ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง

นางสาวพัชรวรรณ ศรีคง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2553
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELECTED FACTORS RELATED TO DIETARY CONTROL SELF-MANAGEMENT AMONG HEART FAILURE PATIENTS, LOWER NORTHEAST REGION

Miss Patcharawun Srikong

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements

for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2010

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง
โดย	นางสาวพัชรวรรณ ศรีคง
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พัชรวรรณ ศรีคง : ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง (SELECTED FACTORS RELATED TO DIETARY CONTROL SELF-MANAGEMENT AMONG HEART FAILURE PATIENTS, LOWER NORTHEAST REGION) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ.ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ, 162 หน้า.

การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร คือ เพศ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายวัยผู้ใหญ่ จำนวน 132 ราย เลือกโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ที่มารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจ ของโรงพยาบาลประจำจังหวัด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรง แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรค แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน หาค่าความเที่ยงได้เท่ากับ .78, .86, .84, .77, .82, และ .86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า t-test ค่าสถิติสหสัมพันธ์แบบไบซีเรียล และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 57.58 ($\overline{X}$ = 48.64, SD = 9.88) มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉลี่ยเท่ากับ 3.65 (SD = 0.36), 3.54 (SD = 0.49), 2.20 (SD = 0.69), 0.31 (SD = 0.18), และ 3.83 (SD = 0.69) ตามลำดับ

2. การจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 3.22, SD = 0.79)

3. เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองการในควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย (r_{bis} = -.136, p < .121) โดยคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายทั้งเพศชายและเพศหญิงไม่แตกต่างกัน (t = - 1.562, p < .121)

4. การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ความรุนแรง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .525, .436 และ .369 ตามลำดับ) ขณะที่การรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.389)

5. ภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย (r = -.024, p < .781)

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ ลายมือชื่อนิสิต พัชรวรรณ ศรีคง

ปีการศึกษา 2553 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก นรลักขณ์ เอื้อกิจ

5277597736 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: SELF-MANAGEMENT DIETARY CONTROL HEART FAILURE

PATCHARAWUN SRIKONG: SELECTED FACTORS RELATED TO DIETARY CONTROL SELF-MANAGEMENT AMONG HEART FAILURE PATIENTS, LOWER NORTHEAST REGION. ADVISOR: ASST. PROF. NORALUK UA-KIT, Ph.D., 162 pp.

The purposes of this descriptive correlational study were to examine the dietary control self-management among heart failure patients, Lower Northeast and to investigate the relationships between sex, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, depression, social support, and dietary control self-management. One hundred and thirty-two out-patients in adults, were recruited in the cardiology clinic at the province hospitals, by a multistage random sampling. Questionnaires were composed of demographic information, perceived severity, perceived benefits, and perceived barriers, depression assessment, social support, and dietary control self-management questionnaire. All questionnaires were tested for content validities by five panel of experts, and the reliabilities were .78, .86, .84, .77, .82, and .86, respectively. Descriptive statistics (e.g., frequency, percent, mean, and standard deviation), t-test, Biserial correlation coefficient, and Pearson's Product Moment Correlation were used to analyze data. The major findings were as follows:

1. More than half of subjects were males (57.58%). The mean age was 48.64 years (SD = 9.88). Mean scores of perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, depression, and social support were 3.65 (SD = 0.36), 3.54 (SD = 0.49), 2.20 (SD = 0.69), 0.31 (SD = 0.18), and 3.83 (SD = 0.69), respectively.

2. Mean score of dietary control self-management among heart failure patients was at a moderate level ($\overline{X}$ = 3.22, SD = 0.79).

3. There was no significant relationship between sex and dietary control self-management among heart failure patients at the level of .05 (r_{bis} = -.136, p < .121). Whereas, there was no significant relationship between gender and dietary control self-management among heart failure patients at the level of .05 (t = - 1.562, p < .121).

4. There were positively significant relationships between social support, perceived benefits, perceived severity, and dietary control among heart failure patients at the level of .05 (r = .525, .436, and .369, respectively). Whereas, there was negatively significant relationship between perceived barriers and dietary control self-management among heart failure patients at the level of .05 (r = -.389).

5. There were no significant relationships between depression and dietary control among heart failure patients at the level of .05 (r = -.024, p < .781).

Field of Study Nursing Science..... Student's Signature PATCHARAWUN SRIKONG

Academic Year 2010..... Advisor's Signature Noraluk Ua-kit

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่ง และความช่วยเหลือจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้ช่วยให้ข้อคิด คำแนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความรัก ความห่วงใย เอาใจใส่ และเป็นกำลังใจอย่างดียิ่งตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในพระคุณของท่านเป็นที่สุด จึงขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ที่กรุณาเป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข ทำให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ ประสิทธิ์ประสาทความรู้และให้คำปรึกษาแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่างๆ ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่ายิ่งในการตรวจสอบเนื้อหาและแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือในการวิจัยให้มีความเหมาะสมกับงานวิจัย และผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราช จ. นครราชสีมา โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โรงพยาบาลสุรินทร์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ และโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ. อุบลราชธานี และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่อนุญาตให้ทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอขอบพระคุณแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความกรุณาและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 3 และเพื่อนร่วมงานที่ให้โอกาสและช่วยปฏิบัติงานแทนผู้วิจัยในช่วงที่ลาศึกษาต่อ ขอบคุณนงค์นุชสำหรับคำแนะนำที่ดี

ขอขอบคุณเพื่อน ๆ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ และเพื่อนร่วมรุ่นทุกท่านที่ช่วยเหลือและให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา ขอบคุณเพื่อนรัก (ปนัดดา สุพัตรา ปวีณุช และวราวุฒิ) ที่คอยเป็นกำลังใจที่ดีและปลอบโยนเมื่อรู้สึกท้อแท้ต่ออุปสรรค

ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอกราบพระคุณ บิดา มารดา พี่สาว น้องชายและคุณวุฒิพงษ์ที่เป็นกำลังใจ กำลังทรัพย์ ให้ความรัก ช่วยเหลือจนทำให้วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จได้ และขอความดีอันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ และผู้ป่วยภาวะหัวใจวายทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย…… ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ……... …… จ

กิตติกรรมประกาศ…….. ฉ

สารบัญ…….. ช

สารบัญตาราง…….. …… ฌ

บทที่

1 บทนำ……. ….. 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา…….. …….. 1

วัตถุประสงค์ของการวิจัย……. …. 6

คำถามการวิจัย…… 7

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย……..… 7

สมมติฐานการวิจัย…….. 11

ขอบเขตการวิจัย…….. 11

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย……..… 12

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ……. ….. 14

2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง…… 15

ภาวะหัวใจวาย……...…… 16

การจัดการตนเอง……. …….. 29

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย……..……..…….. 34

บทบาทพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin และคณะ (1986) กับการส่งเสริมการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย…… 44

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง……...…… 48

กรอบแนวคิดการวิจัย……...…… 55

สารบัญ (ต่อ)

