรม หมายถึงการกระทำหรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด ความรู้สึก เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายในจิตใจและภายนอก อาจทำไปโดยรู้ตัว ไม่รู้ตัว อาจเป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และไม่พึงประสงค์ ผู้อื่นอาจสังเกตการกระทำนั้นได้และสามารถใช้เครื่องมือทดสอบได้ (ธีระพล ชัยสงคราม, 2552; ราชบัณฑิตยสถาน, 2546)

พฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียม หมายถึงการกระทำใด ๆ หรือการปฏิบัติในการนำเข้าอาหาร ขนม ของขบเคี้ยว หรือ เครื่องดื่ม ที่มีเกลือโซเดียมต่ำ หรือที่มีส่วนผสมของเกลือโซเดียมต่ำเข้าสู่ร่างกาย (Albert, 2005)

พฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียม หมายถึงการแสดงออกถึงการปฏิบัติตัวในเรื่องการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียม และเป็นสิ่งที่กระทำหรือปฏิบัติอยู่เป็นเวลานานจนเกิดความเคยชิน และหล่อหลอมกลายเป็นพฤติกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมมาก เกลือโซเดียมปานกลาง เกลือโซเดียมน้อย หรืออาหารที่ไม่มีเกลือโซเดียม ความถี่ในการรับประทาน ตลอดจนความพึงพอใจในการเติมผลิตภัณฑ์จากโซเดียมในระหว่างรับประทานอาหาร (วรลักษณ์ คงหนู, 2542)

ธีระพล ชัยสงคราม (2552) ให้ความหมายของพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมว่าเป็นการกระทำใด ๆ รวมถึงความประพฤติปฏิบัติหรือการแสดงออกที่ทำอยู่เป็นเวลานานจนเกิดความเคย

จีนที่เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำ ความถี่ในการรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำ ตลอดจนความพึงพอใจในการเติมเกลือและผลิตภัณฑ์จากเกลือในระหว่างรับประทานอาหาร

ในการศึกษาครั้งนี้พฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียม หมายถึงกระทำการหรือการปฏิบัติการใด ๆ ในการควบคุม จำกัด หลีกเหลี่ยง ลดการนำอาหาร ขนม ของขบเคี้ยว หรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมเกลือโซเดียมเข้าสู่ร่างกาย โดยมีการกระทำเป็นประจำ สม่ำเสมอ ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานจนกลายเป็นพฤติกรรม

2.2 ปัญหาพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ในปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวให้หายขาดได้ แนวทางการดูแลผู้ป่วยจึงเน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับพยาธิสภาพ เช่น การจำกัดน้ำ การชั่งน้ำหนักตัว การออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การรับประทานยาตามแผนการรักษา การตรวจตามนัด และพฤติกรรมบริโภคเกลือโซเดียม (Baliga & Haas, 2015; Bentley, 2005; Heart Failure Society of America, 2013; Philipson, 2013; Yancy et al., 2017) ถึงแม้ว่าจะมีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับพยาธิสภาพของโรค เพื่อป้องกันการกลับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ลดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวให้ดีขึ้น แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคเกลือโซเดียม (พวงเพชร สมทรัพย์สิน, 2555) และวัฒนธรรมในการรับประทานอาหารที่พบว่าส่วนใหญ่มักใส่เครื่องปรุงรสเพื่อให้รสชาติอาหารดีขึ้น เช่น เกลือ น้ำปลา น้ำปลาร้า เป็นต้น (พัชรวรรณ ศรีคง, 2553) ซึ่งพบว่ามีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 20 เท่านั้นที่ควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมได้ ส่วนใหญ่แม้จะทราบว่าต้องมีการจำกัดปริมาณการบริโภคเกลือโซเดียมในอาหารแต่ก็ไม่สามารถปฏิบัติได้เนื่องจากไม่ได้เป็นผู้ปรุงอาหารเองและต้องรับประทานอาหารที่ปรุงแบบเดียวกันกับคนอื่นๆในครอบครัว (จอม สุวรรณโณ, 2551) ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 82 มีการบริโภคเกลือโซเดียมเกินค่ามาตรฐานที่นักโภชนาการกำหนดให้ (Heart Failure Society of America, 2013) หากผู้ป่วยไม่สามารถปรับพฤติกรรมในการบริโภคเกลือโซเดียมได้ในปริมาณที่เหมาะสมจะส่งผลให้เกิดอาการกำเริบของโรค กล่าวคือจะมีการหลั่งสาร atrial natriuretic peptide (ANP) ซึ่งสารนี้ทำหน้าที่คล้ายการยับยั้งฤทธิ์ของ rennin aldosterone และ anti-diuretic hormone ซึ่ง anti-diuretic hormone นี้จะหลั่งมากขึ้น ส่งผลให้มีการยืดขยายของกล้ามเนื้อหัวใจ เอตรียมกับ baroreceptor และมี angiotensin II ในกระแสเลือด ซึ่งฮอร์โมนนี้มีฤทธิ์เก็บกักน้ำและเกลือโซเดียม จะส่งผลให้เกิดการคั่งของสารน้ำในหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจต้องมีการปรับตัว ทำให้เพิ่มการทำงานของหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการบวม เหนื่อยหอบ ส่งผลให้เกิดการกำเริบของโรค เป็นสาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำภายในระยะเวลา 30 วัน หลังจำหน่ายออกจาก

โรงพยาบาลสูงถึงร้อยละ 10 (Chamberlain et al., 2018) โดยอาการที่พบบ่อยได้แก่ อาการบวช หายใจเหนื่อยหอบ เนื่องจากมีการคั่งของสารน้ำและเกลือโซเดียมในร่างกายและปอด (นิตยา ศรีสุข, 2551) ดังนั้น พฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมยังคงเป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

2.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียม

2.3.1 เพศ พบว่าเพศชายมีโอกาสที่จะได้รับเกลือมากกว่าเพศหญิง เนื่องจากเพศชายรับประทานอาหารในปริมาณที่มากกว่าเพศหญิง จากการที่ต้องทำงานหนักกว่าเพศหญิง ในขณะที่เพศหญิงมีข้อห้ามจากการรับประทานอาหารบางอย่าง เช่น ขณะตั้งครรภ์ห้ามรับประทานอาหารรสจัดเพราะเชื่อว่าจะมีผลต่อเด็ก (ธีระพล ชัยสงคราม, 2552)

2.3.2 อายุ เมื่ออายุมากขึ้นมักเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาด้านประสาทสัมผัส โดยเฉพาะความสามารถในการรับรสสัมผัส โดยพบว่าอายุน้อยจะมีปุ่มรสสัมผัสมาก และการรับรสสัมผัสจะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น จึงทำให้บุคคลวัยทำงานซึ่งส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 35-59 ปี และเป็นกลุ่มอายุที่อยู่ในวัยที่ร่างกายค่อยๆ เสื่อมลง จึงมักจะรับประทานอาหารรสจัดขึ้น โดยเฉพาะรสเค็ม (สุวรรณา ห้างสพฤกษ์, 2535 อ้างถึงใน วรลักษณ์ คงหนู (2542)

2.3.3 ความรู้ บุคคลที่มีความรู้และการศึกษาที่ดีจะมีความรู้ในเรื่องอาหาร โดยรู้ว่าสิ่งใดมีประโยชน์หรือไม่มีประโยชน์ควรละเว้น รู้จักเลือกอาหารที่มีประโยชน์และมีคุณภาพตลอดจนรู้จักวิธีการประกอบอาหารที่มีปริมาณเกลือต่ำ การอ่านฉลากโภชนาการเพื่อเปรียบเทียบปริมาณเกลือโซเดียมในอาหารและเครื่องดื่มได้ อีกทั้งยังมีศักยภาพในการค้นคว้าหาแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์เพื่อประกอบการตัดสินใจเลือกซื้อหรือรับประทานอาหารที่มีปริมาณเกลือโซเดียมต่ำได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตนเอง การมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว การเลือกบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม การจัดเตรียมอาหาร และหากขาดความรู้ที่ชัดเจน จะทำให้เกิดความสับสนในการเลือกรับประทานอาหาร ดังนั้นระดับการศึกษาและความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมจึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต้องมีความเข้าใจเพื่อให้สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง (Bentley, 2005; จริญญา คมเฉียบ, 2556)

2.3.4 อาชีพหรือลักษณะงานที่ทำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือ กล่าวคือลักษณะอาชีพที่ใช้แรงงานน้อยประเภทนั่งโต๊ะ หรือทำงานโดยใช้เครื่องผ่อนแรงร่วมกับการขาดการออกกำลังกายจะมีการสูญเสียเกลือทางเหงื่ออ่อนๆ ทำให้ความต้องการในการรับประทานเกลือน้อยกว่าลักษณะอาชีพที่ต้องใช้แรงงานปานกลางมีการออกกำลังกายร่วมด้วยหรือลักษณะอาชีพที่เป็นงานหนัก เช่น กรรมกรแบกหาม งานก่อสร้าง มอเตอร์ไซด์รับจ้าง จะมีการสูญเสียเกลือทางเหงื่อเป็น

ปริมาณมาก เพราะต้องใช้กำลังและอยู่กลางแดดทำให้มีความต้องการในการบริโภคเกลือมากกว่า อาชีพอื่น ๆ (จริญญา คมเฉียบ, 2556)

2.3.5 การรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นความรู้สึกหรือความเชื่อของบุคคลต่อการประเมินผลความรุนแรงของโรคว่ามีผลกระทบที่รุนแรงและเป็นอันตรายต่อร่างกายและสิ่งแวดล้อมรอบข้างของบุคคลนั้น จะเป็นแรงสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดความรุนแรงของโรคนั้นได้ เช่น การรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว เมื่อผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคภาวะหัวใจล้มเหลวว่ามีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อมของตนเองเป็นอย่างมาก จะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพการจัดการตนเองในการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมได้ดีขึ้น (ธีระพล ชัยสงคราม (2552); พัทธวรรณ ศรีคง, 2553)

2.3.6 การรับรู้ประโยชน์ เป็นความเชื่อของบุคคลในการหาแนวทางที่จะปฏิบัติตนให้หายจากโรค หรือลดความรุนแรงของโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์ต่อโรคนั้นๆ การตัดสินใจที่จะเลือกปฏิบัติขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบผลดี-ผลเสียของการปฏิบัตินั้นๆ ซึ่งมักจะเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่ให้ผลดีมากกว่าผลเสีย การรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองในการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวคือมีการงดอาหารรสเค็ม จำกัดปริมาณเกลือโซเดียมว่าสามารถช่วยลดการกลับกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมดีขึ้น (จริญญา คมเฉียบ, 2556; พัทธวรรณ ศรีคง, 2553)

2.3.7 การรับรู้อุปสรรค เป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาหรืออุปสรรคในการปฏิบัติตนในทางลบ ซึ่งอาจมีผลขัดขวางการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติตนที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของบุคคล เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สุขสบาย ความเจ็บปวด เป็นต้น หากบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคในระดับสูง จะส่งผลให้การปฏิบัติพฤติกรรมเกิดขึ้นได้ยาก ซึ่งการรับรู้อุปสรรคถือว่าเป็นสิ่งที่ขัดขวางและมีส่วนสนับสนุนในการหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีการรับรู้อุปสรรคในการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมในอาหาร เช่น รสชาติอาหารที่จืด ความลำบากในการรับประทานอาหารร่วมกับสมาชิกในครอบครัว หรือกับเพื่อนร่วมงานที่ต้องมีจำกัดเกลือโซเดียม ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้นในการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ในการปรุงอาหารที่มีปริมาณเกลือโซเดียมต่ำ การรับรู้อุปสรรคที่มากขึ้นในการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมในอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีผลให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมในการบริโภคเกลือโซเดียมไม่ได้ (พัธวรรณ ศรีคง, 2553)

2.3.8 แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับ การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านวัตถุสิ่งของ และความรู้ความเข้าใจ ทำให้บุคคลมีกำลังใจในการจัดการปัญหา และรู้ว่าตนเองมีคุณค่า การสนับสนุนทางสังคมจึงมีบทบาทสำคัญในการเข้ามา

ช่วยส่งเสริม สนับสนุน ให้มีการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี และสามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เข้ามาได้อย่างเหมาะสม หากผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับแรงสนับสนุนทั้งด้านกำลังใจ ความเอาใจใส่ดูแล รวมทั้งความช่วยเหลือในด้านวัตถุ สิ่งของ แรงงาน หรือเงิน เป็นอย่างดีจากสมาชิกในครอบครัวและได้รับแรงสนับสนุน คำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมที่เหมาะสมจากทีมสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมดีขึ้น ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงมีความสำคัญกับการจัดการตนเองในด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (จริญญา คมเฉียบ, 2556; พัชรวรรณ ศรีคง , 2553)

2.3.9 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน บุคคลที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารที่เหมาะสม จะมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมได้อย่างถูกต้อง มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพโดยเฉพาะพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมที่ดีขึ้น (จริญญา คมเฉียบ, 2556)

2.4 การประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือโซเดียม

จากการทบทวนวรรณกรรมได้พบว่าเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินปริมาณเกลือโซเดียมที่บุคคลได้รับจากการบริโภคอาหารนั้นสามารถแบ่งได้ 2 วิธี ได้แก่

2.4.1 เครื่องมือที่ใช้วัดโดยตรง (Direct estimation of salt consumption)

คือการวัดปริมาณเกลือโซเดียมที่บุคคลบริโภคใน 1 วัน ด้วยสารทางชีวเคมี โดยการตรวจหาปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ ซึ่งเชื่อว่าปริมาณโซเดียมที่ขับออกมากับปัสสาวะภายใน 24 ชั่วโมงจะเท่ากับปริมาณโซเดียมที่บริโภคภายใน 1 วัน ในภาวะร่างกายปกติผู้ที่บริโภคเกลือมากจะตรวจพบเกลือโซเดียมในปัสสาวะมากกว่าผู้ที่บริโภคเกลือในระดับปกติ ซึ่งโซเดียมที่ถูกขับออกมาในปัสสาวะ 24 ชั่วโมงในคนปกติไม่ควรเกิน 120 mlq

2.4.2 เครื่องมือที่ใช้วัดโดยวิธีอ้อม (Indirect estimation of salt

consumption) เป็นการประเมินเกลือที่บริโภคจากอาหารในรูปของสารโซเดียมคลอไรด์แล้วนำมาคำนวณเปรียบเทียบกับข้อกำหนดความต้องการสารอาหารที่บุคคลควรได้รับใน 1 วัน จะทำให้ทราบว่าบุคคลนี้ได้รับเกลือในปริมาณที่เหมาะสมหรือไม่ และเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือไม่ สามารถทำได้ 4 วิธี คือ

2.4.2.1 แบบบันทึกการบริโภคอาหารใน 1 วัน (Food Record) เป็นการประเมินเกลือโซเดียมที่บริโภคจากอาหาร โดยการจดบันทึกรายการอาหาร ปริมาณอาหาร และ

ส่วนประกอบตลอดจนปริมาณเกลือและผลิตภัณฑ์จากเกลือที่เติมในระหว่างมื้ออาหารแต่ละมื้อ แล้วนำมาหาค่าเฉลี่ยปริมาณเกลือโซเดียมที่ได้รับใน 1 วัน

2.4.2.2 แบบบันทึกการบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง (Twenty-four-hour-Food Recall) เป็นการประเมินการบริโภคอาหารของบุคคล โดยสัมภาษณ์ถึงชนิดอาหาร ปริมาณ และส่วนประกอบของอาหารเพื่อประเมินปริมาณเกลือโซเดียมจากการบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง

2.4.2.3 แบบบันทึกความถี่ในการบริโภคอาหาร (Food Frequency) ใช้ในการประเมินการบริโภคเกลือโซเดียม โดยพิจารณาความถี่ในการบริโภคอาหารใน 1 สัปดาห์ 1 เดือน หรือ 1 ปีซึ่งนิยมใช้ในการศึกษาระบาดวิทยา เพื่อดูปริมาณเกลือโซเดียมที่บริโภคระยะยาว

2.4.2.4 แบบบันทึกประวัติการบริโภคอาหาร (Diet History Method) นิยมใช้ในการศึกษาระบาดวิทยา เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคอาหารกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยในการสอบถามจะมีรายการอาหารให้เลือกตอบตามแบบบันทึกความถี่ในการบริโภคอาหาร

2.4.2.5 ชีระพล ชัยสงคราม (2552) ใช้แบบวัดพฤติกรรมการบริโภคเกลือที่ดัดแปลงจากแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของ ดลรัตน์ รุจิวัฒนกร (2547) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่พัฒนามาจากแบบสัมภาษณ์การจัดการดูแลตนเองของ อรสา พันธภักดี (2542) ซึ่งแบบวัดนี้มีข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือทั้งหมด 15 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 4 ระดับ คือ บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคย เมื่อแบบสอบถามนี้ไปหาค่าความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา .93 และเพื่อหาค่าความเที่ยง นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค .83

2.4.2.6 อัลเบิร์ต (Albert, 2005) ได้ประเมินพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจากแบบสอบถาม The Low Sodium Eating Behaviors Scale ซึ่งพัฒนาจากแนวคิด Common Sense Model of Illness Representation framework (Diefenbach & Leventhal, 1996) จากทั้งหมด 29 ข้อ โดยแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีการควบคุมเกลือโซเดียม จำนวน 17 ข้อ คือข้อที่ 13-29 เป็นมาตราวัดประมาณค่า 5 ระดับ นำไปทดสอบใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 104 รายได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค .95

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยพิจารณาใช้แบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (The Low Sodium Eating Behaviors Scale) เพราะมีความเหมาะสมทั้งในด้านความน่าเชื่อถือและคุณภาพในการวัดของเครื่องมือ เนื่องจากงานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งแบบสอบถามนี้มีความจำเพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียม ที่พัฒนามาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมสำหรับ

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นข้อคำถามที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การควบคุมการบริโภคเกลือ โซเดียม มีความเฉพาะเจาะจง และมีความเที่ยงของเครื่องมือเป็นที่ยอมรับและเชื่อถือได้ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค .95

3. แนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเอง

3.1 ความหมายการจัดการตนเอง

การจัดการตนเอง (Self-management) เป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ ทางสังคม (Social cognitive theory เป็นแนวคิดที่ได้รับการพัฒนาในหลายวิชาชีพ เช่น สาขากายภาพบำบัด การพยาบาล กายภาพบำบัด จิตวิทยาสุขภาพ และสุขศึกษา โดยการจัดการตนเองเป็นส่วนหนึ่งของการดูแล ซึ่งมีผู้ที่ให้ความหมายของการจัดการตนเองไว้หลากหลาย ดังนี้

Clark et al. (1997) ให้ความหมาย การจัดการตนเองกระทำในแต่ละวันด้วยตนเอง เพื่อควบคุมหรือลดผลกระทบของโรคที่มีต่อภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ว่า เป็นการโดยการจัดการตนเองต้องปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน และมีทีมสุขภาพเป็นผู้ให้คำแนะนำและชี้แนะกลยุทธ์ในการจัดการตนเอง

Schilling, Grey, and Knafl (2002) ให้ความหมาย การจัดการตนเองว่า เป็นการกระทำที่เกิดขึ้นตลอดเวลาเป็นพลวัตร มีการปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน โดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมรับผิดชอบ และ ตัดสินใจให้เกิดความสำเร็จในการควบคุมโรค

Song and Lipman (2008) ให้ความหมายการจัดการตนเองว่า เป็นการกระทำหรือพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับการเจ็บป่วย และการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วย

Barlow, Wright, Sheasby, Turner, and Hainsworth (2002) การจัดการตนเองเป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานมาจาก ทฤษฎีการเรียนรู้ ทางสังคม (Social cognitive theory) ซึ่งมีผู้ที่ให้ความหมายของการจัดการตนเอง ดังนี้ การจัดการตนเองเป็นความสามารถของบุคคลในการจัดการกับอาการ การรักษาที่เกิดผลกับ ร่างกายและจิตสังคมและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตเพื่อให้สอดคล้องกับโรคเรื้อรัง

Newman, Steed, and Mulligan (2004) การจัดการตนเอง เป็นความสามารถของบุคคลในการจัดการกับอาการ การรักษาร่างกาย และผลทางจิตสังคมที่เกิดตามมารวมถึงการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

Curtin, Mapes, Schatell, and Burrows-Hudson (2005) การจัดการตนเอง เป็นความสามารถของผู้ป่วยในการมีส่วนร่วมจัดการกับภาวะสุขภาพ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดทางด้าน

สุขภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ควบคุมอาการไม่ให้กำเริบ โดยร่วมมือกับทีมสุขภาพเพื่อลดความรุนแรงของโรค และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข ในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

Coates and Boore (1995) ให้ความหมายการจัดการตนเองว่า เป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมใหม่ โดยเกิดจากกระบวนการเรียนรู้ของผู้ป่วยเองเมื่อผู้ป่วยประเมิน และตัดสินใจแล้วว่าพฤติกรรมนั้น ๆ มีประโยชน์ ก็จะส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

Creer (2000) ให้ความหมายการจัดการตนเองว่า เป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนลักษณะพฤติกรรมตนเองเพื่อจัดการควบคุมความเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยตนเอง กระบวนการประกอบด้วย 1) การเลือกเป้าหมาย (Goal selection) 2) การรวบรวมข้อมูล (Information collection) 3) การวิเคราะห์และประเมินข้อมูล (Information processing and evaluation) 4) การตัดสินใจ (Decision making) 5) การปฏิบัติ (Action) และ 6) การประเมินตนเอง (Self-reaction) ความสำเร็จของการจัดการตนเอง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ 1) เกิดการเปลี่ยนแปลงของ โรคในเรื้อรังอาการเจ็บป่วยและอัตราการตาย 2) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและบุคคลรอบข้างดีขึ้น และ 3) เป็นการพัฒนาความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยที่สามารถจัดการกับอาการของตนเองมีทีมสุขภาพเป็นผู้สนับสนุนเพื่อควบคุมภาวะของโรค

Methakanjanasak (2005) ให้ความหมาย การจัดการตนเอง ว่าการจัดการตนเอง ประกอบด้วยการมีทักษะ 4 รูปแบบ คือ 1) การแสวงหาความรู้เพื่อจัดการตนเอง 2) การเฝ้าระวังตนเองเพื่อมิให้มีอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากโรคและการรักษา 3) การพัฒนาทักษะที่เฉพาะเจาะจงเพื่อการควบคุมการดำเนินโรคและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น 4) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสภาวะการเปลี่ยนแปลงของโรคและการรักษา

Barlow et al. (2002) ให้ความหมาย การจัดการตนเองว่าเป็นความสามารถของบุคคลในการจัดการกับภาวะทางด้านร่างกายและจิตใจ ควบคู่กับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อให้เกิดความสมดุลและปรับตัวได้กับภาวการณ์เจ็บป่วยเรื้อรัง การจัดการตนเองที่ดี ต้องอาศัยกระบวนการและความสามารถส่วนบุคคลในการควบคุมตนเอง สังเกตอาการ และการรับรู้สภาวะตามจริง จนเกิดเป็นพฤติกรรมและความสามารถในการจัดการตนเอง ภายใต้อกระบวนการเรียนรู้ การตัดสินใจ เกี่ยวกับการจัดการความเจ็บป่วยเพื่อคงไว้ ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี

Lorig and Holman (2003) ให้ความหมายการจัดการตนเองว่าเป็นการเรียนรู้แบบใช้ปัญหาเป็นฐานโดยการจัดการกับปัญหาเป็นวิธีการหลักในการพัฒนาทักษะที่จะนำมาใช้ในการจัดการตนเอง 3 ด้าน (Three self-management tasks) ได้แก่ 1) การจัดการด้านการรักษา (medical management) 2) การจัดการด้านบทบาท (Role management) และ 3) การจัดการด้านอารมณ์ (Emotional management) ซึ่งการจัดการตนเองต้องกระทำร่วมกับทีมสุขภาพ ผ่านการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และฝึกให้ผู้ป่วยเกิดทักษะพื้นฐานในการจัดการตนเอง (core self-

management skills) ประกอบด้วย 1) การแก้ไขปัญหา 2) การตัดสินใจ 3) การใช้แหล่งข้อมูล 4) การเป็นหุ้นส่วนทางสุขภาพ 5) การปฏิบัติ 6) การเลือกปฏิบัติด้วยตนเอง ซึ่งการปฏิบัติควรเริ่มจากการหวังผลระยะสั้นก่อนแล้วค่อยขยายระยะเวลา ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยประสบผลสำเร็จและมีกำลังใจในการจัดการตนเอง เนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติจนประสบผลสำเร็จได้นั้นผู้ป่วยจะต้องมีความเชื่อมั่นในตนเองหรือเกิดสมรรถนะแห่งตนว่าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ดังนั้นการจัดการตนเองผ่านกระบวนการดังกล่าวข้างต้นจะนำไปสู่การจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดการตนเองในงานวิจัยฉบับนี้ หมายถึงกระบวนการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองของบุคคลในการจัดการกับปัญหาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองได้เหมาะสมตามสภาวะสุขภาพ ซึ่งการจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพได้นั้น บุคคลจะต้องได้รับความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นเพื่อให้เกิดกระบวนการจัดการตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

จะเห็นได้ว่าแนวคิดการจัดการตนเอง เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการจัดการตนเองในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้เหมาะสมตามสภาวะสุขภาพจากการกระทำ ความสามารถ กระบวนการและกลยุทธ์ของบุคคลในการจัดการตนเองเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน และหากทีมสุขภาพเป็นผู้ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง กระตุ้นให้ผู้ป่วยยอมรับและปฏิบัติตามแผนการรักษา จะช่วยพัฒนาความสามารถให้กับผู้ป่วย และเสริมแรงให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการจัดการตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะนำไปสู่ความสามารถในการจัดการตนเอง สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกแนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig and Holman (2003) มาใช้เป็นแนวทางในงานวิจัย เพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนลักษณะพฤติกรรมในการจัดการควบคุมความเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยตนเอง

3.2 กระบวนการจัดการตนเอง

ตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig and Holman (2003) เป็นการเรียนรู้แบบใช้ปัญหาเป็นฐาน โดยการจัดการกับปัญหาเป็นวิธีการหลักในการพัฒนาทักษะที่จะนำมาใช้ในการจัดการตนเอง 3 ด้าน (three self-management tasks) ได้แก่ 1) การจัดการด้านการรักษา (medical management) 2) การจัดการด้านบทบาท (role management) และ 3) การจัดการด้านอารมณ์ (emotional management) ซึ่งการจัดการตนเองต้องกระทำร่วมกับทีมสุขภาพผ่านการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมกับการฝึกให้ผู้ป่วยเกิดทักษะพื้นฐานในการจัดการตนเอง (core self-management skills) ซึ่งจะเป็นการสอนให้ผู้ป่วยเกิดทักษะพื้นฐานในการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ การแก้ไขปัญหา (Problem solving) ซึ่งในขั้นตอนนี้จะเป็นการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาพื้นฐานให้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว การตัดสินใจ (Decision making) ในขั้นตอนนี้ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำอย่างระบบเกี่ยวกับแนวทางในการจัดการตนเองเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงหรือเกิดปัญหาขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการตัดสินใจ และมีการตัดสินใจจัดการ

ปัญหาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม การใช้แหล่งข้อมูล (Utilize resources) ในขั้นตอนนี้จะเป็นการแนะนำแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย รวมทั้งขั้นตอนในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลอย่างเป็นรูปธรรม เข้าใจง่าย ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญ จำเป็น หลากหลาย เพื่อให้ผู้ป่วยมีทางเลือกในการเข้าถึงสืบค้น ในกรณีที่ต้องการข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจแก้ไขปัญหา การเป็นหุ้นส่วนทางสุขภาพ (Forming of a patient/healthcare provider partnership) ในขั้นตอนนี้จะเน้นให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตระหนักถึงความสำคัญของภาวะสุขภาพตนเอง โดยฝึกให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมหรือเป็นหุ้นส่วนทางสุขภาพร่วมกับทีมสุขภาพ ได้แก่ การให้ข้อมูลด้านสุขภาพ การร่วมวางแผนการดูแลรักษา หรือร่วมตัดสินใจแนวทางในการดูแลรักษา กับทีมสุขภาพ การปฏิบัติ (Taking action) การปฏิบัติควรเริ่มจากการหวังผลระยะสั้นก่อนแล้วค่อยขยายระยะเวลา และขั้นตอนการปรับแนวทางปฏิบัติให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล (Self-tailoring)

3.3 การจัดการตนเองด้านพฤติกรรมบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถปฏิบัติการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมภาวะเจ็บป่วยได้ จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีเพียงการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ การรับประทานอาหาร การไม่ใช้สารให้โทษการรับประทานยา การพักผ่อน การดูแลสุขภาพจิต การออกกำลังกาย การขับถ่าย การป้องกันการติดเชื้อ การสังเกตอาการผิดปกติและการมาตรวจตามนัด (ปนัดดา สุวรรณ, 2551; พวงเพ็ชร สมทรัพย์สิน, 2555) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียม ซึ่งพบว่าเป็นสิ่งจำเป็นต่อผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยควรมีพฤติกรรมบริโภคเกลือโซเดียมที่เหมาะสม เช่น การไม่เติมเกลือ น้ำปลาหรือซีอิ๊วในอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารกระป๋อง อาหารสำเร็จรูป การจดบันทึกรายการอาหารรวมทั้งการคำนวณปริมาณเกลือโซเดียมที่บริโภคในแต่ละวัน และอ่านฉลากโภชนาการเพื่อดูปริมาณส่วนผสมของเกลือหรือโซเดียมคลอไรด์ในอาหารนั้น ๆ (รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์, 2557) ซึ่งส่งผลดีต่อการป้องกันการคั่งของน้ำ ทำให้ผู้ป่วยไม่มีอาการบวม เหนื่อยหอบ มีน้ำคั่งในปอดและอวัยวะภายใน ไม่มีอาการอ่อนเพลีย ซึ่งเป็นอาการที่บ่งชี้การกำเริบของโรค

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พวงเพ็ชร สมทรัพย์สิน (2555) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) ผู้ป่วยภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการ

พยาบาลตามปกติ ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมและรายด้านของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

ปาจริย ศักดิ์วัลีสกุล (2555) ศึกษาผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดสมุทรสงคราม ระยะเวลา 4 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยภายหลังได้รับโปรแกรมมีค่าคะแนนมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการดูแลตนเอง และคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองในกลุ่มทดลอง พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมมีค่ามากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จิราวรรณ กุมขุนทด (2557) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมจำกัดเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาตามนัด ณ คลินิกโรคหัวใจล้มเหลว สถาบันโรคทรวงอก ซึ่งประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior) โดยศึกษาด้วยปัจจัยทั้งหมด 3 ประการ คือ เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมจำกัดเกลือโซเดียม เจตคติต่อพฤติกรรมจำกัดเกลือโซเดียมอยู่ในระดับดี และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง

กาญจนา ล้อมงคล (2560) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจำกัดเกลือในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ณ คลินิกโรคหัวใจแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชัยภูมิ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการจำกัดเกลืออยู่ในระดับปานกลาง พิจารณาตามข้อคำถามพบว่าพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้น้อยที่สุด คือ พฤติกรรมการงดเติมเกลือในอาหาร และพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจำกัดเกลืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ ระดับการศึกษาสูงกว่าชั้นประถมศึกษา ($p=0.003$) ระดับความรุนแรงของหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับ 2 ($p=0.009$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการไม่จำกัดเกลือ ($p=0.001$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจำกัดเกลือ ($p=0.014$) และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการจำกัดเกลือ ($p=0.001$)

สว่างจิต คงภิบาล (2560) ได้ทำการศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองโดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

Wright et al. (2003) ได้ทำการศึกษาการจัดการตนเองในโปรแกรมการจัดการ โรคหัวใจล้มเหลว โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วม กลุ่มการสอน 3 ครั้ง ผู้ป่วยจะได้รับแบบบันทึกน้ำหนักประจำวัน ได้รับการเยี่ยมจากพยาบาลที่เชี่ยวชาญโรคหัวใจล้มเหลวและการดูแลเกี่ยวกับยาเป็นเวลา 12 เดือน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้ในการจัดการตนเอง และมีพฤติกรรม การชั่งน้ำหนักตัวและการบันทึกน้ำหนัก ตัวเป็นประจำมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

Yang et al. (2011) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การได้รับเกลือโซเดียมปริมาณสูงและการได้รับโพแทสเซียมปริมาณต่ำต่อโอกาสเสี่ยงในการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD) เป็นการศึกษาแบบ prospective cohort ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจำนวน 12,267 คน และติดตามกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเฉลี่ย 14.8 ปี พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างเสียชีวิตจำนวนทั้งหมด 2,270 คน โดยมีสาเหตุจากโรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 825 คน และโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 443 คน

Colin-Ramirez, McAlister, Woo, Wong, and Ezekowitz (2014) ทำการศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมในปริมาณต่ำ และพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เป็นการศึกษาย้อนหลังซึ่งได้ทำการดำเนินการที่ The Heart Function Clinic (HFC) of the Mazankowski Alberta Heart Institute ผลที่ได้คือ 4.2% ของผู้ป่วยได้มีการรายงานว่ายังรับประทานอาหารกระป๋องทุกวัน และมีสัดส่วนของการบริโภคอาหารจานด่วน (fast foods) 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์

Clark et al. (2012) ทำการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเองและปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งผู้วิจัยได้สรุปว่ากระบวนการตัดสินใจในการจัดการกับอาการของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องผ่านกระบวนการทั้งหมด 3 ขั้นตอน ได้แก่ การยอมรับ การเรียนรู้และปรับตัว และการพัฒนาศักยภาพ ซึ่งการค้นพบดังกล่าวจะสามารถนำไปพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Hummel, DeFranco, Skorcz, Montoye, and Koelling (2009) ศึกษาเกี่ยวกับการให้โปรแกรมการจำกัดโซเดียมระยะเวลา 6 สัปดาห์ โดยให้ความรู้ในเรื่องของการปฏิบัติตนเมื่อมีอาการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลว การควบคุมน้ำหนักตัว การควบคุมอาหารทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการกำเริบของโรคได้ในระยะสั้นแต่ยังพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 46 กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายในระยะเวลา 30 วัน หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากอาการบวม อาการหายใจลำบาก จากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถจำกัดโซเดียมได้

Bentley (2005) มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมในอาหารสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียม ได้แก่ 1) การขาดความรู้ ซึ่งผู้ป่วยภาวะหัวใจยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารที่มีส่วนผสมของเกลือโซเดียมอย่างเพียงพอ 2) การเข้าสังคม เมื่อต้องออกไปรับประทาน

อาหารนอกบ้าน หรือการรับประทานอาหารกับสังคมนอกบ้านทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมได้ 3) การขาดแคลนแหล่งหรือเมนูให้เลือกบริโภค ซึ่งการค้นพบดังกล่าวสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นว่าในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวค่อนข้างน้อย โดยมีการศึกษาในลักษณะเชิงความสัมพันธ์ ส่วนการศึกษาโปรแกรมจะเป็นโปรแกรมที่จัดกระทำเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเป็นการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยทั่วไป ซึ่งยังไม่ครอบคลุมและลงรายละเอียดในส่วนของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำ โดยการนำทฤษฎีการจัดการตนเองของ Lorig and Holman (2003) มาพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองโดยเน้นไปที่พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำ ซึ่งการมีพฤติกรรมในการบริโภคเกลือโซเดียมต่ำมีความสำคัญต่อการลดอาการกำเริบของโรคในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

6. กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวโดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเอง (Lorig & Holman, 2003) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