บทที่		หน้า
3	วิธีการดำเนินวิจัย…….……	56
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง…… ……	56
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย……	57
	การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ……..	65
	การเก็บรวบรวมข้อมูล……	67
	การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง…….. ……	69
	การวิเคราะห์ข้อมูล……..……	70
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ……	72
5	สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ……	80
	สรุปผลการวิจัย…….	82
	อภิปรายผลการวิจัย……	83
	ข้อเสนอแนะ…….	92
รายการอ้างอิง……....		94
ภาคผนวก……		103
ภาคผนวก ก	รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ……..	104
ภาคผนวก ข	จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอใช้เครื่องมือวิจัย จดหมายขอทดลองใช้เครื่องมือวิจัย และจดหมายขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย……	106
ภาคผนวก ค	เอกสารอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และเอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ……	118
ภาคผนวก ง	ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย…… …….	128
ภาคผนวก จ	ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม……..	142
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์……. …….....		162

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ดัชนีความตรงตามเนื้อหา และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามจากการทดลองและกลุ่มตัวอย่างจริง……	67
2	วันและเวลาของการให้บริการตรวจที่คลินิกโรคหัวใจของโรงพยาบาลทั้ง 5 แห่ง…… ……	68
3	จำนวน ร้อยละ และข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง……	73
4	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย การรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร การรับรู้อุปสรรคของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของกลุ่มตัวอย่าง……	77
5	ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเพศกับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของ กลุ่มตัวอย่าง…… ……..	78
6	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ……	78
7	ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย การรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร การรับรู้อุปสรรคของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมกับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของกลุ่มตัวอย่าง……	79
8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายจำแนกรายข้อและโดยรวม……..	143
9	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองการควบคุมอาหารจำแนกรายข้อและโดยรวม……..	144
10	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้อุปสรรคของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารจำแนกรายข้อและโดยรวม……	145
11	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย จำแนกรายข้อและโดยรวม……	146
12	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคมจำแนกรายข้อและโดยรวม……..	147
13	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย จำแนกรายข้อและโดยรวม…..……	148

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจวายเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งเป็นปัญหาที่พบมากและมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในประเทศต่างๆ ทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย จากสถานการณ์ภาวะหัวใจวายในสหรัฐอเมริกา พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยด้วยภาวะหัวใจวายมากกว่าร้อยละ 55 ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปีและมีแนวโน้มว่าจะมีการเพิ่มจำนวนของผู้ป่วยมากขึ้นเรื่อยๆ (Gallagher, 2010) และเป็นสาเหตุนำโดยตรงที่ทำให้ประชากรในสหรัฐอเมริกาจำนวนมากกว่า 800,000 คน ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในแต่ละปี ซึ่งเสียค่าใช้จ่ายโดยรวมทั้งหมดในการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจวายต่อปีประมาณ 29.6 ล้านดอลลาร์ (Elizabeth et al., 2007) ส่วนในประเทศไทยภาวะหัวใจวายถือว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากเป็นอาการในระยะสุดท้ายของโรคหัวใจและหลอดเลือดจากการที่หัวใจทำงานหนักจนไม่สามารถบีบเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอ ส่งผลให้อาการของโรคกำเริบรุนแรงขึ้น (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551) เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากรายงานจำนวนผู้ป่วยในที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐในประเทศไทย จำแนกตามกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดที่พบสูงสุด 10 อันดับแรกในปี พ.ศ. 2550 – 2552 พบว่าภาวะหัวใจวายจัดอยู่ในลำดับที่ 3 และในปี พ.ศ. 2552 มีผู้ป่วยร้อยละ15.94 ต่อผู้ป่วยใน 100,000 คน (กรมการแพทย์, 2552) และคาดว่าจะมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ภาวะหัวใจวายยังส่งผลให้มีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น จากสถิติอัตราตายจำแนกตามสาเหตุที่สำคัญต่อประชากร 100,000 คน พบว่าในปี พ.ศ. 2552 มีอัตราตายด้วยโรคหัวใจ 29.0 ต่อประชากรแสนคน (สาธารณสุข, 2552) และจากรายงานจำนวนและอัตราผู้ป่วยในต่อประชากร 100,000 คน ตามกลุ่มโรค 298 กลุ่มโรคทั้งประเทศและรายภาค จากสถานบริการสาธารณสุข ในประเทศไทย ในปี 2552 พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย มีจำนวนทั้งหมด 268,849 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.55 และมีการจำแนกเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจวายรายภาค โดยพบว่าภาคที่พบผู้ป่วยมากที่สุดคือ ภาคกลาง รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคใต้ ตามลำดับ

แม้ว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะพบผู้ป่วยภาวะหัวใจวายอยู่ในลำดับที่สอง แต่ถือว่าเป็นภาคที่ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่ออาการกำเริบของภาวะหัวใจวาย เนื่องจากวัฒนธรรมการบริโภคอาหาร

ของประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่พบว่า ส่วนใหญ่มักใส่เครื่องปรุงรสเพื่อให้รสชาดอาหารดีขึ้น เช่น เกลือ น้ำปลา น้ำปลาร้า เป็นต้น โดยเฉพาะน้ำปลาร้าที่หมักโดยใช้เกลือ นับว่าเป็นเครื่องปรุงรสที่นิยมใช้กันมากเพราะหาได้ง่ายในท้องถิ่น (จารุวรรณ ธรรมวัตร, 2540) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะน้ำคั่งจากการดูดโซเดียมและน้ำกลับเข้าสู่ร่างกาย ทำให้เกิดอาการบวมตามส่วนปลายของร่างกาย หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ เมื่ออาการรุนแรงมากจึงต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากรายงานจำนวนและอัตราผู้ป่วยในต่อประชากร 100,000 คน ตามกลุ่มสาเหตุ (75 กลุ่มโรค) ทั้งประเทศและรายภาค จากสถานบริการสาธารณสุขในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2552 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มภาวะหัวใจวาย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐ ที่มีศูนย์โรคหัวใจในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง พบว่า จังหวัดอุบลราชธานีมีผู้ป่วยโรคหัวใจมากที่สุด รองลงมาคือ จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดสุรินทร์ และจังหวัดบุรีรัมย์ ตามลำดับ ซึ่งสาเหตุของการเข้ารักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายส่วนใหญ่มาจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาหารและน้ำได้ (ขจร เพียสุพรรณ์, 2545)จากจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลข้างต้น แสดงให้เห็นว่าภาวะหัวใจวายเป็นปัญหาที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างเป็นอย่างยิ่ง

ภาวะหัวใจวาย (Heart failure) เป็นภาวะที่หัวใจทำงานผิดปกติไม่สามารถบีบเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อและอวัยวะต่างๆได้อย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย (ทิพมาศ ชิณวงศ์, 2545; อภิชาต สุคนธสรรพ์ และรังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์, 2547; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551) ในการดำเนินของพยาธิสภาพของภาวะหัวใจวายจะมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป เมื่อปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีลดลงและไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย จะเกิดกลไกการชดเชยของร่างกาย โดยมีการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น หลอดเลือดแดงและดำหดตัว กล้ามเนื้อหัวใจหนาตัวขึ้น เพื่อเพิ่มการบีบตัวของหัวใจและเพิ่มปริมาตรเลือดที่ส่งออกต่อนาที ทำให้มีเลือดไหลเวียนไประบบอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย เช่น สมองและหัวใจ เป็นต้น แต่ลดปริมาณเลือดไปยังอวัยวะที่สำคัญน้อยกว่า เช่น ผิวหนัง กล้ามเนื้อลาย อวัยวะในช่องท้องและไต เป็นต้น (อภิชาต สุคนธสรรพ์ และรังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์, 2547) ดังนั้น เมื่อพยาธิสภาพของโรคเข้าสู่ระยะเรื้อรังจะทำให้เกิดอาการที่รุนแรงมากขึ้น เช่น เจ็บหน้าอกเฉียบพลันขณะหายใจเข้าลึกๆ เหนื่อยหอบ หายใจลำบาก บวมที่บริเวณส่วนปลายของร่างกาย ไอมีเสมหะเป็นฟองสีชมพู (Frothy sputum) ปัสสาวะออกน้อย เป็นต้น (พิกุล บุญช่วง, 2541) ซึ่งอาการดังกล่าวจะส่งผลกระทบทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว และเศรษฐกิจ กล่าวคือ ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวล ไม่สุขสบาย กลัวการเสียชีวิต และทุกข์ทรมานจากอาการของภาวะหัวใจวายที่กำเริบรุนแรง โดยที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ทำให้ต้องหยุดงานหรือไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ผลกระทบต่อครอบครัว