สัปดาห์ที่ 1

1. กิจกรรมการบรรยายเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ประโยชน์และความสำคัญของพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
2. กิจกรรมฝึกทักษะการจัดการตนเองที่จำเป็น (Core self-management skills) 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การแก้ไขปัญหา (Problem solving) 2) การตัดสินใจ (Decision making) 3) การใช้แหล่งประโยชน์ (Utilize resource) 4) การมีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพ (Forming of a patient/health care Provider partnership) 5) การลงมือปฏิบัติ (Taking action) 6) การเลือกแนวทางปฏิบัติให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล (Self-tailoring)

สัปดาห์ที่ 2,3 กิจกรรมการโทรศัพท์ติดตามที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมการประเมินผลและการเลือกแนวทางปฏิบัติด้วยให้เหมาะกับแต่ละบุคคล

พฤติกรรม
การบริโภคเกลือโซเดียม
ในผู้ป่วยที่มีภาวะ
หัวใจล้มเหลว

รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบแผนการวิจัยวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest with nonrandom control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ตามรูปแบบการวิจัยและแบบแผนการทดลองดังนี้

กลุ่มทดลอง	O ₁	X	O ₂
กลุ่มควบคุม	O ₃		O ₄

X คือโปรแกรมการจัดการตนเอง

O₁ คือประเมินพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

O₂ คือประเมินพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

O₃ คือประเมินพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O₄ คือประเมินพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งเพศชายและหญิงอายุระหว่าง 30-59 ปี ได้รับการตรวจวินิจฉัยและการรักษาจากแพทย์อย่างน้อย 6 เดือน มีระดับ NYHA Class I-III (American Heart Association, 2017) และเข้ารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกหัวใจล้มเหลว แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตำรวจ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 24 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างน้อย 6 เดือน และมีระดับ Functional Heart Classification อยู่ใน Class I-III
2. ไม่มีข้อจำกัดด้านการสื่อสาร การได้ยิน การมองเห็น และสามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้
3. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และได้รับความยินยอมจากแพทย์เจ้าของไข้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria)

1. มีโรคร่วมที่ทำให้มีอาการเหนื่อยง่ายโดยไม่ได้เกิดจากภาวะหัวใจล้มเหลว
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น หายใจลำบาก เจ็บแน่นหน้าอก

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยการเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (Statistical Power Table) กำหนดอำนาจในการทดสอบ (Power of test) ที่ 80% กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) 0.5 ($\bar{X}_{\text{ทดลอง}} = 54.59$, $SD = 3.65$; $\bar{X}_{\text{ควบคุม}} = 37.59$, $SD = 9.01$)

สว่างจิต คงิบาล (2560) และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 44 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล (Burns & Grove, 2013) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 48 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้กลุ่มละ 24 คน จับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pairs) ให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุดในเรื่องเพศ และระดับความรุนแรงของโรค และทำการคัดเลือกจนครบ 24 คู่ ตามที่กำหนดไว้

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวกตามคุณสมบัติที่กำหนด ใช้วิธีการจับคู่ (matched pairs) ให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มีคุณสมบัติเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุดในด้าน ในเรื่องเพศ อายุ ระดับ Functional Heart Classification เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจจะมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้และควบคุมทั้งสองกลุ่มให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุดในด้านเพศ และระดับความรุนแรงของโรค โดยมีการจัดกลุ่มตัวอย่าง 24 รายแรกเข้ากลุ่มควบคุม เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของสิ่งทดลอง หลังจากนั้นจึงจัดกลุ่มตัวอย่าง 24 รายหลังเข้ากลุ่มทดลอง รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 48 ราย

ตารางที่ 1 แสดงคุณสมบัติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการจับคู่ (Matched pairs) โดยพิจารณาองค์ประกอบด้านเพศ และระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว

คู่ที่	กลุ่มควบคุม (n=24 คน)		กลุ่มทดลอง (n=24 คน)	
	เพศ	ระดับความรุนแรงของโรค	เพศ	ระดับความรุนแรงของโรค
1	หญิง	Class 3	หญิง	Class 3
2	ชาย	Class 1	ชาย	Class 1
3	ชาย	Class 1	ชาย	Class 1
4	ชาย	Class 1	ชาย	Class 1
5	ชาย	Class 3	ชาย	Class 3
6	ชาย	Class 2	ชาย	Class 2
7	หญิง	Class 1	หญิง	Class 1
8	ชาย	Class 1	ชาย	Class 1
9	หญิง	Class 2	หญิง	Class 2
10	ชาย	Class 2	ชาย	Class 2
11	ชาย	Class 2	ชาย	Class 2
12	ชาย	Class 3	ชาย	Class 3
13	ชาย	Class 1	ชาย	Class 1
14	ชาย	Class 2	ชาย	Class 2
15	หญิง	Class 3	หญิง	Class 3
16	หญิง	Class 1	หญิง	Class 1
17	หญิง	Class 2	หญิง	Class 2
18	หญิง	Class 3	หญิง	Class 3
19	ชาย	Class 3	ชาย	Class 3
20	ชาย	Class 3	ชาย	Class 3
21	ชาย	Class 2	ชาย	Class 2
22	ชาย	Class 2	ชาย	Class 2
23	ชาย	Class 1	ชาย	Class 1
24	ชาย	Class 2	ชาย	Class 2

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้น โดยข้อมูลส่วนนี้กลุ่ม

ตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง มีลักษณะแบบเลือกตอบและเติมคำตอบ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระดับความรุนแรงของโรค

1.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ อัลเบิร์ต (Albert, 2005) ซึ่งเป็นแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งพัฒนาจากแนวคิด Common Sense Model of Illness Representation framework (Leventhal, Meyer, & Nerenz, 1980) ที่ใช้ประเมินพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และแบบสอบถาม The Low Sodium Eating Behaviors Scale จากทั้งหมด 29 ข้อ โดยแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมมีจำนวน 17 ข้อ คือข้อที่ 13-29 เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ นำไปทดสอบใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 104 รายได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค .95

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อคำถาม 17 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด แต่ละข้อมีเกณฑ์ในการให้คะแนน 1-5 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนและแปลความหมาย ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย
น้อยที่สุด	ไม่ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ
น้อย	ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ นานๆครั้ง
ปานกลาง	ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ประจำ
มาก	ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เกือบทุกครั้ง
มากที่สุด	ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ทุกครั้ง

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1.1 นำแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ดังนี้

1.1.1 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจล้มเหลว จำนวน 1 คน

1.1.2 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านโรคหัวใจล้มเหลว จำนวน 2 คน

1.1.3 พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านโรคหัวใจล้มเหลว จำนวน 2 คน

1.2 นำแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่ผ่านการตรวจสอบ แก้ไข และการให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) และใช้เกณฑ์ค่า Content Validity Index \geq .80 (Polit & Hungler, 1999) โดยคำนวณค่า CVI จากการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามหรือกรอบทฤษฎี โดยกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Hambleton et al., 1975)

- 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับนิยาม
- 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก ถึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
- 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะสอดคล้องกับคำนิยาม
- 4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

$$\text{สูตรคำนวณ CVI} = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเท่ากับ .82

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามประพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ภายหลังจากได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คนเรียบร้อยแล้ว ไปตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีคุณสมบัติเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ที่คลินิกโรคหัวใจล้มเหลว แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตำรวจ และนำข้อมูลที่ได้ไปทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

ซึ่งพบว่าแบบสอบถามประเมินพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .82

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Lorig and Holman (2003) ขั้นตอนการสร้างโปรแกรมการจัดการตนเองมีดังนี้

2.1.1 ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียม โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ศึกษาขั้นตอนกระบวนการของการจัดการตนเองตามทฤษฎีของของ Lorig and Holman (2003) รวมทั้งการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนำทฤษฎีการจัดการตนเองมาใช้

2.1.2 สรุปเนื้อหาสำคัญจากการทบทวนวรรณกรรม นำมากำหนดสาระสำคัญ และโครงสร้างของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมที่ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งในโปรแกรมหักรดกล่าวประกอบด้วยสื่อที่ใช้ในประกอบการทำกิจกรรมตามโปรแกรม ดังนี้

1) แผนการสอนโปรแกรมการจัดการตนเอง ใช้เป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยนำแนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig and Holman (2003) มาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรม ร่วมกับศึกษาตำราและทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม และสามารถลดการกลับกำเริบของโรคได้ ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับหลักการเลือกรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำสำหรับผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว การอ่านฉลากโภชนาการอย่างถูกต้อง

2) วิดีทัศน์เรื่องพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาตำรา เอกสาร และการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยเนื้อหา ได้แก่ หลักการรับประทานอาหารที่มีการจำกัดเกลือโซเดียมสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ความสำคัญของอาหารที่ควบคุมเกลือโซเดียมสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และแนวทางการอ่านฉลากโภชนาการอย่างถูกต้อง ซึ่งเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการสอน

3) คู่มือสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดำรง เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นคู่มือที่ให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางในการรับประทานอาหารที่มีการจำกัดเกลือโซเดียมและใช้บันทึกพฤติกรรมร่วมด้วย

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1.1 ผู้วิจัยนำโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมารวบรวมทั้งสื่อต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมไปตรวจสอบความตรงถูกต้องตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษากิจกรรมที่จัด ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ดังนี้

1.1.1 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจล้มเหลว จำนวน 1 คน

1.1.2 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านโรคหัวใจล้มเหลว จำนวน 2 คน

1.1.3 พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านโรคหัวใจล้มเหลว จำนวน 2 คน

1.2 แก้ไขโปรแกรมการจัดการตนเอง ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน

หลังจากผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน และได้รับการปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมตามข้อแนะนำเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้มีการทดลองใช้โปรแกรมการจัดการตนเองจริงกับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีคุณสมบัติเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย ซึ่งได้มีการปรับปรุงแก้ไขตามปัญหาที่พบจริงจากการนำไปทดลองใช้พบว่ากลุ่มผู้ป่วยมีความเข้าใจเนื้อหาในการจัดการตนเองเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียม แต่ยังไม่เข้าใจในส่วนของการคำนวณปริมาณเกลือโซเดียมที่ต้องบริโภคในแต่ละวัน และการอ่านฉลากโภชนาการ แต่เมื่อมีการสาธิตการคำนวณเกลือโซเดียม การอ่านฉลากโภชนาการ โดยผู้วิจัยนำฉลากโภชนาการจริงแสดงวิธีการอ่านให้ผู้ป่วยดูเป็นแบบอย่าง พบว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจมากขึ้น และมีการปรับระยะเวลาให้กระชับขึ้นเพื่อให้เหมาะสมกับการนำไปใช้ในการทดลองต่อไปได้

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

3.1 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมการบริโภคอาหารเกลือโซเดียมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้จากแบบสอบถามการจัดการตนเองของธิดารัตน์ หนชัย (2556) ที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของลอริกและโฮลแมน (Lorig & Holman, 2003) โดยเป็นแบบสอบถามจำนวนทั้งหมด 32 ข้อคำถาม มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .80 โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามดังกล่าวร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเลือกข้อคำถามที่มีความเกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในการการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 18 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) แต่ละข้อมีมาตรวัด 4 ระดับ

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง และมากที่สุด แต่ละข้อมีเกณฑ์ในการให้คะแนน 1-4 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนและแปลความหมาย มีดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	ไม่ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เลย	1
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ น้อย	2
ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง	ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ มาก	3
ปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้ง	ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ มากที่สุด	4

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

คะแนนสูงแสดงว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง โดยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 18-36 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 37-54 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 55-72 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง

โดยกำหนดเกณฑ์ในการกำกับการทดลอง คือผู้ป่วยต้องมีการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไปจึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมีระดับการจัดการตนเองผ่านเกณฑ์ทุกคนหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1.1 นำแบบสอบถามการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ดังนี้

1.1.1 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจล้มเหลว จำนวน 1 คน

1.1.2 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านโรคหัวใจล้มเหลว จำนวน 2 คน

1.1.3 พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านโรคหัวใจล้มเหลว จำนวน 2 คน

1.2 นำแบบประเมินการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่ผ่านการตรวจสอบ แก้ไข และการให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) และใช้เกณฑ์ค่า Content Validity Index $\geq .80$ (Polits & Hungler, 1999) โดยคำนวณค่า CVI จากการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามหรือกรอบทฤษฎี โดยกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Hambleton, Swaminathan, Algina, & Coulson, 1978)

- 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับนิยาม
- 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก ถึงจะมีความสอดคล้องกับนิยาม
- 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะสอดคล้องกับนิยาม
- 4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับนิยาม

$$\text{สูตรคำนวณ CVI} = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเท่ากับ .87

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ภายหลังจากที่ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คนเรียบร้อยแล้วไปตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีคุณสมบัติเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ที่คลินิกโรคหัวใจล้มเหลว แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตำรวจ และนำข้อมูลที่ได้ไปทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งมีเกณฑ์พิจารณาคือค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้ คือ $\geq .70$ (Polit & Beck, 2008)

ซึ่งพบว่าแบบประเมินการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .85

กระบวนการดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยแบ่งขั้นตอนในการดำเนินการทดลองออกเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 ระยะเตรียมการก่อนทดลอง

ขั้นที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง

ขั้นที่ 3 ระยะหลังการทดลอง

ขั้นที่ 1 ระยะเตรียมการก่อนการทดลอง

ระยะเตรียมการก่อนการทดลองเริ่มตั้งแต่วันที่ 20 กรกฎาคม พ.ศ. 2562 ถึงวันที่ 29 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 รวมทั้งสิ้น 7 เดือน ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยรวบรวม สร้าง พัฒนา และทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้อำนวยการกองพยาบาล และหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลตำรวจ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการวิจัย

3. ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลตำรวจ รหัสโครงการ Sq060118/63 ลงวันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มงานพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจเพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย แผนการดำเนินการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

4. หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจล้มเหลว ได้มีการแนะนำผู้วิจัยให้พบกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่คลินิกผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตำรวจ พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการ

5. ผู้วิจัยจัดให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติเหมือนกัน ในด้าน เพศ และระดับความรุนแรงของโรค ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยจัดกลุ่มตัวอย่าง 24 คนแรกเข้ากลุ่มควบคุมก่อนแล้วจึงจัดกลุ่มตัวอย่าง 24 คนหลังเข้ากลุ่มทดลอง

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง เริ่มตั้งแต่วันที่ 4 มีนาคม พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 22 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มควบคุมดังนี้

1. ผู้วิจัยติดต่อกับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่คลินิกโรคหัวใจล้มเหลวแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตำรวจขณะมาพบแพทย์ตามนัด

2. ผู้วิจัยกล่าวแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ และเชิญชวนให้เข้าร่วมโครงการวิจัย โดยการอธิบายรายละเอียดการวิจัย วัตถุประสงค์ ระยะเวลาและขั้นตอนการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยจนเข้าใจ และผู้วิจัยขอการยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ และการขอศึกษาข้อมูลเวชระเบียน หากกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. หลังจากได้รับการยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้ตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (Pre-test) โดยผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม และพร้อมเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่าง

ซักถามเกี่ยวกับแบบสอบถามและขั้นตอนการวิจัยได้ตลอดเวลาจนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างกรอกแบบสอบถามเสร็จสิ้น

4. กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ จากพยาบาลประจำการ และนัดพบกลุ่มตัวอย่างครั้งต่อไปในอีก 5 สัปดาห์เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (Post-test) โดยผู้วิจัยได้อยู่บริเวณใกล้เคียงเพื่ออธิบายเมื่อผู้ป่วยสงสัยหรือไม่เข้าใจคำชี้แจงหรือข้อคำถามและตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

5. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นในการทำวิจัยครั้งนี้ และหลังจากสิ้นสุดโครงการวิจัยกลุ่มตัวอย่างได้รับหนังสือคู่มือสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มทดลองดังนี้

1. ผู้วิจัยติดต่อกับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่คลินิกโรคหัวใจล้มเหลวแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตำรวจ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
2. ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (Pre-test) โดยผู้วิจัยได้อยู่บริเวณใกล้เคียงเพื่ออธิบายเมื่อผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างสงสัยหรือไม่เข้าใจคำชี้แจงหรือข้อคำถาม
3. ดำเนินตามขั้นตอนของโปรแกรมการจัดการตนเอง

สัปดาห์ที่	กิจกรรม	ระยะเวลา/ สถานที่
สัปดาห์ที่ 1	กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวและการบริโภคเกลือโซเดียมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตามแผนการสอน โดยเริ่มต้นจากการสร้างสัมพันธภาพและเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย โดยพยาบาลแนะนำตนเองและพูดคุยกับผู้ป่วยสอบถามอาการผู้ป่วย เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี รวมถึงจัดสถานที่ให้เหมาะสม บรรยากาศผ่อนคลาย และเตรียมร่างกายของผู้ป่วยให้พร้อมก่อนทำกิจกรรมและให้ความรู้โดยการพูดคุยให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือโซเดียม ส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้	15 นาที / คลินิกหัวใจ ล้มเหลว

	<p>และปฏิบัติตาม ร่วมกับการรับชมวีดิทัศน์ ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว และความสำคัญของพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว แนวทางการเลือกรับประทานอาหาร เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และเห็นต้นแบบที่ดีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมที่บ้าน</p>	
	<p>กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมการฝึกทักษะการจัดการตนเองที่จำเป็น 6 ขั้นตอน ดังนี้</p> <p>1) ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา (Problem solving) ซึ่งในขั้นตอนนี้เป็นการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาพื้นฐานให้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผ่านสื่อวีดิทัศน์ซึ่งมีตัวแบบแสดงในสื่อเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ต้องกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านและต้องเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคในการรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำ ซึ่งจะนำเสนอให้เห็นถึงรูปแบบปัญหาที่ผู้ป่วยมีโอกาสพบได้รวมทั้งแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เป็นไปได้ทุกทาง ทั้งจากตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว สังคม และพยาบาล และการประเมินผลการแก้ไขปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้กระบวนการจัดการกับปัญหาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมด้วยตนเอง พร้อมทั้งมอบคู่มือแนวทางการรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยสามารถพกติดตัวและอ่านเพื่อทบทวนความรู้ได้ตลอดเวลา และในตอนท้ายของกิจกรรมผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยและตอบคำถามผู้ป่วย ผู้วิจัยกล่าวสรุปเนื้อหาจากวีดิทัศน์ และกล่าวสนับสนุนให้กำลังใจกำลังใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเองในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง</p> <p>2) การฝึกทักษะการตัดสินใจ (Decision making) เนื่องจากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะต้องเผชิญกับสภาวะของโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะต้องมีการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง หลายคนเกิดความลังเลใจ หรือไม่แน่ใจในการที่จะตัดสินใจเมื่อเกิดมีการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก ไม่รู้แนวทางในการจัดการตนเอง ในขั้นตอนนี้ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำและได้ฝึกทักษะการตัดสินใจผ่านการจำลองสถานการณ์เสมือนจริง เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การตัดสินใจและฝึก</p>	<p>30 นาที / คลินิกหัวใจ ล้มเหลว</p>