ได้แก่ ครอบครัวต้องแบกรับภาระการดูแลผู้ป่วย ทำให้ทั้งผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว เกิดความเครียด ท้อแท้ เบื่อหน่ายต่อความเจ็บป่วยเรื้อรัง ประกอบกับการมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น เป็นต้น ส่วนในภาครัฐ ต้องเสียงบประมาณค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น และคุณภาพชีวิตของประชากรลดลง หากผู้ป่วยเสียชีวิตประเทศชาติจะสูญเสียทรัพยากรบุคคลที่เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศได้

ปัจจุบันการรักษาภาวะหัวใจวายมีหลายวิธี ได้แก่ การบำบัดด้วยยา การใช้เครื่องมือช่วยการทำงานของหัวใจ และการผ่าตัด ส่วนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งในการรักษาที่นิยมใช้ร่วมกับวิธีการรักษาดังกล่าวข้างต้น เพื่อช่วยบรรเทาอาการของภาวะหัวใจวายให้ทุเลาลง (เดือนฉาย ชยานนท์, 2541; อภิชาต สุคนธสรรพ์ และรังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์, 2547; สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญในผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย คือ การควบคุมและจำกัดอาหาร ได้แก่ งดเค็ม จำกัดปริมาณเกลือโซเดียม การรับประทานอาหารไขมันต่ำ (เสาวนีย์ จักรพิทักษ์, 2542) โดยการควบคุมอาหารในผู้ป่วยภาวะหัวใจวายจะช่วยลดการเกิดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น (สมพงศ์ สหพงศ์, 2543) ซึ่งในการจำกัดปริมาณเกลือโซเดียมจะช่วยลดการคั่งของน้ำและเกลือในร่างกายได้ เนื่องจากในภาวะหัวใจวายจะพบว่า มีการเพิ่มขึ้นของเกลือโซเดียมคลอไรด์ทั้งภายในและภายนอกเซลล์ จากการที่หัวใจมีการบีบตัวลดลงทำให้ปริมาณเลือดมาเลี้ยงที่ไตมีน้อย จึงกระตุ้นให้ระบบ Renin-Angiotensin-Aldosterone มีการดูดกลับโซเดียมและน้ำที่หลอดเลือดฝอยของไตมากขึ้น ทำให้เกิดอาการบวมของเนื้อเยื่อต่างๆของร่างกาย (เดือนฉาย ชยานนท์, 2541; สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550) หากมีการรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมมาก จะทำให้หัวใจทำงานหนัก จนมีอาการกำเริบรุนแรงได้ ดังนั้นการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพถือเป็นส่วนหนึ่งในการรักษาภาวะหัวใจวาย (Bentley et al., 2005) ทำให้สามารถลดอาการแทรกซ้อนและป้องกันอาการกำเริบรุนแรงได้ ลดการเข้ารักษาในโรงพยาบาลและลดอัตราการเสียชีวิต เป็นการช่วยยืดชีวิตของผู้ป่วยให้ยาวนานขึ้น

การจัดการตนเอง (Self-management) เป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมดูแลตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยการจัดการตนเองประยุกต์มาจากทฤษฎีการเรียนรู้ (Social cognitive theory) เป็นการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพหรือการป้องกันการเกิดโรคด้วยตนเองโดยมีการร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ (Tobin et al., 1986) ซึ่งการจัดการตนเองของผู้ป่วยในแต่ละโรคจะมีแนวทางในการจัดการตนเองเฉพาะโรคต่างๆกัน ซึ่งแนวทางในการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายโดยทั่วไปประกอบด้วย 1) การปฏิบัติตามการรักษา เช่น การให้ความร่วมมือในการใช้ยา 2) การกำกับตนเอง เช่น การชั่งน้ำหนักทุกวัน 3)

การปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต เช่น การจำกัดอาหารและการออกกำลังกาย 4) การรู้จักอาการที่ผิดปกติ เช่น หายใจลำบาก บวม เป็นต้น (Smeulders et al., 2009) และจากแนวทางการจัดการตนเองตามแนวคิดของ Tobin และคณะ (1986) ที่อธิบายการจัดการตนเองครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรม (Behavioral) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental) ด้านการรู้คิด (Cognitive) และด้านสรีรวิทยา (Physiological) ซึ่งทั้ง 4 ด้านนี้ส่งผลต่อการจัดการตนเองของบุคคล จากแนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin และคณะ (1986) สามารถนำมาส่งเสริมการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายได้ กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการควบคุมอาหารด้วยตนเอง โดยการงดอาหารรสเค็ม จำกัดปริมาณเกลือโซเดียมน้อยกว่า 1 ช้อนชา/วัน รับประทานอาหารไขมันต่ำ ส่งผลให้ไม่เกิดอาการภาวะหัวใจวายกำเริบรุนแรงมากขึ้น เมื่อผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดในด้านกำลังใจ กำลังกาย และเงิน รวมทั้งบุคลากรทีมสุขภาพในด้านข้อมูลข่าวสาร ความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารได้ดียิ่งขึ้น ไม่เกิดความท้อแท้ สิ้นหวัง ซึ่งนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ และเมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ว่า ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายมีผลกระทบต่อชีวิตตนเอง และรับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารต่างๆ จะช่วยลดความรุนแรงของภาวะหัวใจวายได้ ซึ่งควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงประโยชน์ของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารมากกว่าการรับรู้อุปสรรคที่ขัดขวาง เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยไม่มีการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารได้ และจากความแตกต่างของโครงสร้างร่างกาย ความคิด และบทบาทหน้าที่ของเพศชายและเพศหญิง ในการจัดการตนเองจึงต้องมีการส่งเสริมให้เหมาะสมตามบริบทของเพศนั้นๆ

จากการศึกษาของ Price และคณะ(2007) พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายร้อยละ 82 มีการรับประทานอาหารที่มีปริมาณเกลือโซเดียมเกินกว่าค่ามาตรฐานที่นักโภชนากรกำหนดไว้ แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยยังมีการควบคุมอาหารไม่ถูกต้อง และจากการศึกษาของ Munir และคณะ (2009) พบว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีการจัดการตนเองด้านอาหารอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้น การนำแนวคิดการจัดการตนเองมาช่วยส่งเสริมการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย จะช่วยให้อาการของภาวะหัวใจวายไม่กำเริบ ส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นและสามารถลดการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ (Zuily et al., 2010)