	<p>ทักษะการตัดสินใจอย่างระบอบและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการตัดสินใจ และมีการตัดสินใจจัดการปัญหาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ใช้เวลา 20 นาที</p> <p>3) การใช้แหล่งข้อมูล (Utilize resources) ในขั้นตอนนี้จะเป็นการแนะนำแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย รวมทั้งขั้นตอนในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลอย่างเป็นรูปธรรม เข้าใจง่าย ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญ จำเป็น หลากหลาย เพื่อให้ผู้ป่วยมีทางเลือกในการเข้าสืบค้นในกรณีที่ต้องการข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจแก้ไขปัญหา</p> <p>4) การเป็นหุ้นส่วนทางสุขภาพ (Forming of patient/healthcare provider Partnership) ในขั้นตอนนี้จะเน้นให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตระหนักถึงความสำคัญของภาวะสุขภาพตนเอง โดยฝึกให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมหรือเป็นหุ้นส่วนทางสุขภาพร่วมกับทีมสุขภาพ ได้แก่ การให้ข้อมูลด้านสุขภาพ การร่วมวางแผนการดูแลรักษาหรือร่วมตัดสินใจแนวทางในการดูแลรักษา กับทีมสุขภาพ</p> <p>5) การลงมือปฏิบัติ (Taking action) ซึ่งในขั้นตอนนี้เป็นการฝึกวางแผนปฏิบัติระยะสั้น โดยพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษาในการวางแผน ซึ่งแผนที่วางจะต้องสามารถทำได้จริง ง่ายต่อการทำให้ประสบความสำเร็จ การปฏิบัติควรเริ่มจากการห้วงผลระยะสั้นก่อน แล้วค่อยขยายระยะเวลา ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยประสบผลสำเร็จและมีกำลังใจในการจัดการตนเองเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียม</p> <p>6) การปรับแนวทางปฏิบัติให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล (Self-tailoring) ในระยะนี้เป็นการประเมินผลในสัปดาห์ที่ 4 หลังจากการลงมือปฏิบัติ เพื่อการปรับปรุงแก้ไขกิจกรรมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย อันนำไปสู่การจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพส่งผลให้เกิดการปรับพฤติกรรมอย่างเหมาะสม</p>	
การประเมินผล	<p>การประเมินผลในสัปดาห์ที่ 1 พบว่าผู้ป่วยให้ความสนใจและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นอย่างดี จากการซักถามก่อนเริ่มกิจกรรม พบว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีการรับรู้เกี่ยวกับการบริโภคเกลือโซเดียมไม่ถูกต้อง เช่น อาการที่มีเกลือโซเดียมสูงคืออาหารที่รสเค็มเท่านั้น และผู้ป่วยบางส่วนประสบกับอุปสรรคในการ</p>	

	ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคเกลือโซเดียมในชีวิตประจำวัน เช่น ไม่กลับบอกแม่ค้าให้งดเติมผงชูรสเพราะว่าเกรงใจ ไม่มีเวลาในการจัดเตรียมอาหารด้วยตนเอง ต้องรับประทานอาหารร่วมกับคนอื่น เป็นต้น	
สัปดาห์ที่ 2	<p>กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมการโทรศัพท์ติดตามที่บ้านครั้งที่ 1 เพื่อประเมินการรับรู้ ความเข้าใจ ให้กำลังใจ และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยจากการลงมือปฏิบัติตามแผนที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตระหนักถึงความสำคัญของภาวะสุขภาพตนเอง มีขั้นตอนดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) พยาบาลกล่าวทักทาย ซักถาม และพูดคุยเรื่องทั่ว ๆ ไป และชี้แจงเกี่ยวกับกิจกรรมให้ผู้ป่วยทราบ 2) ผู้วิจัยทบทวนความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำ แนวทางการเลือกรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำ การอ่านฉลากโภชนาการ 3) เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ให้กำลังใจ ชื่นชมในความตั้งใจในการปฏิบัติตามแผน กระตุ้นเตือนผู้ป่วยให้ตระหนักถึงความสำคัญของการมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำ 	ใช้เวลา 15 น. าทิ / ที่บ้านผู้ป่วย
การประเมินผล	การประเมินผลในสัปดาห์ที่ 2 พบว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการตอบรับการติดตามทางโทรศัพท์ และมีการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับเมนูอาหารที่ยังไม่มั่นใจว่าเมนูอื่นไหนมีเกลือมากหรือเกลือ น้อย และผู้ป่วยบางรายสามารถปรับเปลี่ยนแนวทางในการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สำหรับการปรุงอาหารโดยมีการอ่านฉลากก่อนตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์นั้นๆมากขึ้น	
สัปดาห์ที่ 3	<p>กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมการโทรศัพท์ติดตามที่บ้านครั้งที่ 2 เพื่อประเมินการรับรู้ ความเข้าใจ และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยจากการลงมือปฏิบัติตามแผนที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตระหนักถึงความสำคัญของภาวะสุขภาพตนเอง มีขั้นตอนดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) พยาบาลกล่าวทักทาย ซักถาม และพูดคุยเรื่องทั่ว ๆ ไป และชี้แจงเกี่ยวกับกิจกรรมให้ผู้ป่วยทราบ 	ใช้เวลา 15 น. าทิ / ที่บ้านผู้ป่วย

	<p>2) ผู้วิจัยทบทวนความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือโซเดียม แนวทางการเลือกรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำ การอ่านฉลากโภชนาการเพื่อตรวจสอบปริมาณเกลือโซเดียมในผลิตภัณฑ์</p> <p>3) เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ให้กำลังใจ ชื่นชมในความตั้งใจในการปฏิบัติตามแผน กระตุ้นเตือนผู้ป่วยให้ตระหนักถึงความสำคัญของการมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมที่เหมาะสม</p>	
การประเมินผล	<p>การประเมินผลในสัปดาห์ที่ 3 ผู้ป่วยให้ความสนใจและให้ความร่วมมือในการตอบรับการโทรศัพท์ติดตามครั้งที่ 2 และมีการสอบถามเป็นระยะๆ และมีการแชร์ประสบการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับแนวทางในการรับประทานอาหาร และการจัดการตนเองเมื่อต้องออกไปรับประทานอาหารนอกบ้าน หรือรับประทานอาหารร่วมโต๊ะกับคนอื่น</p>	
สัปดาห์ที่ 4	<p>กิจกรรมที่ 9 การประเมินผลและการปรับแนวทางปฏิบัติให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล (Self-tailoring) ผู้วิจัยพบผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตำรวจ โดยดำเนินการดังต่อไปนี้</p> <p>1) กล่าวทักทาย ซักถาม และพูดคุยเรื่องทั่วไป และชี้แจงเกี่ยวกับกิจกรรมให้ผู้ป่วยทราบในระยนี้จะเป็นการประเมินผลหลังจากการลงมือปฏิบัติตามแผนระยะสั้น เพื่อการปรับปรุงแก้ไขกิจกรรมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย อันนำไปสู่การจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพส่งผลให้เกิดการปรับพฤติกรรมอย่างเหมาะสมใช้เวลา 15 นาที รวมถึงเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ให้กำลังใจ ชื่นชมในความตั้งใจในการปฏิบัติตามแผนของผู้เข้าร่วมกลุ่มทดลอง</p> <p>2) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองในการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวใช้เวลา 15 นาที</p> <p>3) ผู้วิจัยได้นัดหมายผู้ป่วยมาเพื่อติดตามความก้าวหน้าทีแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลตำรวจ ในสัปดาห์ที่ 5</p>	<p>20 นาที/ คลินิก โรคหัวใจ ล้มเหลว</p>
การประเมินผล	<p>การประเมินผลในสัปดาห์ที่ 4 ผู้ป่วยให้ความร่วมมือและสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรม มีการแลกเปลี่ยนและแชร์ประสบการณ์ในการ</p>	

	จัดการตนเองในเรื่องการรับประทานอาหารขณะที่อยู่ที่บ้านหรือ ขณะที่ต้องออกจากบ้านเพื่อไปทำงาน	
--	---	--

ขั้นที่ 3 ขั้นประเมินผลการทดลอง

สัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลตำรวจ ใช้เวลา 30 นาที โดยดำเนินการดังต่อไปนี้

1) กล่าวทักทาย ชักถาม และพูดคุยเรื่องทั่ว ๆ ไป และชี้แจงเกี่ยวกับกิจกรรมให้ผู้ป่วยทราบ และผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว หลังการทดลอง รวมถึงเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยให้กำลังใจ ชื่นชมในความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อปรับพฤติกรรมควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้เข้าร่วมการวิจัยกลุ่มทดลอง

2) ผู้วิจัยแจ้งให้ทราบว่าสิ้นสุดการวิจัย กล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยกลุ่มทดลอง และเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นในการทำวิจัยครั้งนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตทำการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งนัดหมายวัน และเวลาที่ใช้ในการทดลอง โดยมีการจัดกิจกรรมทุกวันพุธของสัปดาห์ในช่วงระยะเวลา 11.00-17.00 น. เนื่องจากช่วงระยะเวลาดังกล่าวเป็นช่วงของการเปิดให้บริการของคลินิกสำหรับผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตำรวจ เพื่อไม่ให้ส่งผลกระทบต่อกิจกรรมการดูแลรักษาพยาบาลตามปกติ

2. ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลตำรวจ รหัสโครงการ Sq060118/63 ลงวันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มงานพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจเพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย แผนการดำเนินการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

3. หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจล้มเหลว ได้มีการแนะนำผู้วิจัยให้พบกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่คลินิกผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตำรวจ พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยกล่าวแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ และเชิญชวนให้เข้าร่วม

โครงการวิจัย โดยการอธิบายรายละเอียดการวิจัย วัตถุประสงค์ ระยะเวลาและขั้นตอนการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยจนเข้าใจ และผู้วิจัยขอการยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ และการขอศึกษาข้อมูลเวชระเบียน หากกลุ่มตัวอย่างสนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4. หลังจากได้รับการยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจัดให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติเหมือนกันในด้าน เพศ และระดับความรุนแรงของโรค ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยจัดกลุ่มตัวอย่าง 24 คนแรกเข้ากลุ่มควบคุมก่อนแล้วจึงจัดกลุ่มตัวอย่าง 24 คนหลังเข้ากลุ่มทดลอง

5. ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้ตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (Pre-test) โดยผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม และพร้อมเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามเกี่ยวกับแบบสอบถามและขั้นตอนการวิจัย ได้ตลอดเวลาจนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างกรอกแบบสอบถามเสร็จสิ้น

6. กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่โรงพยาบาลจำนวน 2 ครั้ง การติดตามทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

7. ผู้วิจัยประเมินการจัดการทดลองโดยใช้แบบสอบถามการจัดการตนเองในกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 4

8. ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (Post-test) ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 5 และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนของการทำวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโดยก่อนเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลตำรวจ เพื่อพิจารณาอนุมัติ ภายหลังจากที่ได้รับการอนุมัติหนังสือให้เก็บข้อมูล รหัสโครงการ Sq060118/63 ลงวันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูล พิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยรายละเอียดในใบพิทักษ์สิทธิมีองค์ประกอบดังนี้

1. ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะแนะนำตนเองกับผู้เข้าร่วมวิจัย ชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยโดยสังเขป
2. การขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ และสามารถถอนตัวออก

จากการวิจัยได้ตลอดเวลา หากต้องการยกเลิกก่อนการสิ้นสุดการวิจัยและจะไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลของผู้เข้าร่วมวิจัย

3. ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถซักถามข้อสงสัยก่อนตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย หากผู้ร่วมวิจัยต้องการทราบรายละเอียดของผลการวิจัย ผู้วิจัยยินดีให้รายละเอียดตามที่ต้องการ ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถแสดงความคิดเห็นหรือชี้แจงกับผู้วิจัยได้ ถ้าผู้เข้าร่วมวิจัยยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย (Informed consent form) และเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยผู้วิจัยใช้รหัสแทนชื่อจริงในผู้ร่วมวิจัยแต่ละราย การนำเสนอข้อมูลเป็นการนำเสนอโดยภาพรวมของกลุ่มประชากร

การวิเคราะห์ข้อมูล

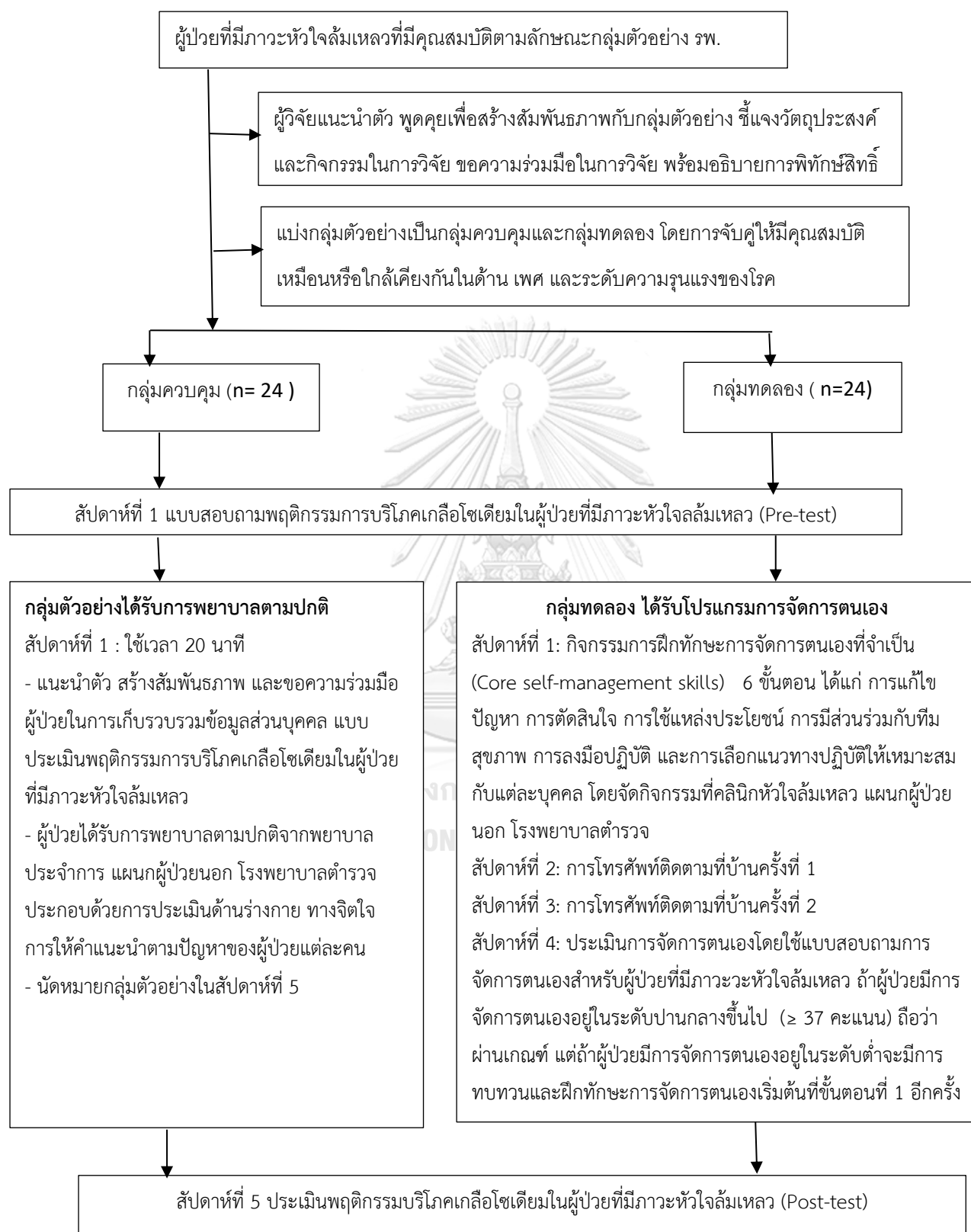
วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS (Statistical package for the social science for windows) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระดับ Functional Heart Classification โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Independent t-test

สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



รูปภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง และเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงอายุระหว่าง 30-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาจากแพทย์อย่างน้อย 6 เดือน ที่มีระดับ NYHA Class I-III มีสติสัมปชัญญะการรับรู้ดี อ่านออกเขียนได้ สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 48 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 24 คน และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองจำนวน 24 คน โดยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ ในรูปตารางประกอบการบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=24)		กลุ่มทดลอง (n=24)		รวมทั้งหมด (n=48)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	17	70.8	17	70.8	34	70.8
หญิง	7	29.2	7	29.2	14	29.2
Chi-Square 8.3, df=1, p=.004						
อายุ						
40-44 ปี	1	4.2	2	8.4	3	6.3
45-49 ปี	6	25	4	16.7	10	20.7
50-54 ปี	9	37.6	8	33.2	16	33.5
55-59 ปี	8	33.2	10	41.7	19	39.5
Chi-Square 17.8, df=16, p=.33						
สถานภาพสมรส						
โสด	6	25.0	6	25.0	12	25.0
สมรส	16	66.7	12	50.0	28	58.3
หย่า/แยก	-	-	3	12.5	3	6.3
หม้าย	2	8.3	3	12.5	5	10.4
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้ศึกษา	-	-	-	-	-	-
ประถมศึกษา	5	20.8	8	33.3	13	27.1
มัธยมศึกษา	7	29.2	8	33.3	15	31.1
อนุปริญญา	3	12.5	-	-	3	6.4
ปริญญาตรี	9	37.5	3	12.5	12	25.0
สูงกว่าปริญญาตรี	-	-	5	20.9	5	10.4