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ทบทวนวรรณกรรมร่วมกับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยภาวะหัวใจวายและการจัดการตนเอง พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ เพศ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) และการสนับสนุนทางสังคมของ Jacobson (1986) ดังนี้

เพศ เป็นปัจจัยที่แสดงถึงความแตกต่างทางสรีรวิทยา สมรรถภาพทางกาย บุคลิกภาพ และบทบาทหน้าที่ ซึ่งจากความแตกต่างกันระหว่างเพศจะมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมทางสุขภาพ (สายรุ้ง บัวระพา, 2547)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นความเชื่อของบุคคลต่อการประเมินผลความรุนแรงของโรค ว่ามีผลกระทบและเป็นอันตรายต่อร่างกายและสิ่งแวดล้อมรอบข้างของบุคคลนั้น (Becker, 1974) เมื่อบุคคลรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคจะส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพไม่ให้มีความรุนแรง

การรับรู้ประโยชน์ เป็นความเชื่อของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆจะเกิดประโยชน์ที่ดีต่อตนเองมากกว่าผลเสีย (Becker, 1974) จึงส่งผลให้บุคคลเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

การรับรู้อุปสรรค เป็นความเชื่อของบุคคลต่อปัญหาหรืออุปสรรคในการปฏิบัติตนในทางลบ เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สุขสบาย ความเจ็บปวด เป็นต้น ซึ่งอาจมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมได้ หากบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมมากกว่าการรับรู้ประโยชน์ จะส่งผลให้การปฏิบัติพฤติกรรมเกิดขึ้นได้ยาก (Becker, 1974)

ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะที่ทำให้บุคคลมีความหลากหลายของอารมณ์และมีความเฉพาะซึ่งสัมพันธ์กับการมีความคิดและการรับรู้ในทางลบ เช่น มีการตำหนิ ติเตียนตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ หลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมทางกายต่างๆ เป็นต้น (Beck, 1967) หากบุคคลไม่สามารถเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาได้ จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพลดลงได้

การสนับสนุนทางสังคม เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ที่มีความรัก ความห่วงใย และมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน (Jacobson, 1986) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นบทบาทที่สำคัญในการคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี เมื่อบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นอย่างดี จะช่วยส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยคัดสรรดังกล่าวข้างต้น ส่วนใหญ่ศึกษาการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น เบาหวาน หลอดเลือดหัวใจตีบ ความดันโลหิตสูง เป็นต้น กล่าวคือ ปัจจัยเพศ จากการศึกษาของ Chung และคณะ (2006) พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเพศหญิงจะมีการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารโซเดียมต่ำได้ดีกว่าเพศชายเนื่องจากเพศหญิงมีความรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหารโซเดียมต่ำมากกว่าเพศชายร้อยละ 93 ปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของโรค จากการศึกษาของ ปรียาภรณ์ สวัสดิ์ศรี (2550) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยร่วมทำนายการจัดการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ร้อยละ 10.4 (R^2 = .104) และจากการศึกษาของ นัยนา เมธา (2544) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ต่อการบริโภคอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .310) ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ จากการศึกษาของ ศิริพร ปาระมะ (2545) พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการจัดการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .16) ปัจจัยการรับรู้อุปสรรค จากการศึกษาของ จิตติมา ภูริทัตกุล (2547) พบว่าการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (r = -.59) ปัจจัยภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาของ จันทร์เพ็ญ สมโน (2551) พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะซึมเศร้าจะให้ความร่วมมือในการรักษาเรื่องการจำกัดน้ำดื่มและการควบคุมอาหารจำกัดเกลือโซเดียมน้อยกว่าผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 38.24 และ 29.41 ตามลำดับ และปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาของน้ำเพชร หล่อตระกูล (2543) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการควบคุมอาหารและภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .58)

ส่วนในผู้ป่วยภาวะหัวใจวายยังมีการศึกษาน้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มีวัฒนธรรมการบริโภคอาหารที่มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะหัวใจวายได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยคัดสรรดังกล่าวข้างต้น เพื่อทำให้ทราบว่ามีปัจจัยใดบ้างที่สัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ซึ่งจากบทบาทของผู้วิจัยในฐานะของพยาบาลจะนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง ให้สามารถจัดการตนเองในการควบคุมอาหารได้ถูกต้องและสอดคล้องกับวัฒนธรรมการบริโภคอาหารในภูมิลำเนาของผู้ป่วย เพื่อช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ลดการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย และช่วยให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรได้แก่ เพศ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง

คำถามการวิจัย

1. การจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเป็นอย่างไร
2. เพศ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายหรือไม่ อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin และคณะ (1986) เพื่อศึกษาถึงพฤติกรรมในการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายในการควบคุมอาหาร ร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ที่ศึกษาการรับรู้ของบุคคลต่อความเชื่อด้านสุขภาพที่ส่งผลในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล โดยมีองค์ประกอบหลักได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติและปัจจัยร่วม ร่วมกับแนวคิดภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) ซึ่งเป็นปัจจัยด้านจิตใจที่ส่งผลกระทบต่ออาการและอาการแสดงของโรคซึ่งมีผลต่อการแสดงพฤติกรรม ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม (Jacobson, 1986) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีความรัก ความห่วงใย จากบุคคลใกล้ชิด จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ได้แก่ เพศ ความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

เพศ (Sex) จากการทบทวนวรรณกรรม เพศ เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่แสดงถึงความแตกต่างทางสรีรวิทยา สมรรถภาพทางกาย บุคลิกภาพ และบทบาทหน้าที่ ซึ่งจากความแตกต่างกันของเพศจะมีผลกระทบต่อการแสดงพฤติกรรมทางสุขภาพ (สายรุ้ง บัวระพา, 2547) Chung และคณะ (2006) ศึกษา พบว่า เพศหญิงจะมีการจำกัดอาหารโซเดียมดีกว่าเพศชาย และเพศหญิงจะมีความรู้และรู้จักอาการและอาการแสดงที่เกิดจากการรับประทานอาหารโซเดียมมากเกินไปจนทำให้เกิดอาการบวม

มากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา อนุตริยะ (2548) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูง โดยเพศหญิงมีการควบคุมอาหารที่มีไขมันสูงได้ดีกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (r = .225) จากความแตกต่างของเพศตามการศึกษาดังกล่าวจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองด้านการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) เป็นการรับรู้ ความรู้สึกหรือความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของตนเองซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการดูแลรักษา (Becker, 1974) ในการดูแลสุขภาพเมื่อเกิดความเจ็บป่วยจะมีความแตกต่างกันไปตามการรับรู้และความเข้าใจของแต่ละบุคคลซึ่งความเชื่อด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยนั้นจะเกิดผลกระทบต่อร่างกายตนเองและมีความเสี่ยงที่จะเกิดความรุนแรงจากการเจ็บป่วย ซึ่งเมื่อผู้ป่วยเกิดความเชื่อด้านสุขภาพแล้วจะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลเพื่อป้องกัน ควบคุม หรือดูแลความเจ็บป่วยนั้น การจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin และคณะ (1986) กล่าวว่า การรับรู้สามารถก่อให้เกิดการวางแผน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนั้น การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพจึงมีผลต่อพฤติกรรมด้านการจัดการตนเอง โดยเมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารจะส่งผลดีต่อตนเอง ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วย ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ดังนี้

1) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) เป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรคซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำมีการจัดการตนเองเพื่อการป้องกันโรค ในการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่า การรับประทานอาหารรสเค็ม การไม่จำกัดปริมาณเกลือโซเดียมจะทำให้มีอาการหายใจลำบาก บวมตามร่างกาย ผู้ป่วยจะมีการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารเพื่อป้องกันการเกิดอาการดังกล่าว จากการศึกษาของนัยนา เมธา (2544) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .31) สอดคล้องกับการศึกษาของปรียาภรณ์ สวัสดิ์ศรี (2550) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยร่วมทำนายการจัดการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 10.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (R^2 = .104)

2) การรับรู้ประโยชน์ (Perceived benefits) เป็นการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค ซึ่งการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมใดๆจะต้องมีความเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นจะต้องเกิดผลประโยชน์ที่ดีต่อตนเองมากกว่าผลเสีย จากการศึกษาของ หทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการควบคุมอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .46) สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตติมา ภูริทัตกุล (2547) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .22) ดังนั้นหากผู้ป่วยเชื่อว่าการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร ได้แก่ การงดอาหารเค็ม จำกัดปริมาณเกลือโซเดียม จะส่งผลดีต่อตนเอง ทำให้ไม่มีอาการภาวะหัวใจวายกำเริบรุนแรงมากขึ้น การรับรู้ประโยชน์จึงน่าจะมีความสัมพันธ์ต่อการจัดการตนเองด้านการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

3) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ (Perceived barriers) ตามแนวคิดของความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของบุคคลต่ออุปสรรคหรือสิ่งที่คอยขัดขวางไม่ให้ปฏิบัติตามคำแนะนำในพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ดี ถ้าหากบุคคลรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติจะทำให้บุคคลไม่เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม แต่หากมีการรับรู้ประโยชน์มากกว่าการรับรู้อุปสรรค จะเกิดการปฏิบัติพฤติกรรม (Becker, 1974) จากแนวคิดดังกล่าว การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะส่งผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยกล่าวคือ หากผู้ป่วยมีการรับรู้อุปสรรคต่อการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารมากกว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติจะทำให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารในภาวะหัวใจวายได้ จากการศึกษาของนัยนา เมธา (2544) พบว่า การรับรู้อุปสรรคไม่มีความสัมพันธ์ต่อการบริโภคอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร ปาระมะ (2545) พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการจัดการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .31) ถึงแม้ว่าการศึกษาดังกล่าวจะมีผลที่ไม่สอดคล้องกัน แต่จากการทบทวนวรรณกรรมแล้วพบว่า การรับรู้อุปสรรคน่าจะมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองด้านการควบคุมอาหารในผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นภาวะที่มีความหลากหลายของอารมณ์และมีความเฉพาะซึ่งสัมพันธ์กับการมีความคิดและการรับรู้ในทางลบ เช่น การตำหนิตนเอง กล่าวโทษตนเอง และความต้องการลงโทษตนเอง ภาวะซึมเศร้าจะเกิดได้ในชีวิตประจำวันของบุคคลและมีหลายระดับ (Beck, 1967) จากแนวคิดภาวะซึมเศร้า พบว่า การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเกิดจาก 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยที่บุคคลได้เผชิญภาวะวิกฤติในชีวิตและปัจจัยที่มีความคิดอัตโนมัติทางลบต่อ

ตนเองและสังคม (จันทร์เพ็ญ สมโน, 2551) โดยเมื่อภาวะหัวใจวายเข้าคุกคามผู้ป่วย ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด และอาจมีความรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิต ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าภาวะหัวใจวายเป็นภาวะวิกฤติที่ต้องเผชิญและแก้ปัญหาด้วยตนเอง ซึ่งหากผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาได้จะไม่เกิดภาวะซึมเศร้า แต่หากมีการรับรู้ในทางลบอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าส่งผลให้การเจ็บป่วยกำเริบรุนแรงมากขึ้น จากการศึกษาของ จันทร์เพ็ญ สมโน (2551) พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยจะมีการควบคุมอาหารจำกัดเกลือโซเดียมและการจำกัดน้ำดื่มร้อยละ 29.41 และ 38.24 ตามลำดับ ซึ่งน้อยกว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าที่มีการควบคุมอาหารจำกัดเกลือโซเดียมและการจำกัดน้ำดื่มร้อยละ 79.63 และ 88.33 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้ามีผลกระทบต่อการควบคุมจำกัดเกลือโซเดียมและการจำกัดน้ำดื่มของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย นอกจากนี้ Holzapfel และคณะ (2009) ศึกษาพบว่า ในผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่มีภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์และเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นภาวะซึมเศร้าจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นบทบาทที่สำคัญในการคงไว้ซึ่งสุขภาพและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อสิ่งเร้าต่างๆที่เข้ามาได้อย่างเหมาะสม (จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2539) โดย การสนับสนุนทางสังคมจะเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จะมีความรัก ความห่วงใย และมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน (Jacobson, 1986 อ้างถึงใน คมเนตร สกุลธนะศักดิ์, 2551) จากการศึกษาของ น้ำเพชร หล่อตระกูล (2543) พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในการควบคุมอาหารและภาวะโภชนาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .51$) สำหรับในผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย หากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีทั้งการสนับสนุนทางอารมณ์ วัตถุสิ่งของ และความรู้ความเข้าใจ อาจจะช่วยให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีการดูแลและจัดการตนเองในการควบคุมอาหารได้ Luttik และคณะ (2005) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยดูแลและป้องกันสุขภาพจากการเกิดโรคหัวใจได้

ผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย เป็นผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงวัยผู้ใหญ่ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจวายอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งเคยมีอาการของภาวะหัวใจวาย ได้แก่ เหนื่อย นอนราบไม่ได้ หายใจลำบากตอนกลางคืน บวมบริเวณส่วนปลายของร่างกาย เป็นต้น ที่มารับบริการคลินิกโรคหัวใจ แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลรัฐประจำจังหวัดที่มีศูนย์โรคหัวใจภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง

จากแนวคิดและหลักฐานเชิงประจักษ์ข้างต้น ผู้วิจัยจึงคัดสรรตัวแปร ตามแนวคิดของ Becker (1974) ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดของ Beck (1967) และการสนับสนุนทางสังคมของ Jacobson (1986) ร่วมกับตัวแปรที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ เพศ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย นำไปสู่การสร้างแนวทางการจัดการตนเองที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการกลับเข้ารักษาที่โรงพยาบาล และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้ป่วย

สมมติฐานการวิจัย

1. เพศ มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย
2. การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย
3. การรับรู้อุปสรรค และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ได้แก่ เพศ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นภาวะหัวใจวาย ซึ่งมารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรัฐที่มีศูนย์โรคหัวใจ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง

ตัวแปรที่ศึกษา คือ เพศ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย

การจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเรื่องการควบคุมอาหาร ได้แก่ การงดรับประทานอาหารรสเค็ม จำกัดปริมาณเกลือโซเดียม การรับประทานอาหารไขมันต่ำ โดยพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่

1. พฤติกรรม หมายถึง การจัดการควบคุมอาหารได้ด้วยตนเอง โดยงดรับประทานอาหารรสเค็ม จำกัดปริมาณเกลือ น้ำปลา น้ำปลาร้า ที่ใส่ในอาหารไม่เกิน 1 ช้อนชา/วัน การรับประทานอาหารไขมันต่ำ