(ต่อ) ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=24)		กลุ่มทดลอง (n=24)		รวมทั้งหมด (n=48)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน						
น้อยกว่า 15,000 บาท	12	50.0	9	23.9	21	43.8
15,000-30,000 บาท	6	25.0	8	41.7	14	29.2
30,001-40,001 บาทขึ้นไป	6	25.0	7	34.4	13	27
ระดับความรุนแรงของโรค						
Class 1	8	33.3	8	33.3	16	33.3
Class 2	9	37.5	9	37.5	18	37.5
Class 3	7	29.2	7	29.2	14	29.2
Chi-Square .37, df=2, p=.82						

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้ทำการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้มีลักษณะคล้ายคลึงกันทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในเรื่องเพศ อายุ ระดับการศึกษา และระดับความรุนแรงของโรค โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 70.8 มีอายุอยู่ระหว่าง 55-59 ปี จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 39.5 กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษามากที่สุด จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 31.1 รองลงมาคือระดับประถมศึกษาจำนวน 13 คน และระดับปริญญาตรี จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 27.1 และ 25 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 58.3 รองลงมามีสถานภาพสมรสโสดจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 25 ซึ่งส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 15,000 บาท จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 29.2 รองลงมามีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 15,000-30,000 บาท จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 29.2 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ใน class 2 จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 37.5 รองลงมาคือ class 1 และ class 2 จำนวน 16 คน และ 14 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 และ 29.2 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ก่อนและหลังทดลองทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังการทดลอง ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N=48) โดยใช้สถิติ Paired t-test

พฤติกรรมการบริโภค					
เกลือโซเดียม	\bar{x}	SD	df	t	p-value
กลุ่มควบคุม (n=24)					
หลังการทดลอง	46.54	2.85	23	2.39	.025
ก่อนการทดลอง	45.08	3.52			
กลุ่มทดลอง (n=24)					
หลังการทดลอง	66.29	11.13	23	11.66	.000
ก่อนการทดลอง	46.42	6.37			

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า ในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมก่อนการทดลองเท่ากับ 45.08 (SD 3.52) และหลังการทดลองเท่ากับ 46.54 (SD 2.85) เมื่อเปรียบเทียบด้วย Dependent t-test พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลปกติมีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=-2.399$, $df=23$, $p = .025$) โดยพบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวสูงกว่าก่อนการทดลอง นั่นคือผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมภายหลังการทดลองเหมาะสมกว่าก่อนการทดลอง

ในส่วนของกลุ่มทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเท่ากับ 46.42 (SD 6.37) และ 66.29 (SD 11.13) ตามลำดับ 85) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบด้วย Dependent t-test พบว่าในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t= 11.664$, $df= 23$, $p=.000$)

โดยหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวสูงกว่าก่อนการทดลอง นั่นคือผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมภายหลังการทดลองเหมาะสมกว่าก่อนการทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง.

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหลังการทดลองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test (N=48)

พฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียม	\bar{x}	SD	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง (n=24)	46.42	6.37	46	.89	.375
กลุ่มควบคุม (n=24)	45.08	3.52			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง (n=24)	66.09	11.34	46	7.27	.000
กลุ่มควบคุม (n=24)	47.52	5.63			

จากตารางที่ 3 พบว่าก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มทดลองเท่ากับ 46.42 (SD=6.37) กลุ่มควบคุมเท่ากับ 45.08 (SD=3.52) เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติด้วย Independent t-test พบว่าก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($t=.89$, $df=46$, $p=.375$) และหลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มทดลองเท่ากับ 66.09 (SD 11.34) กลุ่มควบคุมเท่ากับ 47.52 (SD 5.63) เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติด้วย Independent t-test พบว่าหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=7.27$, $df=46$, $p=.000$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมสูงกว่ากลุ่มควบคุม

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest with nonrandom control group design)

กลุ่มควบคุม คือผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มทดลอง คือผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งเพศชายและหญิงอายุ 30-59 ปี ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาจากแพทย์อย่างน้อย 6 เดือน มีระดับ NYHA Class I-III (American Heart Association, 2017) และเข้ารับบริการการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจล้มเหลว แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตำรวจ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 24 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม IBM SPSS Statistics version 22 กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระดับ Functional Heart Classification โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Independent t-test.

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 70.8 มีอายุเฉลี่ย 52 ปี มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 58.3 หนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพข้าราชการบำนาญ คิดเป็นร้อยละ 31.3 และมากกว่าหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาอยู่ที่ระดับมัธยม คิดเป็นร้อยละ 31.3

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการจัดการตนเองเป็นโปรแกรมที่พัฒนามาจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig and Holman (2003) มาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมรวมกับการศึกษาดำรงและทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรมกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

ซึ่งแนวคิดนี้เป็นการเรียนรู้แบบใช้ปัญหาเป็นฐาน โดยการจัดการกับปัญหาเป็นวิธีการหลักในการพัฒนาทักษะที่จะนำมาใช้ในการจัดการตนเอง โดยการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อโรคและผลกระทบจากแผนการรักษา ซึ่งบุคคลต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ร่วมกับการสอนให้ผู้ป่วยเกิดทักษะพื้นฐานในการจัดการตนเองผ่านกระบวนการ 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การแก้ไขปัญหา

(Problem solving) คือการเรียนรู้และฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา 2) การตัดสินใจ (Decision making) คือการเรียนรู้และฝึกทักษะการตัดสินใจ 3) การใช้แหล่งข้อมูล (Utilize resources) คือการเรียนรู้ที่จะใช้แหล่งข้อมูลที่มีให้เกิดประโยชน์สูงสุด 4) การเป็นหุ้นส่วนทางสุขภาพ (Forming of a patient/health care provider partnership) คือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพ 5) การลงมือปฏิบัติ (Taking action) คือกระบวนการวางแผนและลงมือปฏิบัติตามแผน และ 6) การเลือกปฏิบัติด้วยตนเอง (Self-tailoring) คือกระบวนการประเมินผลการปฏิบัติและปรับแนวทางการปฏิบัติให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยการจัดการตนเองต้องกระทำร่วมกับบุคลากรด้านสุขภาพ เน้นการจัดการกับปัญหาที่ผู้ป่วยตระหนักเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง มีการฝึกทักษะที่จำเป็น และพัฒนาความสามารถเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเอง 3 ด้าน (three self-management tasks) คือ 1) การจัดการด้านการรักษา (medical management) ได้แก่ การมาตรวจตามนัด การรับประทานยาที่เหมาะสมกับโรค การออกกำลังกาย การจัดการอาการที่เป็นภาวะแทรกซ้อนจากโรค และการสื่อสารกับบุคลากรด้านสุขภาพ 2) การจัดการด้านบทบาท (role management) ได้แก่ บทบาทการเป็นผู้ป่วย และบทบาททางสังคม และ 3) การจัดการด้านอารมณ์ (emotional management) ได้แก่ การจัดการกับความเครียด การจัดการกับความวิตกกังวล และความรู้สึกไม่แน่นอน ที่จะนำไปสู่การควบคุมโรค ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ดีขึ้น

โปรแกรมการจัดการตนเองในการบริโภคเกลือโซเดียมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยวิธีการพัฒนาการจัดการตนเองผ่านการให้ความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะที่จำเป็น (Core self-management skills) 6 ขั้นตอน ได้แก่ การแก้ไขปัญหา การตัดสินใจ การใช้แหล่งข้อมูล การเป็นหุ้นส่วนทางสุขภาพ การปฏิบัติ และการเลือกปฏิบัติด้วยตนเอง ระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยจัดกิจกรรมที่โรงพยาบาล 2 ครั้งใช้เวลา 30-45 นาที และโทรศัพท์เพื่อติดตามที่บ้าน 2 ครั้งใช้เวลา 10-15 นาที ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมต่างๆในโปรแกรมนี้อย่างนี้ โดยในสัปดาห์ที่ 1 มีการกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ประโยชน์และความสำคัญของพฤติกรรมบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และกิจกรรมฝึกทักษะการจัดการตนเองที่จำเป็น (Core self-management skills) 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การแก้ไขปัญหา (Problem solving) 2) การตัดสินใจ (Decision making) 3) การใช้แหล่งประโยชน์ (Utilize resource) 4) การมีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพ (Forming of a patient/health care Provider partnership) 5) การลงมือปฏิบัติ (Taking action) 6) การเลือกแนวทางปฏิบัติให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล (Self-tailoring) ในส่วนสัปดาห์ที่ 2,3 เป็นกิจกรรมการโทรศัพท์ติดตามที่บ้าน และในสัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมการประเมินผลและปรับแนวทางปฏิบัติให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล

ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวข้างต้นจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความมั่นใจ และสามารถจัดการในการดูแลตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พวงเพ็ชร สมทรัพย์สิน (2555) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) ผู้ป่วยภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองโดยรวมและรายด้านของกลุ่มทดลอง มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง และการศึกษาของ ปาจารย์ ศักดิ์วัลลภ (2555) ศึกษาผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่าผู้ป่วยภายหลังได้รับโปรแกรมมีค่าคะแนนมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการดูแลตนเอง และคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองในกลุ่มทดลอง พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมมีค่ามากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สว่างจิต คงภิบาล (2560) ได้ทำการศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองโดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมและพัฒนาการจัดการตนเองให้กับกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig and Holman (2003) ซึ่งผู้ป่วยจะสามารถจัดการตนเองได้โดยผู้ป่วยจะต้องมีทักษะต่างๆในกระบวนการจัดการตนเอง 6 ขั้นตอน โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจล้มเหลว แนวทางในการดูแลตนเองที่บ้าน และความรู้เกี่ยวกับ ควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียม ผ่านสื่อการเรียนรู้ ได้แก่ แผนการสอน คู่มือสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว วิดีทัศน์

ระกอบการเรียนรู้ มีการพูดโน้มน้าวเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียม มีการชี้ให้เห็นข้อดีและข้อเสียอย่างชัดเจน นอกจากนี้ยังมีขั้นตอนการโทรศัพท์เพื่อติดตามที่บ้าน เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สอบถามข้อสงสัย อีกทั้งผู้วิจัยมีการให้คำแนะนำชี้แนะแนวทาง และพูดคุยให้กำลังใจกับผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการเรียนรู้ อันนำไปสู่พฤติกรรมการจัดการตนเองทางด้านสุขภาพที่ดี จากการสังเกตและติดตามประเมินผล พบว่ากลุ่มทดลองมีความสนใจในกิจกรรมโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติได้ไม่ยาก และอยู่ในระยะเวลาที่เหมาะสม กิจกรรมมีความหลากหลายในแต่ละสัปดาห์ และกลุ่มตัวอย่างเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่สามารถประเมินได้อย่างชัดเจนจากแบบสอบถาม พฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียม อีกทั้งจากการประเมินผลโดยการสอบถามและเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองบอกว่าจะมีความมั่นใจในการจัดการตนเองและสามารถควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมได้ดีขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง ในส่วนของกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตำรวจ ได้รับความรู้และคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยทั่วไป ยังไม่มีกระบวนการหรือขั้นตอนการเน้นย้ำในส่วนของควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมอย่างชัดเจน ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความรู้และไม่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมเท่าที่ควร ส่งผลให้เมื่อผู้ป่วยต้องกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านและการดำเนินชีวิตประจำวันในสังคม ทำให้พฤติกรรมจัดการตนเองเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมไม่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสมกับสภาวะโรคที่เป็น ส่งผลให้เมื่อประเมินค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติมีระดับต่ำกว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

สรุปได้ว่า โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยผู้วิจัยจัดให้กลุ่มทดลองมีกิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเองอย่างเป็นระบบผ่านกระบวนการฝึกทักษะการจัดการตนเองเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมจัดการตนเองในการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมสูงขึ้นกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการจัดการตนเองของ ทอธิบายไว้ว่าการปฏิบัติควรเริ่มจากการหวังผลระยะสั้นก่อนแล้วค่อยขยายระยะเวลา ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยประสบผลสำเร็จและมีความสนใจในการจัดการตนเอง เนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปฏิบัติจนประสบผลสำเร็จได้นั้นผู้ป่วยจะต้องมีความเชื่อมั่นในตนเองหรือเกิดสมรรถนะแห่งตนว่าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ (Lorig & Holman, 2003) ดังนั้นการจัดการตนเองผ่านกระบวนการดังกล่าวข้างต้นจะนำไปสู่การจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศมีการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างกว้างขวางทั้งใน

ประเทศไทยและต่างประเทศ ซึ่งการจัดโปรแกรมการให้ความรู้และให้การพยาบาลที่มุ่งเน้นเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าการจัดการตนเองที่ดีมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น การศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจลำบาก ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะเวลา 4 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ลดาวลีย์ ฤทธิกล้า, 2555) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นารี อินทรศักดิ์ (2558) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและอาการทางคลินิกในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะเวลา 4 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการศึกษาของ Wright et al. (2003) ได้ทำการศึกษาการจัดการตนเองในโปรแกรมการจัดการ โรคหัวใจล้มเหลว โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมกลุ่มการสอน 3 ครั้ง ผู้ป่วยจะได้รับแบบบันทึกน้ำหนักประจำวันได้รับการเยี่ยมจากพยาบาลที่เชี่ยวชาญโรคหัวใจล้มเหลวและการดูแลเกี่ยวกับยาเป็นเวลา 12 เดือน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้ในการจัดการตนเอง และมีพฤติกรรมการชั่งน้ำหนักตัวและการบันทึกน้ำหนัก ตัวเป็นประจำมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

ดังนั้นจะเห็นได้ชัดเจนว่าแนวคิดการจัดการตนเองถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมหรือโปรแกรมในการดูแลผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องการการดูแลที่มีความซับซ้อนและมีความต่อเนื่องที่บ้าน ดังนั้นการจัดการตนเองจึง เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการจัดการตนเองในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้เหมาะสมตามสภาวะสุขภาพจากการกระทำความสามารถกระบวนการและกลยุทธ์ของบุคคลในการจัดการตนเองเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน และหากทีมสุขภาพเป็นผู้ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง กระตุ้นให้ผู้ป่วยยอมรับและปฏิบัติตามแผนการรักษา จะช่วยพัฒนาความสามารถให้กับผู้ป่วย และเสริมแรงให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการจัดการตนเองได้อย่างต่อเนื่อง อันจะนำไปสู่ความสามารถในการจัดการตนเองและพัฒนาไปสู่พฤติกรรมที่ดีทางสุขภาพ ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการจัดการตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีและคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับโปรแกรมจัดการตนเองมีพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมที่ดีขึ้นและดีกว่าการพยาบาลตามปกติ ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลควรตระหนักและให้ความสำคัญในการนำแนวคิดการจัดการตนเองมาประยุกต์ใช้

ในกระบวนการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ทักษะในการจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันนำไปสู่การมีพฤติกรรมจัดการตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดี ลดการกลับกำเริบ ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและมีการติดตามผลในระยะยาว เพื่อให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่เหมาะสม และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดี
2. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมด้านอื่นๆ เช่น การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนักตัว การรับประทานยา เป็นต้น
3. ควรมีการศึกษาและประยุกต์ใช้เทคโนโลยีและโซเชี่ยลมีเดียในโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่ออำนวยความสะดวกและเป็นการนำแหล่งประโยชน์มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสม

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	สถานที่ทำงาน
1. ผศ. พญ. ศิริัญญา ภูวนันท์	ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. อาจารย์ ดร. นิสกร วิบูลชัย	ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ รองผู้อำนวยการวิทยาลัย วิทยาลัยพยาบาลศรี มหาสารคาม
3. อาจารย์ ดร.ธิดา ทองวิเชียร	สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพชุมชน โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
4. นางสาวลัดดาวัลย์ ไกรรักษ์	พยาบาลประสานงานและเชี่ยวชาญผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
5. นางอรุณประไพ บัวพันธุ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการอายุรศาสตร์หัวใจ สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130
 ที่ อว 64.11 / 1240 วันที่ 29 สิงหาคม 2562
 เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวดาวเรือง ช่างศรี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ศ.อ.หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ศิริัญญา ภูวนันท์ อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่มีสิทธิสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้


 (รองศาสตราจารย์ ดร.ระพีณ ผลสุข) (ชื่อย่อ)
 คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
 อาจารย์ที่ปรึกษา
 ที่ต้นสังกัด

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ศิริัญญา ภูวนันท์
 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ศ.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151
 นางสาวดาวเรือง ช่างศรี โทร. 08-2779-9297

ที่ ๘๖ 64.11/ 12*8



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชัย ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

29 สิงหาคม 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โตรางวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวดาวเรือง ช่างศรี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ศ.อ.หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร.นิสากร วิบูลย์ รองผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

นิสิต

อาจารย์ ดร.นิสากร วิบูลย์

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ศ.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151

นางสาวดาวเรือง ช่างศรี โทร. 08-2779-9297

ที่ ยว 64.11/ 1219



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศัลยพรหม ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

29 สิงหาคม 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวดาวเรือง ยางศรี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ศ.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร.ธิดา พงษ์วีเชียร อาจารย์พยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

emw dan
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้อำนวยการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

รียนนิสิต

อาจารย์ ดร.ธิดา พงษ์วีเชียร

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ศ.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151