2. การสนับสนุนทางสิ่งแวดล้อมในการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร หมายถึง ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร เมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้าน ความรัก ความเอาใจใส่ การช่วยเหลือในการเตรียมอาหาร/การจัดซื้ออาหาร และได้รับความรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆที่เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร จากสามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้เกิดแรงจูงใจในการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารอย่างต่อเนื่อง

3. การรู้คิด หมายถึง ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีความเข้าใจและรับรู้ว่า การจัดการตนเองในการควบคุมอาหารสามารถช่วยป้องกันอาการภาวะหัวใจวายไม่ให้กำเริบรุนแรง ช่วยลดการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยให้ยาวนาน

4. ความพร้อมด้านสรีรวิทยาในการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร หมายถึง ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ในการปฏิบัติการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร

ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin และคณะ (1986) ครอบคลุมแนวคิดการจัดการตนเองทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการรู้คิด และด้านสรีรวิทยา มีทั้งหมด 12 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ

เพศ หมายถึง ลักษณะที่แสดงถึงความแตกต่างทางสรีรวิทยาของชายและหญิงในผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง การรับรู้หรือความเข้าใจของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเกี่ยวกับการประเมินความรุนแรงของอาการหัวใจวายว่า มีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และสังคมเพียงใด หากผู้ป่วยรับรู้ว่าเมื่อตนเองรับประทานอาหารรสเค็มจัด จะทำให้เกิดอาการบวมตามร่างกาย และมีอาการหายใจไม่สะดวก ผู้ป่วยก็จะหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่มีรสเค็ม ผู้วิจัย

ดัดแปลงใช้แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังของ เกศกนก เข็มคง (2550) ที่ประยุกต์ตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) มีทั้งหมด 7 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ

การรับรู้ประโยชน์ หมายถึง การรับรู้หรือความเข้าใจของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายถึงประโยชน์ของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารว่าสามารถช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและป้องกันไม่ให้อาการกำเริบรุนแรง เมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึงประโยชน์ของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารว่าเป็นสิ่งที่ดีต่อสุขภาพ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยดัดแปลงใช้แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหารในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังของ เกศกนก เข็มคง (2550) ที่ประยุกต์ตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) มีทั้งหมด 7 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ

การรับรู้อุปสรรค หมายถึง การรับรู้หรือความเข้าใจของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายต่อสิ่งที่ขัดขวางหรือปัญหาในการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารเช่น ไม่มีเวลา ขาดความรู้ การไม่สะดวกในการเตรียมอาหาร หาแหล่งบริโภคยาก เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีการรับรู้อุปสรรคของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารมากกว่าการรับรู้ประโยชน์จะทำให้เกิดความขัดแย้ง และหลีกเลี่ยงที่จะมีการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารได้ ผู้วิจัยดัดแปลงใช้แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการบริโภคอาหารในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังของ เกศกนก เข็มคง (2550) ที่ประยุกต์ตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) มีทั้งหมด 6 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง การแสดงออกของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่มีภาวะเบี่ยงเบนทางอารมณ์และทางความคิดในทางลบ เช่น อารมณ์หดหู่ เศร้า ประเมินความสามารถตนเองต่ำ เป็นต้น โดยหากผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารซึ่งช่วยป้องกันอาการหัวใจวายกำเริบได้น้อยลง ผู้วิจัยดัดแปลงแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของ สิริกาญจน์ ท่อแก้ว (2546) ที่ประยุกต์ตามแนวคิดภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) มีทั้งหมด 18 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดได้แก่ สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วย 3 ด้านคือ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ หมายถึงผู้ป่วยภาวะหัวใจวายได้รับความรัก ความเอาใจใส่ จากบุคคลใกล้ชิด เพื่อใช้เป็นแรงจูงใจในการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร ป้องกันอาการกำเริบรุนแรงได้ 2) การสนับสนุนทางวัตถุสิ่งของ หมายถึง ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิดในด้านสิ่งของ เงิน

แรงงาน เช่น การได้รับเงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดซื้ออาหารเฉพาะโรค การช่วยปรุงอาหารเฉพาะโรค เป็นต้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายสามารถจัดการตนเองในการควบคุมอาหารได้สำเร็จ 3) การสนับสนุนด้านความรู้ความเข้าใจ หมายถึง ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายได้รับการช่วยเหลือในเรื่องความรู้ ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำต่างๆ ในการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารได้อย่างถูกต้อง ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ คมเนตร สกุลชนะศักดิ์ (2551) ที่สร้างตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Jacobson (1986) มีทั้งหมด 6 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ

ผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย หมายถึง ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงวัยผู้ใหญ่ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจวายอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งเคยมีอาการของภาวะหัวใจวาย ได้แก่ เหนื่อยนอนราบไม่ได้ หายใจลำบากตอนกลางคืน บวมบริเวณส่วนปลายของร่างกาย เป็นต้น ที่มารับบริการคลินิกโรคหัวใจ แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลรัฐประจำจังหวัดที่มีศูนย์โรคหัวใจ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลและทีมสุขภาพส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายในการควบคุมด้านอาหาร โดยจะช่วยป้องกันอาการแทรกซ้อนที่รุนแรงและช่วยลดการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล
2. เพื่อนำไปพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจวายในการควบคุมอาหารให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมการบริโภคอาหารในภูมิลำเนาของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ได้แก่ เพศ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้า ตำรา วารสาร บทความและงานวิจัยต่างๆ โดยมีรายละเอียดนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. ภาวะหัวใจวาย
    - 1.1 ความหมาย
    - 1.2 พยาธิสรีรวิทยาของภาวะหัวใจวาย
    - 1.3 อาการและอาการแสดง
    - 1.4 การวินิจฉัยโรค และความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย
    - 1.5 การรักษาภาวะหัวใจวาย
    - 1.6 ภาวะหัวใจวายกับการพยาบาล
2. การจัดการตนเอง
    - 2.1 ความหมาย
    - 2.2 แนวคิดการจัดการตนเอง
    - 2.3 การจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง
    - 2.4 การประเมินการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย
    - 3.1 เพศ
    - 3.2 ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)
        - 3.2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค
        - 3.2.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค
        - 3.2.3 การรับรู้ประโยชน์
        - 3.2.4 การรับรู้อุปสรรค

3.2.5 ปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติ

3.2.6 ปัจจัยร่วม

3.2.7 การประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ

3.3 ภาวะซึมเศร้า

3.3.1 ความหมาย

3.3.2 ภาวะซึมเศร้ากับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

3.3.3 การประเมินภาวะซึมเศร้า

3.4 การสนับสนุนทางสังคม

3.4.1 ความหมายและแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

3.4.2 การสนับสนุนทางสังคมกับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

3.4.3 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

4. บทบาทพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin และคณะ (1986) กับการส่งเสริมการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ภาวะหัวใจวาย (Heart failure)

1.1 ความหมาย

ภาวะหัวใจวาย หมายถึง ภาวะความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ ทำให้ไม่สามารถบีบเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อและอวัยวะต่างๆของร่างกายได้อย่างเพียงพอเพื่อสนองกระบวนการเผาผลาญในร่างกายได้ (เดือนฉาย ชยานนท์, 2541; พิกุล บุญช่วง, 2541; อภิชาต สุคนธสรรพ์ และรังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์, 2547; สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550)