นางสาวดาวเรือง ยางศรี โทร. 08-2779-9297

ที่ อว 64.11/ 1221



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศทรรณ ชื่น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๙ สิงหาคม 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวดาวเรือง ยางศรี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ว.ศ.อ.หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวลัดดาวัลย์ ไกรวัณห์ พยาบาลประสางานและศัลยกรรมผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวและเครื่องเวช ศูนย์โรคหัวใจ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรากรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อ นิสิต

นางสาวลัดดาวัลย์ ไกรวัณห์

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ว.ศ.อ.หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151

นางสาวดาวเรือง ยางศรี โทร. 08-2779-9297

ที่ ยว 64.11/ 1220



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศุภวรรณ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

29 สิงหาคม 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวศรเวียง ยางศรี นิสิทธิ์ขึ้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ด.อ.หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางอรุณประไพ บัวพันธุ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ APN อาวุธศาสตร์หัวใจ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิทธิ์สร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ส่วนวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
วิจัยอิสระ

นางอรุณประไพ บัวพันธุ์
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ด.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151
นางสาวศรเวียง ยางศรี โทร. 08-2779-9297

ภาคผนวก ข

เอกสารการขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ 186
 วันที่ 9 มิ.ย. 62
 เวลา 16.30 น.
 ผู้รับ ทศพร

เรื่อง ขอนำหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน คณบดี

ข้าพเจ้า นางสาวดาวเรือง ช่างศรี รหัสประจำตัว 6077303636 นิสิตสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ที่อยู่ปัจจุบัน หอพักพยาบาลที่ 1 โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อ. สุรนันทน์ แขวงคลองเตย เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร 10110 โทรศัพท์มือถือ: 082-7799297 Email: tuksiga_dao@yahoo.com

หัวข้อวิทยานิพนธ์ที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)
ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อเครื่องมือ แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
- ชื่อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
- ชื่อเจ้าของเครื่องมือ นางสาวจริญญา คมเชียบ
- ปีของวิทยานิพนธ์ 2556

ลงนาม ดาวเรือง ช่างศรี ผู้ยื่นคำร้อง
(ร.ร. ดาวเรือง ช่างศรี)
22 / มิ.ย. / 62

ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ <u>ผศ.ดร.สุวิมล งามศิริกร</u> <u>ทศพร</u> ลงนาม <u>ทศพร</u> <u>เลขที่ 100.100.100.100</u> <u>มิ.ย. 62</u>	ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ <u>อ.ดร.ดาวเรือง</u> <u>ทศพร</u> ลงนาม <u>ทศพร</u> <u>เลขที่ 100.100.100.100</u> <u>มิ.ย. 62</u>
--	---

อนุญาต

ทศพร ทศพร

(รองศาสตราจารย์ ดร. รามรณ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

10 มิ.ย. 62

9 มิ.ย. 62
ทศพร
10 มิ.ย. 62

ที่ ยว 64.11/ กษ



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศุภพรชน ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

15 สิงหาคม 2562

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เนื่องด้วย นางสาวดาวเรือง ช่างศรี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ศ.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัยเพื่อแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของละครโรคและโฮมเมม จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ของนางสาวอิศราวิทย์ ทนชัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (2555) โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประทุม สร้อยวงค์ เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรณัน ชิตวณิช)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ชัชวาล
ชิตวณิช

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ศ.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151
นางสาวดาวเรือง ช่างศรี โทร. 08-2779-9297

Dear Ms. Nancy Albert Ph.D., MSN, RN,

I hope this mail finds you well. My name is Daoruang Yangsri, a master's student of the Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Thailand. I am developing the thesis entitled, "The effect of a self-management program on sodium consumption restriction behavior among heart failure patient". The purpose of the study is to develop the self-management program for promoting sodium consumption restriction behavior among the heart failure patient.

I am interested in your tool as found in "17-items The Low Sodium Eating Behavior Scale" which you developed to measure of perceived diet self-efficacy in heart failure patients. Therefore, I am writing this email to ask for your permission to use the tool in my thesis. This tool has to translate into Thai language and test validity and reliability. If the translation tool, some questions have to change the words to fit the context of Thailand. It will be posted to you.

I mostly appreciate for your kind consideration and look forward to hearing from you.

Sincerely Yours,

Daoruang Yangsri

RE: [EXT] To ask for your permission to use the tool for Thesis 2

Yahoo/Inbox



Albert, Nancy <albertn@ccf.org>
To: Daoruang Yangsri

Tue, Aug 13, 2019 at 3:30 AM

My tool was adapted from the following reference. Please contact the original author for permission.

- Sallis et al. *Health Education Research* 1988;3:283.

If you cannot find the paper or the author, let me know. Nancy



Cleveland Clinic

Nancy Albert PhD, CCNS, CHFN, CCRN, NE-BC, FAHA, FCCM, EFHS, FAAN | Associate Chief Nursing Officer - Research and Innovation, Cleveland Clinic Health System & CNS - Kaufman Center for Heart Failure, Heart and Vascular Institute

Cleveland Clinic | 9500 Euclid Ave., Mail code J3-4 | Office: T4-04 | Cleveland, OH 44195 | (216) 444-7628 | Fax: (216) 443-1776 | albertn@ccf.org



● **Sallis, Jim** <jsallis@ucsd.edu>

To: Daoruang Yangsri



Thu, Aug 15, 2019 at 1:02 AM



Hello

Thanks for your interest in this measure. You are welcome to translate, adapt, and use it. We are open to posting your adapted measure on the website, identifying you as the contact person.

Best wishes with your study.

jim

James F. Sallis, Ph.D.

Distinguished Professor Emeritus of Family Medicine and Public Health. <http://behavioralmedicine.ucsd.edu/>

University of California, San Diego, MC 0631. 9500 Gilman Drive. La Jolla, CA 92093-0631

ph: 858-246-2783; fax 858-246-2780. Email: jsallis@ucsd.edu ; Website (updated May 2018): <http://sallis.ucsd.edu/>

Professorial Fellow, Australian Catholic University, Melbourne.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ค

เอกสารการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล





โรงพยาบาลตำรวจสำนักงานตำรวจแห่งชาติ
๔๐๒/๑ ถนนพระรามที่ ๑ เขตปทุมวัน
กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๓๐

เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม และวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

เลขที่หนังสือรับรอง ๓๓-๐๔/๒๕๖๓

ชื่อโครงการ/ภาษาไทย	ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคโซเดียมในผู้ป่วยที่มีการหัวใจล้มเหลว
ชื่อโครงการ/ภาษาอังกฤษ	The effect of selfmanagement program on sodium consumption behaviour among heart failure patients.
ชื่อหัวหน้าโครงการ/หน่วยงานที่สังกัด	นางสาว ดารวดี ยางศรี นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รหัสโครงการ	Sq00111863
สถานที่ทำการวิจัย	โรงพยาบาลตำรวจ
เอกสารรับรอง	๑. รายละเอียดโครงการวิจัย ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ (Version 1.0 Date 26 February 2020) (ฉบับภาษาไทย) ๒. เอกสารชี้แจงข้อมูลและเอกสารลงนามยินยอมฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ (Version 1.0 Date 26 February 2020) (ฉบับภาษาไทย) ๓. แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ (Version 1.0 Date 26 February 2020) (ฉบับภาษาไทย) ๔. ข้อตกลงวิจัย
รับรองโดย	คณะกรรมการการวิจัยจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ
วันที่รับรอง	๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓
วันที่หมดอายุ	๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔

คณะกรรมการการวิจัยจริยธรรม และวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ จัดตั้งและดำเนินการตาม Good Clinical Practice (GCP) และแนวทางจริยธรรมสากล กฎหมายและข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง

พอลตำรวจตรีหญิง.....

(ธนินทร สมนึก)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมและ วิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลตำรวจ



ที่ สข ๐๐๓๖ (จว)/๑๓๘

โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
๔๙๐/๑ ถนนพระรามที่ ๑ เขตปทุมวัน
กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๓๐

๑๐ มีนาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอส่งใบรับรองโครงการวิจัย
เรียน นกสว.สามเรื่อง ยาสหี
สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบรับรองโครงการวิจัย ๓ ฉบับ

ตามที่ท่านได้ส่งโครงการวิจัยเรื่อง "ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคสิ่งผิดกฎหมายในผู้ป่วยที่มีการเสพติด" ให้คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม และวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจพิจารณา

เนื่องจากการศึกษาดังกล่าวคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมและวิจัย โรงพยาบาลตำรวจ ได้พิจารณาแล้ว เห็นว่าโครงการได้มาตรฐานไม่ขัดต่อสวัสดิภาพ และภัยอันตรายแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย เห็นควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการที่เสนอมาได้ โดยอนุมัติเมื่อวันที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ และเมื่อโครงการวิจัย ดำเนินการแล้วเสร็จให้ผู้วิจัยส่งข้อมูลงานวิจัยทั้งฉบับสมบูรณ์พร้อมบทคัดย่อลงในแผ่น CD ให้โรงพยาบาลตำรวจต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

พลตำรวจตรีหญิง (ธนิษฐ สมนึก)

นายแพทย์ (สบ ๖) โรงพยาบาล/
ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลตำรวจ

กองบังคับการอำนวยการ
ฝ่ายฝึกอบรม สำนักงานแพทยศาสตรศึกษา
โทร. ๐ ๒๖๕๒ ๕๐๓๕
โทรสาร ๐ ๒๖๕๒ ๕๐๓๕

ที่ ศร๐๐๓๖.๙/ ๒๕๖



โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
๔๔๒/๑ ถนนพระราม ๑ เขตปทุมวัน
กรุงเทพมหานคร ๑๐๑๑๐

๙ เมษายน ๒๕๖๓

เรื่อง ยินดีให้นิสิตรับดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตามหนังสือ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ ฮว ๖๔.๑๑/๑๕๔๖ ลงวันที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๒ เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตรับดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

โรงพยาบาลตำรวจ มีความยินดีให้ นางสาว คารวเรือง ช่างศรี นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำรงดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว” นั้น เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว

ขอแสดงความนับถือ

พันตำรวจเอกหญิง 
(ฐานิครา เมืองนารถ)

พยาบาล (สบ ๕) กลุ่มงานพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ
หัวหน้ากลุ่มงานพยาบาล

กลุ่มงานพยาบาล รพ.ตร.

เลขรับ 1919

วันที่ ๒๓ มี.ค. ๒๕๖๓

เวลา ๑๕.๑๗ น.

พน.กลุ่มงานพยาบาล รพ.ตร.

- ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

พล.ต.ต. วัฒน พงษ์พร

(ทวีศิลป์ เวชวิฑารณ์)

นพ.(สบ ๗) รพ.ตร.ปธ.พตร.

๒๓ มี.ค. ๒๕๖๓

หัวหน้าสายงานการพยาบาลอายุรกรรม ๑

- เพื่อทราบและแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบ
- ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

พ.ต.อ.หญิง

ศ. 12/๖๖๖

(ฐานิศรา เมืองนารถ)

พยาบาล (สบ ๕) กลุ่มงานพยาบาล รพ.ตร.

หัวหน้ากลุ่มงานพยาบาล

๒๕ มีนาคม ๒๕๖๓

นายแพทย์ (สบ.๘) ร.ด.ว.
ร.ด. 1806
รับ 20 มี.ค. 2562
ด.ว. 16.35 ๘๖๖ ๖๖



ที่ อว 64.11/154๖

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศทรราช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

11 พฤศจิกายน 2562

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้ผลิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย


เรียน นายแพทย์ใหญ่ (สบ.8) โรงพยาบาลตำรวจ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงการวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวดาวเรือง ยางศรี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ด.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ขอความอนุเคราะห์ให้ผลิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งเพศหญิงและเพศชายอายุระหว่าง 30-59 ปี ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 53 คน โดยใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว แบบสอบถามส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ทั้งนี้มีระยะเวลาประมาณหนึ่ง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวดาวเรือง ยางศรี ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


 (รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
 คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

นางสาวดาวเรือง
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ด.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151
นางสาวดาวเรือง ยางศรี โทร. 08-2779-9297

ภาคผนวก ง

เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ซึ่งผู้วิจัยจะดำเนินการตามขั้นตอนของการทำวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโดยก่อนเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลตำรวจ เพื่อพิจารณาอนุมัติ ภายหลังจากที่ได้รับการอนุมัติหนังสือให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูล พื้ทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยรายละเอียดในใบพิทักษ์สิทธิมีองค์ประกอบดังนี้

1. ก่อนจะดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะแนะนำตนเองกับผู้เข้าร่วมวิจัย ชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยโดยสังเขป
2. การขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ และสามารถถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา หากต้องการยกเลิกก่อนการสิ้นสุดการวิจัยและจะไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลของผู้เข้าร่วมวิจัย
3. ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถซักถามข้อสงสัยก่อนตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย หากผู้ร่วมวิจัยต้องการทราบรายละเอียดของผลการวิจัย ผู้วิจัยยินดีให้รายละเอียดตามที่ต้องการ ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถแสดงความคิดเห็นหรือชี้แจงกับผู้วิจัยได้ ถ้าผู้เข้าร่วมวิจัยยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย (Informed consent form) และเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล
4. ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยผู้วิจัยใช้รหัสแทนชื่อจริงในผู้ร่วมวิจัยแต่ละราย การนำเสนอข้อมูลเป็นการนำเสนอโดยภาพรวมของกลุ่มประชากร

หนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

(Consent Form)

โครงการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภค
เกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในหนังสือยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยหรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ซึ่งผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ และเข้าร่วมโครงการนี้โดยสมัครใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยไม่เสียสิทธิในการรักษาพยาบาลที่จะเกิดขึ้นตามมาในโอกาสต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูล เฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัย

การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้นและจะต้องได้รับคำยินยอมจากข้าพเจ้าเป็นลายลักษณ์อักษร

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ ที่มีสาเหตุจากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย และหรือจะมีการชดเชยค่าตอบแทน ตลอดจนเงินค่าทดแทนความพิการที่อาจเกิดขึ้นตามความเหมาะสม

ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้กำกับดูแลการวิจัย ผู้ตรวจสอบ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน และคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยา สามารถเข้าตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าเพื่อเป็นการยืนยันถึงขั้นตอนโครงการวิจัยทางคลินิก โดยไม่ล่วงละเมิดเอกสิทธิ์ ในการปิดบังข้อมูลของการสมัครตามกรอบที่กฎหมายและกฎระเบียบได้อนุญาตไว้

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในหนังสือยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในหนังสือยินยอมนี้ให้
 ข้าพเจ้าฟังจนจบเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามในหนังสือยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ
 ข้าพเจ้าสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ที่ นางสาวดาวเรือง ยางศรี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
 มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11 ถนน พระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
 กรุงเทพฯ 10330 โทร. 02 218 1130.

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 CHULALONGKORN UNIVERSITY

เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย	ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียม ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
ชื่อผู้วิจัย	นางสาวดาวเรือง ยางศรี
สถานที่ติดต่อ	หอพักพยาบาลที่ 1 โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ ถ. สุขุมวิท แขวงคลองเตย เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110 โทร. 082-7799297

เหตุผลที่ต้องการทำวิจัย เหตุผลที่ได้รับเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัย

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆของประเทศไทย ในปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวให้หายขาดได้ แนวทางการดูแลผู้ป่วยจึงเน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับพยาธิสภาพของโรค เช่น การจำกัดน้ำ การออกกำลังกาย การรับประทานยาตามแผนการรักษา และการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมให้เหมาะสม ซึ่งถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมที่ไม่เหมาะสมจะส่งผลให้เกิดอาการกำเริบของโรค และเป็นสาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลร้อยละ 55 ซึ่งแนวทางในการดูแลดังกล่าวข้างต้นมีความจำเป็นและความสำคัญกับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อป้องกันอาการกำเริบของโรคและชะลอการดำเนินของโรค ถึงแม้ว่าจะมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับพยาธิสภาพของโรคแต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยยังไม่สามารถปรับพฤติกรรมด้านการรับประทานยาร้อยละ 40 พฤติกรรมจำกัดน้ำร้อยละ 27 พฤติกรรมออกกำลังกายร้อยละ 53.2 และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำร้อยละ ซึ่งผู้ป่วยจะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมไม่เกิน 2 กรัมต่อวัน แต่พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำพบเพียงร้อยละ 14 และจากการศึกษาในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรมในการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมได้ค่อนข้างต่ำ โดยพฤติกรรมที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้น้อยที่สุด คือ การจดบันทึกรายการอาหารเพื่อคำนวณปริมาณเกลือโซเดียมที่บริโภคในแต่ละวัน และการอ่านฉลากโภชนาการเพื่อดูปริมาณเกลือโซเดียมในอาหาร ดังนั้นจะเห็นว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำยังคงเป็นปัญหาสำคัญสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ดังนั้นหากผู้ป่วยมีพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมได้อย่างเหมาะสม จะช่วยลดอาการกำเริบของโรค และลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น.