สาเหตุ

สาเหตุการเกิดภาวะหัวใจวายมีทั้งสาเหตุที่มาจากความผิดปกติของหัวใจเอง (Cardiac in origin) และสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่จากหัวใจ (No cardiac in origin) (เดือนฉาย ชยานนท์, 2541; อภิชาต สุคนธสรรพ์ และรังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์, 2547; สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550) ดังนี้

1. สาเหตุที่มาจากความผิดปกติของหัวใจเอง (Cardiac in origin) แบ่งได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่

1.1 ความผิดปกติทางกลไกทางไหลของเลือด (Mechanical abnormalities) แบ่งออกได้เป็น 3 ชนิด

1.1.1 ความดันในห้องหัวใจสูงเกินไป (Pressure over-load) เนื่องจากมีการขัดขวางทางไหลของเลือดจากห้องหัวใจ เช่น การตีบของลิ้นหัวใจ ได้แก่ ลิ้น Mitral ตีบ ลิ้น Aortic ตีบ หรือจากการมีความต้านทานต่อการไหลของเลือดสูงกว่าปกติ เช่น ความดันโลหิตสูง

1.1.2 ปริมาตรของเลือดในห้องหัวใจมากเกินไป (Volume overload) ได้แก่ การรั่วของลิ้นหัวใจ หรือการรั่วของผนังกั้นหัวใจซ้ายขวา การรั่วของเส้นเลือดใหญ่ เช่น PDA (Patent ductus arteriosus) ASD (Atrial septal defect) VSD (Ventricular septal defect) ลิ้น Mitral รั่ว ลิ้น Aortic รั่ว เป็นต้น

1.1.3 มีการลดลงของจำนวนเลือดที่ไหลกลับเข้าหัวใจ (Impair diastolic filling) ได้แก่ ภาวะหัวใจถูกบีบกดจากของเหลว (Pericardial effusion) หรือ ภาวะหัวใจถูกกดจากพังผืด (Constrictive pericarditis) ทำให้หัวใจไม่สามารถจะขยายตัวได้เต็มที่ จึงรับเลือดที่ไหลกลับเข้าหัวใจลดลง ดังนั้นจำนวนเลือดที่ออกจากหัวใจก็น้อยลงด้วย

1.2 ความผิดปกติที่กล้ามเนื้อหัวใจ ได้แก่ Cardiomyopathy กล้ามเนื้อหัวใจตาย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การอักเสบของกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งอาจเกิดการติดเชื้อจากสารพิษ หรือจากยา

1.3 ความผิดปกติที่จังหวะการเต้นของหัวใจ หัวใจเต้นผิดจังหวะทุกชนิดสามารถทำให้เกิดหัวใจล้มเหลวได้ รวมทั้งการที่หัวใจเต้นช้าเกินไป (น้อยกว่า 50 ครั้ง/นาที) หรือเร็วเกินไป (มากกว่า 100 ครั้ง/นาที) เช่น Ventricular tachycardia, Ventricular fibrillation, Atrial tachycardia, Atrial fibrillation, Complete heart block

2. สาเหตุอื่นที่ไม่ใช่จากหัวใจ (No cardiac in origin) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

2.1 ภาวะที่เกิดจากการเพิ่มขึ้นของ Blood volume เช่น มีการคั่งของเกลือและน้ำ การใช้ยาพวก Steroid โรคไตวาย การให้เลือดหรือน้ำเกลือที่มากและเร็วเกินไป ทำให้จำนวนเลือดที่ไหลกลับเข้าหัวใจเพิ่มมากขึ้น

2.2 การลดลงของ Peripheral resistance (After load) เช่น Arteriovenous fistular, Beriberi, Cirrhosis, Severe anemia ภาวะ Hyperthyroidism

นอกจากนี้ ยังมีสาเหตุชักนำอื่นๆ (Precipitating causes) ที่เป็นสาเหตุการเกิดภาวะหัวใจวาย (เดือนฉาย ชยานนท์, 2541) ได้แก่ การติดเชื้อ ภาวะซีด ต่อมไทรอยด์เป็นพิษ การตั้งครรภ์ ภาวะไข้สูง ไข้รูมาติคส์ ภาวะเครียดของร่างกายและจิตใจ โรคปอดที่มีความดันในปอดสูงขึ้น

1.2 พยาธิสรีรวิทยาของภาวะหัวใจวาย

ในภาวะปกติการทำงานของหัวใจขึ้นอยู่กับปัจจัย 4 อย่างคือ 1) ความสามารถในการบีบตัวของหัวใจ (Contraction) 2) อัตราการเต้นของหัวใจ (Heart rate) 3) จำนวนเลือดที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจ (Preload) และ 4) แรงต้านการไหลของเลือดขณะหัวใจบีบตัว (Afterload) โดยทำหน้าที่สัมพันธ์กันดังนี้ ถ้าความสามารถในการบีบตัวเพิ่มขึ้น จะทำให้จำนวนเลือดที่ออกจากหัวใจแต่ละครั้งของการบีบตัวเพิ่มขึ้น (Stroke volume) ถ้าอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น จำนวนเลือดที่ออกจากหัวใจแต่ละนาที (Cardiac output) จะเพิ่มขึ้น และถ้าจำนวนเลือดที่กลับเข้าสู่หัวใจ (Preload) เพิ่มขึ้น จำนวนเลือดที่ออกจากหัวใจก็เพิ่มขึ้นตามกฎของ Starling ซึ่งกล่าวไว้ว่า ในหัวใจคนปกติ ความสามารถในการบีบตัวของหัวใจจะเพิ่มขึ้นเป็นสัดส่วนโดยตรงกับความยาวของกล้ามเนื้อหัวใจ ถ้ายิ่งยืดออกมาเท่าใด ก็ยิ่งมีความสามารถในการหดตัวเพิ่มมากขึ้นเท่านั้น แต่การปรับตัวในสภาพนี้มีขีดจำกัด คือ เมื่อถึงจุดหนึ่งไม่ว่ากล้ามเนื้อหัวใจจะยืดยาวไปเท่าใด ก็ไม่สามารถจะเพิ่มการบีบตัวของหัวใจได้ (เดือนฉาย ชยานนท์, 2541; อภิชาต สุคนธสรรพ์ และรังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์, 2547; ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล, 2550) ส่งผลให้การบีบตัวและการคลายตัวของหัวใจทำงานผิดปกติ ทำให้เกิดภาวะหัวใจวาย ร่างกายจึงมีกลไกในการปรับตัวเพื่อรักษาระดับของจำนวนเลือดที่ออกไปเลี้ยงร่างกายได้อย่างเพียงพอ โดยกลไกชดเชยแรกที่เกิดขึ้นในทันที (Acute) ในภาวะหัวใจวาย คือ ระบบประสาทซิมพาเธติคจะถูกกระตุ้นผ่านทาง Arterial chemoreceptors ร่วมกับการลดลงของกระแสประสาทยับยั้งของ Cardiopulmonary baroreceptor ทำให้ระดับของ Epineprine และ Norepineprine (NE) ในเลือดสูงขึ้น ส่งผลให้หลอดเลือดหดตัว อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น และจำนวนเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที (Cardiac output) เพิ่มขึ้นด้วย เพื่อรักษาระดับความดันโลหิตและปริมาตรเลือดที่ไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกาย โดยเฉพาะสมองและหัวใจ ให้ใกล้เคียงกับภาวะปกติมากที่สุด ส่วนกลไกการเกิดชดเชยที่เกิดทีหลัง (Chronic) คือ การกระตุ้น Renin-angiotensin-aldosterone system ผ่านทางไต เมื่อเลือดออกจากหัวใจลดลง เลือดที่ไปเลี้ยงไตก็ลดลงด้วย จึงเกิดการเสื่อมสมรรถภาพของไตในการขับถ่ายของเสีย ทำให้มีการคั่งของน้ำและเกลือเพื่อช่วยเพิ่มจำนวนเลือดที่ไหลกลับเข้าหัวใจมากขึ้น และเกิดกระบวนการปรับเปลี่ยนขนาด รูปร่างของหัวใจ (Cardiac remolling) โดยการมีกล้ามเนื้อหัวใจที่หนาตัวมากขึ้น (Myocardial hypertrophy) เพื่อช่วยเพิ่มปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาที ทำให้ต้องมีการยืดขยายของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้การบีบตัวของหัวใจแรงขึ้น (เดือนฉาย ชยานนท์, 2541; อภิชาต สุคนธสรรพ์ และรังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์, 2547; สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550)