วัตถุประสงค์ของโครงการ

เพื่อพัฒนารูปแบบโปรแกรมในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียม ซึ่งถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมที่ดี จะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถป้องกันการกลับกำเริบของโรค ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการกลับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ทั้งนี้ ย่อมส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจของประเทศชาติ กล่าวคือผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถกลับไปทำงานและใช้ชีวิตได้ตามปกติ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ขั้นตอนและกระบวนการทำวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในระยะเวลา 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบแผนการวิจัยวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ตามรูปแบบการวิจัยและแบบแผนการทดลองดังนี้

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงอายุระหว่าง 30-59 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างน้อย 6 เดือน ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงอายุระหว่าง 30-59 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างน้อย 6 เดือน ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง 1) ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงอายุระหว่าง 30-59 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างน้อย 6 เดือน ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2) ไม่มีข้อจำกัดด้านการสื่อสาร การได้ยิน การมองเห็น และสามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และได้รับความยินยอมจากแพทย์เจ้าของไข้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงอายุระหว่าง 30-59 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างน้อย 6 เดือน ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 48 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้กลุ่มละ 24 คน จับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุดในเรื่อง อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระดับความรุนแรงของโรค และทำการคัดเลือกจนครบ 24 คู่ ตามที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามโดยตรงกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15-20 นาที แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมการบริโภคอาหารเกลือโซเดียมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน โดยมีค่า CVI ของเครื่องมือ .82 และ .87 ตามลำดับ

กระบวนการให้ข้อมูลแก่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ผู้วิจัยจะเป็นผู้ให้ข้อมูลโดยตรงกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเกี่ยวกับรายละเอียดของการวิจัยวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนและวิธีการตอบแบบสอบถาม อธิบายการเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ หากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ผู้วิจัยจะอธิบายถึงการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ หากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยให้พิมพ์ลายนิ้วมือแสดงความยินยอมในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามให้ฟังแล้วผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเลือกข้อความตอบเอง

ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่เกิดความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ผลการวิจัยจะนำเสนอเฉพาะในเชิงวิชาการและจะไม่ทำความเสียหายต่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการทำวิจัย

1. เพื่อใช้เป็นรูปแบบมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีการจัดการตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค ลดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ภาคผนวก จ

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

- 1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
- 1.2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ส่วนที่ 2 เครื่องมือกำกับการทดลอง

- 2.1 แบบสอบถามการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง: โปรแกรมการจัดการตนเอง

ประกอบด้วยสื่อต่าง ๆ ดังนี้

- แผนการสอนเรื่องการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
- คู่มือสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
- แบบบันทึกการบริโภคอาหารและตารางปริมาณเกลือโซเดียมในอาหาร
- Power point เพื่อประกอบการให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียม
- ตัวอย่างบทสนทนาทางโทรศัพท์
- วิดีทัศน์เรื่องการจัดการตนเองเพื่อพฤติกรรมควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่.....

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ หน้าคำตอบที่ท่านเลือกและ/ หรือกรอกข้อความลงในช่องว่าง

1. อายุ.....ปี (จำนวนปีเต็ม)
2. เพศ
☐ ชาย ☐ หญิง
3. สถานภาพสมรส
☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่าร้าง ☐ หม้าย
4. ระดับการศึกษา
☐ ระดับประถมศึกษา ☐ ระดับมัธยมศึกษา ☐ ระดับอนุปริญญา
☐ ระดับปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี ☐ ไม่ได้รับการศึกษา
5. อาชีพ
☐ รับจ้างทั่วไป ☐ เกษตรกร ☐ ข้าราชการบำนาญ/วิสาหกิจ
☐ แม่บ้าน/พ่อบ้าน ☐ อื่น ๆ.....
6. รายได้.....บาทต่อเดือน
7. ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว
☐ ระดับที่ 1 สามารถทำกิจกรรมทั่วไปได้ตามปกติ ไม่มีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น หายใจลำบาก เจ็บหน้าอก
☐ ระดับที่ 2 สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ แต่จะมีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น หายใจลำบาก เจ็บหน้าอก จะรู้สึกดีขึ้นเมื่อได้พัก
☐ ระดับที่ 3 สามารถทำกิจกรรมมีออกแรงน้อยกว่ากิจกรรมตามปกติ จะมีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น หายใจลำบาก เจ็บหน้าอก แต่จะรู้สึกดีขึ้นบ้างเมื่อได้พัก
☐ ระดับที่ 4 ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ มีอาการเหนื่อยแม้ขณะพัก
8. โรคร่วมหรือโรคประจำตัวอื่นๆ.....

1.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากน้อยเพียงใด

มากที่สุด	หมายถึง	ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ มากที่สุด
มาก	หมายถึง	ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ มาก
ปานกลาง	หมายถึง	ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ น้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ไม่ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เลย

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในข้อความที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด

ข้อความ	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
1. ท่านรับประทานผักสด แทนขนมปัง ข้าว และขนมขบเคี้ยวอื่น ๆ					
2. ท่านลดปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มที่มีเกลือโซเดียมผสม					
3. ท่านเติมเกลือ/ผงชูรส/น้ำปลา/ซีอิ๊ว ในอาหารลดลง					
4. ท่านรับประทานถั่วลิสงอบ มันฝรั่ง และขนมปังอบต่าง ๆ ที่ไม่ใส่เกลือโซเดียม					
-					
-					
-					
-					
-					
-					
-					
17.					

ส่วนที่ 2 เครื่องมือกำกับการทดลอง

2.1 แบบสอบถามการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ตรงกับกรปฏิบัติของท่านมากน้อยเพียงใด

ข้อความ

ความหมาย

ไม่ปฏิบัติเลย

ไม่ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เลย

ปฏิบัตินานๆครั้ง

ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ น้อย

ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง

ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ มาก

ปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้ง

ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ มากที่สุด

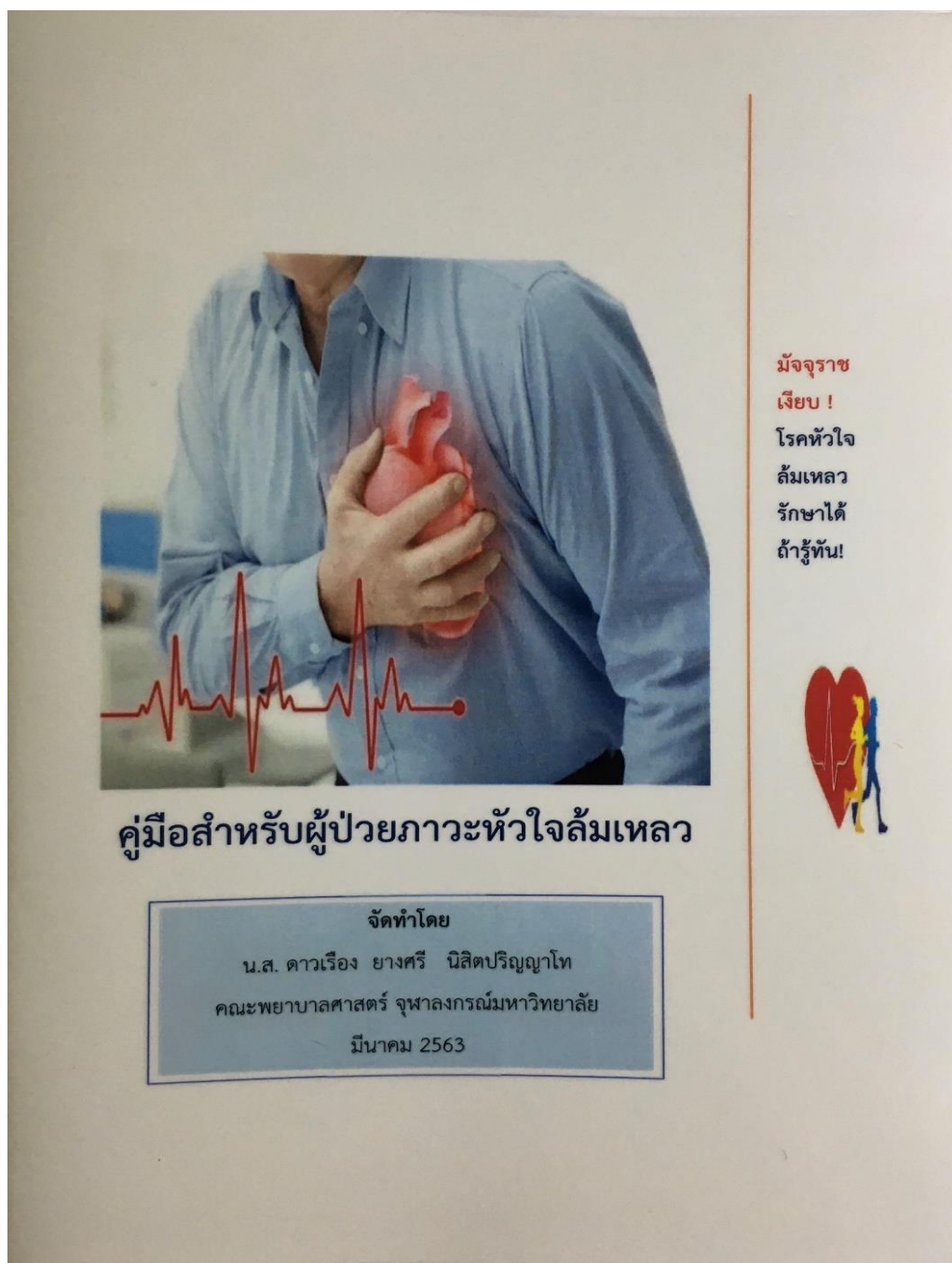
โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในข้อความที่ตรงกับกรปฏิบัติของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ไม่ปฏิบัติเลย	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ปฏิบัติ เกือบทุกครั้ง	ปฏิบัติเป็นประจำ ทุกครั้ง
1.ท่านทราบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำเป็นต้องมีการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมในอาหารและเครื่องดื่มเพื่อป้องกันการกลับกำเริบของโรค				
2.ท่านสามารถเลือกซื้ออาหารหรือผลิตภัณฑ์ในการปรุงอาหารเพื่อควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมได้อย่างถูกต้อง				
3.ท่านมีการคำนวณปริมาณเกลือโซเดียมที่ท่านได้รับในแต่ละวันจากการบริโภคอาหารหรือเครื่องดื่มเป็นประจำ				
4. เมื่อเกิดข้อสงสัยเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมท่านมีการสอบถามเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมกับทีมสุขภาพเสมอ				
-				
-				
-				
-				
18.				

บันทึกการรับประทานอาหารในแต่ละวัน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

มีอาหาร	รายการอาหาร	ปริมาณ อาหาร	หน่วยที่ บริโภค	ปริมาณเกลือ โซเดียม (สำหรับพยาบาล)
อาหารเช้า				
อาหารกลางวัน				
อาหารเย็น				
อาหารว่าง ระหว่างวัน				
ปริมาณเกลือโซเดียมที่บริโภคตลอดวันคือ.....				



รูปภาพที่ 3 คู่มือสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

สื่อ Power Point: ประกอบการสอนเรื่องการบริโภคเกลือโซเดียมสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว





น้ำและเครื่องดื่ม

น้ำดื่มเป็นสิ่งที่ประชาชนไทยดื่ม แต่มีหลายฉลากและน้ำประปามีโซเดียมปนอยู่บ้าง ในจำนวนนี้มากชนิด ส่วนเครื่องดื่มอื่นมีโซเดียมสูง การดื่มน้ำสะอาดจะช่วยลดการบริโภคโซเดียมได้ เพราะมีจุดประสงค์จะให้ประชาชนหันมาดื่มน้ำสะอาดแทนเครื่องดื่มที่มีโซเดียมสูง ส่วนน้ำดื่มในบรรจุภัณฑ์ ขวด หรือกระป๋อง ก็มักจะมีการเติมสารกันบูด (โซเดียมเบนโซเอต) ลงไปด้วย ทำให้ปริมาณโซเดียมในน้ำดื่มมีสูง



4. **อาหารกระป๋อง** เช่น ผลไม้กระป๋อง ปลากระป๋อง แผลอาหารสำเร็จรูปต่าง ๆ ซอสมะเขือเทศ เป็นผง เป็นต้น ซึ่งอาหารเหล่านี้มีการเติมเกลือหรือสารกันบูด ซึ่งมีโซเดียมในปริมาณที่สูงมาก

5. **อาหารกึ่งสำเร็จรูป** เช่น บะหมี่ โจ๊ก ข้าวต้ม ซุปต่าง ๆ หรือขนมปังแช่แข็ง



จะควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมได้หรือไม่ ?



โดยปกติเราจะได้รับโซเดียมจากอาหารที่ทานเข้าไปในทุก ๆ วัน โดสเฉพาะอาหารที่ผ่านกระบวนการผลิตจากอุตสาหกรรม มักมีส่วนผสมของโซเดียมจำนวนมาก ดังนั้นการเลือกรับประทานผักและผลไม้สด จึงเป็นทางเลือกในการลดโซเดียมอีกทางหนึ่ง

แนะนำสำหรับผู้ที่ต้องควบคุมปริมาณโซเดียมไม่ให้มากเกินไป ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไต โดยเฉพาะผู้ที่มีการหัวใจล้มเหลว







จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ฉลาดโภชนาการคืออะไร?

ฉลาดโภชนาการ คือฉลาดอาหารที่มีการเลือกฉลาดโภชนาการ ซึ่ง
จะพูดและเป็นการดูแลสุขภาพและการบริโภคอื่น ๆ อยู่ในกรอบ ที่
เรียกว่า "กรอบฉลาดโภชนาการ"




จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

วิธีอ่านฉลาดโภชนาการ




จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สิ่งที่ต้องให้ความสำคัญ

- 1.หน่วยบริโภค** สิ่งที่ต้องคำนึงถึงคือปริมาณ เพราะหากส่วนนี้มากเกินไป
ปริมาณที่ผู้ผลิตแนะนำไว้ให้บริโภคเป็นประจำในแต่ละครั้ง
- 2. พลังงานต่อหนึ่งหน่วยบริโภค** คือ พลังงานที่ทุกคนจะได้รับเมื่อ
รับประทานผลิตภัณฑ์นี้ในปริมาณหนึ่งหน่วยบริโภค
- 3.ร้อยละของปริมาณที่แนะนำต่อวัน** หมายถึง สารอาหารที่ได้รับ
จากอาหารที่บริโภคแต่ละครั้งนั้นคิดเป็นสัดส่วนใดของปริมาณสารอาหารที่แนะนำให้
บริโภคต่อวัน ปริมาณสารอาหารที่แนะนำให้บริโภคต่อวัน สำหรับคนไทยอายุ
ตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

**จะควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียม
ได้อย่างไร?**

การคำนวณปริมาณอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน เพื่อคำนวณ
ปริมาณเกลือโซเดียมที่ได้รับในแต่ละวันได้อย่างเหมาะสม
โดยผู้บริโภคควรคำนวณปริมาณเกลือโซเดียมที่ได้รับในแต่ละวันไม่
เกิน 2000 มิลลิกรัม หรือ 1 ช้อนชา






ภาคผนวก ฉ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

1. ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

1.1 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.82	17

จากการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ตามวิธีของครอนบาค พบว่า ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเท่ากับ .82 โดยเกณฑ์การยอมรับตั้งแต่ .70 ขึ้นไป จึงยอมรับว่าแบบสอบถามนี้เชื่อถือได้

1.2 แบบสอบถามการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

Reliability Statistics

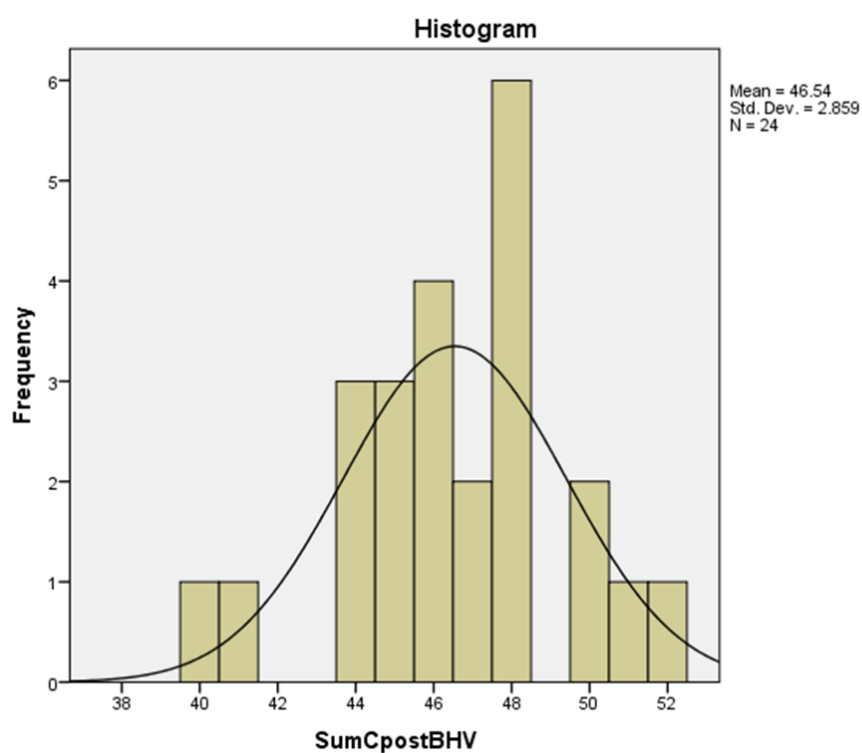
Cronbach's Alpha	N of Items
.85	18

จากการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ตามวิธีของครอนบาค พบว่า ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเท่ากับ .85 โดยเกณฑ์การยอมรับตั้งแต่ .70 ขึ้นไป จึงยอมรับว่าแบบสอบถามนี้เชื่อถือได้.

2.การทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

Descriptive Statistics Control Group

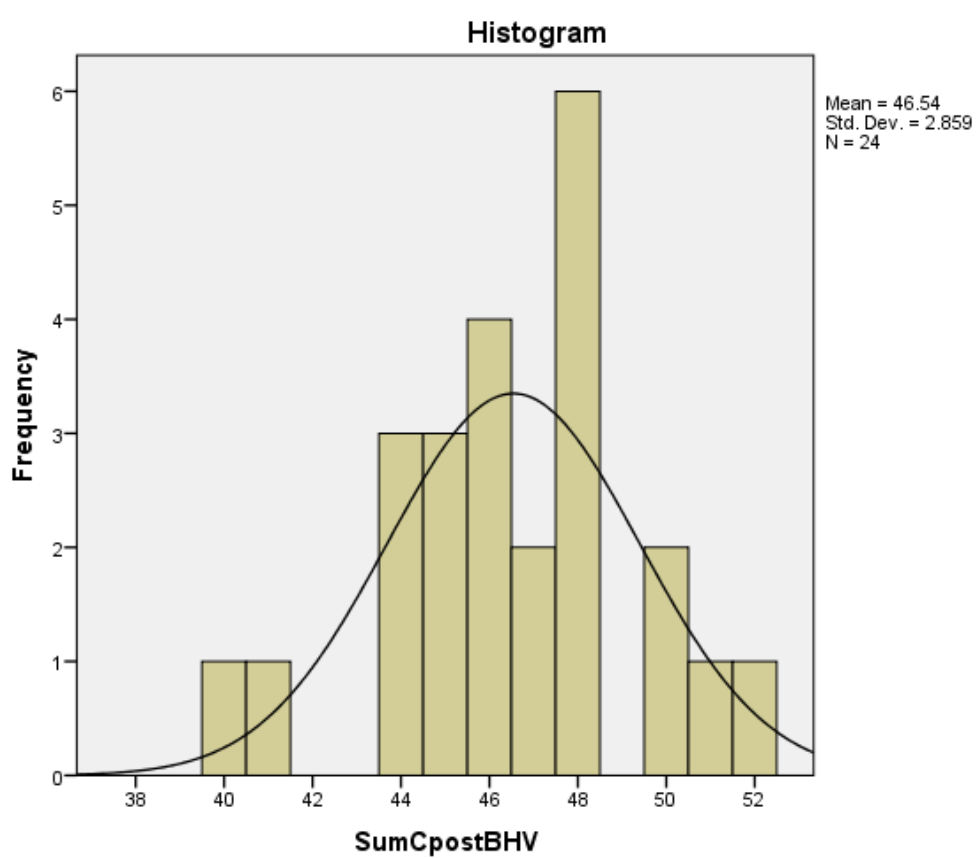
	N	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation	Skewness		Kurtosis	
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
Post-BHV	24	40	52	46.54	.584	2.859	-.321	.472	.381	.918
Valid N (listwise)	24									



รูปภาพที่ แสดงการกระจายตัวของข้อมูลกลุ่มควบคุม

Descriptive Statistics Experimental Group

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Skewness		Kurtosis	
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
Post-BHV	24	45	81	66.29	11.137	-.382	.472	-1.163	.918
Valid N (listwise)	24								



รูปภาพที่ แสดงการกระจายตัวของข้อมูลกลุ่มทดลอง

3. ตารางแสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Dependent t-test.

Paired Samples Test									
		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
			Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	SumEpostBHV - SumEpreBHV	19.875	8.347	1.704	16.350	23.400	11.664	23	.000



4. ตารางเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test (N=48).

Independent Samples Test									
	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
SumCpr eBHV Equal variances assumed	4.135	.048	.896	46	.375	1.333	1.488	-1.661	4.328
Equal variances not assumed			.896	35.851	.376	1.333	1.488	-1.684	4.351

5. ตารางแสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=48) โดยใช้สถิติ

Independent t-test.

Independent Samples Test									
	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
BH Equal variances assumed	24.588	.000	7.272	46	.000	18.567	2.553	13.428	23.706
st Equal variances not assumed			7.087	31.634	.000	18.567	2.620	13.228	23.906



บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กลุ่มรายงานมาตรฐาน กระทรวงสาธารณสุข. (2561). อัตราการตาย 10 อันดับแรก ปี พ.ศ. 2561. กลุ่ม
รายงานมาตรฐาน กระทรวงสาธารณสุข.
- กาญจนา ล้อมงคล. (2560). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจำกัดเกลือในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว. วารสารการ
พยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 35, 98-110.
- จริญญา คมเนียบ. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การ
สนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วย
ภาวะหัวใจล้มเหลว. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, สำนักงานวิทยทรัพยากร.
- จอม สุวรรณโณ. (2551). การดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว. วารสารสภาการพยาบาล, 23.
- จันทร์จิรา เกียรติสีสกุล. (2551). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนให้ความรู้ต่อความรู้พฤติกรรมการดูแล
ตนเองและระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก,
19.
- จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์. (2557). การพัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวใน
จังหวัดนครนายก. วารสารการพยาบาล, 29, 64-78.
- จารุวรรณ มานะสุการ. (2544). ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: ผลกระทบและการพยาบาล. หอสมุดวิทยาศาสตร์
สุขภาพ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จิราวรรณ กุมขุนทด. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมจำกัดเกลือโซเดียม
ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์, 6, 49-60.
- ชดช้อย วัฒนะ. (2558). การสนับสนุนการจัดการตนเองกลยุทธ์ในการส่งเสริมการควบคุมโรค. วารสาร
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า, 26, 117-127.
- ดลรัตน์ รุจิวัฒนาก. (2547). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิต
สูง. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 15.
- ธีระพล ชัยสงคราม. (2552). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคเกลือต่ำต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือ
ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
- นารี อินทรศักดิ์. (2558). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและอาการทาง
คลินิกในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 35, 131-142.
- นิตยา ทานันท์. (2558). การจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านแบบมี
ส่วนร่วมโดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. วารสาร มฉก.วิชาการ, 37.

- นิตยา ศรีสุข. (2551). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
- ปนัดดา สุวรรณ. (2551). ผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายต่อพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะพยาบาลศาสตร์
- ปจรรย์ ศักดิ์วัลลภ. (2555). ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดสมุทรสงคราม. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยคริสเตียน
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2548). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พวงเพชร สมทรัพย์สิน. (2555). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. วารสารสมาคมพยาบาล สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 30, 88-94.
- พัชรพรรณ ศรีคง. (2553). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง. (วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, สำนักงานวิทยทรัพยากร.
- รพีพันธุ์ สุ่มหิรัญ. (2552). การทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการเพื่อลดการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 20, 17-32.
- รังสฤษฎ์ กาญจนะวนิชย์. (2557). คู่มือการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังแบบบูรณาการ (Comprehensive Heart Failure Management Program) โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน: กรุงเทพฯ : ราชบัณฑิตยสถาน.
- ลดาวลย์ ฤทธิ์กล้า. (2555). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ภาวะหายใจลำบาก ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. พยาบาลสาร, 39, 64-76.
- วรลักษณ์ คงหนู. (2542). มิติทางสังคมวัฒนธรรมในการบริโภคเกลือที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงของบุคลากรทำงาน จังหวัดสระบุรี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยมหิดล,

วรุณ เพ็ชรรัตน์. (2560). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 28, 38-51.

วาสนา สุวรรณรัมย์. (2556). ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 24.

สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. (2552). ตำราอายุรศาสตร์ 4; *Heart failure* (Vol. 2): คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย.

(2551). แนวทางการปฏิบัติมาตรฐานเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. from สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย

สว่างจิต คงภิบาล. (2560). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 28, 82-96.

อภิชาติ สุนทรสรรพ, & รังสฤษฎ์ กาญจนวณิชย์. (2547). *Heart failure* (Vol. 1). คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อรสา พันธุ์รักดี. (2542). กระบวนการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ.

(พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยมหิดล, Thai National Research

อารีย์ เสนีย์. (2557). โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารพยาบาลทหารบก, 15, 129-134.

อุดมลักษณ์ สุภาวงศ์. (2548). ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในสถานบริการสุขภาพพิเศษ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,

ภาษาอังกฤษ

Abshire, M., Xu, J., Baptiste, D., Almansa, J., Xu, J., Coummings, A., . . . Himmelfarb, D., Cheryl. (2015). Nutritional interventions in heart failure patients *Journal of Cardiac Failure*, 21, 989-999.

ACC/AHA. (2001). Guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in the adults. *Heart Failure Society of America*

Albert, N. M. (2005). *Predictor of perceived diet self-efficacy in patient with heart failure*. Kent State University College of Nursing

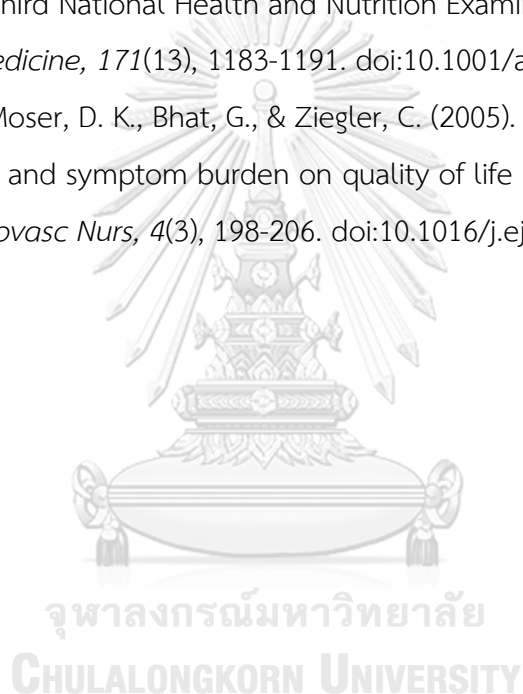
- American Heart Association. (2017). Definition and Classes of Heart Failure. from American Heart Association
- American Heart Association. (2019). Heart Disease and Stroke Statistics 2019 Update A report from the American Heart Association *American Heart Association*
- Baliga, R., & Haas, G. (2015). *Management Of Heart Failure* Department of Internal Medicine The Ohio State University Wexner Medical Center Columbus USA.
- .
- Barlow, J., Wright, Chris, Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions *Patient Education and Counseling*, 48, 177-187.
- Basuray, A., & Dolansky, M. (2015). Dietary Sodium Adherence Is Poor in Chronic Heart Failure Patients. *Journal of Cardiac Failure*, 21, 323-329.
- Bentley, B. (2005). Factors related to nonadherence to low sodium diet recommendations in heart failure patients. *European Journal of Heart Failure*, 4.
- Blinderman, G. D., Homel, P., Billings, A., Portenoy, R. K., & Tennstedt, S. L. (2008). Symptom distress and quality of life in patients with advanced congestive heart failure. *Journal of Pain and Symptom Management* 35, 594-603.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2013). *The practice of nurse research: appraisal, synthesis, and generation of evidence*. St. Louis: Elsevier Saunders.
- Butler, J., Arbogast, P. G., Daugherty, J., Jain, M. K., Ray, W. A., & Griffin, M. R. (2004). Outpatient utilization of angiotensin-converting enzyme inhibitors among heart failure patients after hospital discharge. 43(11), 2036-2043.
doi:10.1016/j.jacc.2004.01.041 %J Journal of the American College of Cardiology
- Centers for Disease Control and Prevention. (2019). Heart Failure Statistics in the United State *Heart Failure Statistics in the United State*
- Chamberlain, R., Sond, J., Mahendraraj, K., Lau, C., & Siracuse, B. (2018). Determining 30-day readmission risk for heart failure patients; the Readmission After Heart Failure scale. *International Journal of General Medicine*.

- Chaudhry, A. (2019). Patient education and self-management support for chronic disease methodology for implement patient-tailored therapeutic programmes. *Public Health Panorama*, 5, 357-361.
- Clark, Janz, N. K., Dodge, J. A., Schork, A., Wheeler, J. R. C., & Liang, J. (1997). Self-management of heart disease by older adults. *The American Journal of Research on Aging* 19.
- Clark, Savard, L. A., Spaling, M. A., Heath, S., Duncan, A. S., & Spiers, J. A. (2012). Understanding help-seeking decisions in people with heart failure: A qualitative systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 49(12), 1582-1597. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.05.010>
- Coates, V. E., & Boore, J. R. P. (1995). Self-management of chronic illness: implications for nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 32(6), 628-640. doi:[https://doi.org/10.1016/0020-7489\(95\)00043-5](https://doi.org/10.1016/0020-7489(95)00043-5)
- Colin-Ramirez, E., McAlister, F. A., Woo, E., Wong, N., & Ezekowitz, J. A. (2014). Association between self-reported adherence to low-sodium diet and dietary habits related to sodium intake in heart failure patients. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 30, 58-65.
- Creer, L. T. (2000). *Self-management of chronic illness*: California, Academic.
- Curtin, R. B., Mapes, D., Schatell, D., & Burrows-Hudson, S. (2005). Self-Management in Patients with End Stage Renal Disease: Exploring Domains and Dimensions. *Nephrology Nursing Journal*, 32(4), 389.
- Diefenbach, M. A., & Leventhal, H. (1996). The common-sense model of illness representation: Theoretical and practical considerations. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 5(1), 11-38. doi:10.1007/BF02090456
- Douky, R., Avery, E., Mangla, A., Collado, F., Ibrahim, Z., Poulin, M.-F., . . . Powell, L. H. (2016). Impact of dietary sodium restriction on heart failure outcomes. *The American College of Cardiology Foundation*, 4, 24-53.
- Eisen, H. (2016). *Heart Failure : A Comprehensive Guide to Pathophysiology and Clinical Care* Division of Cardiology Drexel University College of Medicine USA

- Hambleton, R. K., Swaminathan, H., Algina, J., & Coulson, D. B. (1978). Criterion-Referenced Testing and Measurement: A Review of Technical Issues and Developments. *48*(1), 1-47. doi:10.3102/00346543048001001
- Heart Failure Society of America. (2013). *How to follow a Low-Sodium Diet*: Heart Failure Society of America.
- Hummel, S. L., DeFranco, A. C., Skorcz, S., Montoye, C. K., & Koelling, T. M. (2009). Recommendation of low-salt diet and short-term outcomes in heart failure with preserved systolic function. *The American Journal of Medicine* *122*, 1029-1036.
- Hunt, A. S., Abraham, W. T., Chin, M. H., Feldman, A. M., Francis, G. S., Ganiats, T. G., . . . Yancy, C. W. (2005). Guideline update for diagnosis and management of chronic heart failure in the adults. *Journal of American College of Cardiology*, *46*.
- Jessup, M., Hunt, S. A., Abraham, W. T., Chin, M. H., Feldman, A. M., Francis, G. S., . . . Yancy, C. W. (2009). Focused update incorporated into the ACC/AHA 2005 Guidelines for the diagnosis and management of heart failure in adults. *Circulation*, *119*.
- Jurgens, C. Y., Moser, D. K., Armola, R., Carlson, B., Sethares, K., Riegel, B., & Heart Failure Quality of Life Trialist, C. (2009). Symptom clusters of heart failure. *Res Nurs Health*, *32*(5), 551-560. doi:10.1002/nur.20343
- Lam, C., & Smeltzer, S. C. (2013). Patterns of Symptom Recognition, Interpretation, and Response in Heart Failure Patients: An Integrative Review. *28*(4), 348-359. doi:10.1097/JCN.0b013e3182531cf7
- Laurent, D. (2005). *Advanced Practice in Nursing and the Allied Health Professions*. Cardiac Nursing Philadelphia: Lippincott Williams & Williams.
- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education history definition outcomes and mechanisms *Stanford University School of Medicine*, *26*, 1-7.
- Methakanjanasak, N. (2005). *Effective self-management is very crucial for end-stage renal disease (ESRD) patients receiving hemodialysis*. (Doctor of Philosophy (Nursing)), Chiang Mai University, Chiang Mai University.
- Newman, S., Steed, L., & Mulligan, K. (2004). Self-management interventions for chronic illness. *The Lancet*, *364*(9444), 1523-1537. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17277-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17277-2)

- Opasich, C., De Feo, S., Ambrosio, G. A., Bellis, P., Di Lenarda, A., Di Tano, G., . . .
Maggioni, A. P. (2004). The 'real' woman with heart failure. Impact of sex on
current in-hospital management of heart failure by cardiologists and internists.
6(6), 769-779. doi:10.1016/j.ejheart.2003.11.021
- Oxberry, S. G., & Johnson, M. J. (2008). Review of the evidence for the management of
dyspnoea in people with chronic heart failure. *Curr Opin Support Palliat Care*,
2(2), 84-88. doi:10.1097/SPC.0b013e3282ff122e
- Philipson, H. (2013). Salt and fluid restriction is effective in patients with chronic heart
failure. *European Journal of Heart Failure*, *15*, 1304-1310.
- Polit, D., & Hungler, B. (1999). *Nursing Research: Principle and Method*. Philadelphia:
Lippincott Company.
- Schilling, L. S., Grey, M., & Knafl, K. A. (2002). The concept of self-management of type 1
diabetes in children and adolescents: an evolutionary concept analysis. *37*(1),
87-99. doi:10.1046/j.1365-2648.2002.02061.x
- Song, & Lipman, T. H. (2008). Concept analysis: Self-monitoring in type 2 diabetes
mellitus. *International Journal of Nursing Studies*, *45*(11), 1700-1710.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.04.005>
- Song, E. K., Moser, D. K., Dunbar, S. B., Pressler, S. J., & Lennie, T. A. (2014). Dietary
sodium restriction below 2 g per day predicted shorter event-free survival in
patients with mild heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*,
13(6), 541-548.
- Stanley, M., & Prasun, M. (2002). Heart failure in older adults: keys to successful
management. *AACN Clin Issues*, *13*(1), 94-102. doi:10.1097/00044067-200202000-
00010
- Wright, S. P., Walsh, H., Ingley, K. M., Muncaster, S. A., Gamble, G. D., Pearl, A., . . .
Doughty, R. N. (2003). Uptake of self-management strategies in a heart failure
management programme. *The European Journal of Heart Failure*, *5*, 371-380.
- Yancy, C. W., Jessup, M., Bozkurt, B., Butler, J., Casey, D., Colvin, M. M., & Westlake, M.
H. (2017). 2017 ACC/AHA/HFSA Focused Update of the 2013 ACCF/AHA
Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American

- College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Failure Society of America. *Circulation*, 137-161.
- Yancy, C. W., Jessup, M., Bozkurt, B., Butler, J., Casey, D. E., Drazner, M. H., . . . Wilkoff, B. L. (2013). 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure: Executive Summary. *Journal of the American College of Cardiology*, 62(16), 1495-1539. doi:10.1016/j.jacc.2013.05.020
- Yang, Q., Liu, T., Kuklina, E. V., Flanders, W. D., Hong, Y., Gillespie, C., . . . Hu, F. B. (2011). Sodium and Potassium Intake and Mortality Among US Adults: Prospective Data From the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Archives of Internal Medicine*, 171(13), 1183-1191. doi:10.1001/archinternmed.2011.257
- Zambroski, C. H., Moser, D. K., Bhat, G., & Ziegler, C. (2005). Impact of symptom prevalence and symptom burden on quality of life in patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 4(3), 198-206. doi:10.1016/j.ejcnurse.2005.03.010





จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวดาวเรือง ยางศรี
วัน เดือน ปี เกิด	27 เมษายน 2525
สถานที่เกิด	จังหวัดหนองบัวลำภู
วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 50 หมู่ที่ 7 บ้านหนองบัวน้อย ตำบลศรีบุญเรือง อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู 39180