เมื่อกลไกการชดเชยไม่สามารถทำงานได้ หัวใจทำหน้าที่ผิดปกติมากขึ้น ปริมาตรเลือดในหัวใจห้องล่างซ้ายเมื่อสิ้นสุดการคลายตัวจะเพิ่มขึ้น มีเลือดคั่งทำให้เลือดจากหัวใจห้องบน

ไม่สามารถเข้าสู่หัวใจห้องล่างซ้ายได้หมด เกิดกล้ามเนื้อหัวใจห้องบนมีการยืดขยายและหนาตัวอย่างผิดปกติ จนไม่สามารถรับเลือดที่มาจากหลอดเลือดดำพัลโมนารี่ได้ และเกิดแรงดันสูงขึ้นส่งผลไปยังระบบหลอดเลือดของปอด เกิดภาวะปอดบวมน้ำ และเนื่องจากความดันในระบบหลอดเลือดของปอดเพิ่มขึ้น ทำให้หัวใจห้องล่างขวาต้องทำงานมากขึ้น คือมีการยืดขยายและหนาตัวผิดปกติและจะเกิดภาวะหัวใจวายในที่สุด (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551)

American College of Cardiology/American Heart Association guidelines 2005 (Jassup et al., 2009; ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล, 2550) แบ่งระยะหัวใจวายได้เป็น 4 ระยะ คือ

Stage A ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของหัวใจวาย แต่มีปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะหัวใจวายต่อไป เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจโคโรนารี เป็นต้น

Stage B ผู้ป่วยยังไม่มีอาการและอาการแสดงของหัวใจวาย แต่มีความผิดปกติของหัวใจที่ตรวจพบได้ เช่น มี Left Ventricular Hypertrophy (LVH) เคยเป็น Myocardial Infarction มีโรคลิ้นหัวใจรั่วร่วมกับหัวใจโต (Dilated Ventricle)

Stage C ผู้ป่วยเคยหรือกำลังมีอาการและอาการแสดงของหัวใจวายร่วมกับมีความผิดปกติของหัวใจที่ตรวจพบได้

Stage D ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงของหัวใจวายอย่างชัดเจน แม้ว่าจะได้รับการรักษาทางยาหรือเครื่องมือช่วยเหลืออื่นๆ (Mechanical circulatory assist device) อย่างเต็มที่แล้ว เช่นผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลยังมีอาการมาก ไม่สามารถให้กลับบ้านได้ หรือ ต้องรอการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ

1.3 อาการและอาการแสดง

ในทางคลินิกนิยมแบ่งอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจวายออกเป็น 2 ชนิด คือ หัวใจวายข้างซ้ายและหัวใจวายข้างขวา (เดือนฉาย ชยานนท์, 2541; สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550; ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล, 2550; Hoekenga and Abrams, 1986)

1.3.1 อาการและอาการแสดงหัวใจวายข้างซ้าย

เกิดจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายลดลง ส่งผลให้หัวใจไม่สามารถบีบตัวให้เลือดไปเลี้ยงร่างกายได้ทั้งหมด ทำให้มีการคั่งค้างของปริมาณเลือดในหัวใจห้องล่างซ้าย (Left ventricular end diastolic volume) มากขึ้น และความดันในหัวใจห้องบนซ้ายเพิ่มขึ้น (Left atrial pressure) และเกิดความดันย้อนกลับไปที่หลอดเลือดดำ (Pulmonary venous pressure) และหลอดเลือดฝอยในปอด (Pulmonary Capillary Wedge Pressure, PCWP) ทำให้มีการคั่งของเลือดในปอด (Pulmonary congestions) มีอาการแสดง ดังนี้

หอบเหนื่อย (Dyspnea) อาการหอบเหนื่อยของภาวะหัวใจวายข้างซ้ายจะมีลักษณะคือ อาการหอบเหนื่อยในท่านอนราบ (Orthopnea) เนื่องจากมีปริมาณเลือดและของเหลวไหลกลับเข้าสู่หัวใจมากขึ้น ทำให้ความดันในปอดสูงขึ้น การแลกเปลี่ยนก๊าซในถุงลมผิดปกติ ผู้ป่วยจึงรู้สึกเหนื่อยเวลานอนราบ และ อาการหอบเหนื่อยในช่วงกลางคืน (Paroxysmal Nocturnal Dyspnea, PND) คือ การหายใจไม่สะดวกอย่างรุนแรง ต้องตื่นขึ้นมาหอบเหนื่อยกลางดึก เกิดเนื่องจากมีการเพิ่มขึ้นของการไหลกลับของเลือดเข้าสู่หัวใจไปยังปอด (Venous return) ในขณะนอน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัด หายใจไม่ออก

ไอ เกิดจากมีความดันโลหิตหลอดเลือดดำ Pulmonary สูง อาจแตกออกทำให้ไอเป็นเลือดปนฟองอากาศสีชมพู (Pink frothy sputum) โดยพบในภาวะของ Pulmonary edema ได้

เจ็บหน้าอก เกิดจากการมีปริมาตรเลือดที่ไหลเวียนในกล้ามเนื้อหัวใจลดลง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการเจ็บหน้าอก อาจมีใจสั่น หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะร่วมด้วย

เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย เนื่องจากจำนวนเลือดที่ออกจากหัวใจไปเลี้ยงส่วนต่างๆไม่เพียงพอ

1.3.2 อาการและอาการแสดงของหัวใจวายข้างขวา

เกิดจากการที่หัวใจไม่สามารถบีบเลือดไปยังปอดได้ทำให้มีการคั่งของเลือดที่หัวใจข้างขวา ความดันในหัวใจข้างขวาสูงขึ้น เลือดดำไม่สามารถไหลกลับเข้าสู่หัวใจห้องขวาได้ จึงเกิดการคั่งของน้ำตามหลอดเลือดดำและอวัยวะต่างๆโดยเฉพาะที่ตับ มีการเพิ่มขึ้นของ Hydrostatic pressure เกิดการรั่วซึมของน้ำเลือดออกมาใน Interstitial tissue ทำให้เกิดการบวมขึ้น มีอาการแสดง ดังนี้

บวม (Edema) ที่พบบ่อยมักพบตามเท้า ข้อเท้าหรือบริเวณหน้าแข้ง และเป็นทั้ง 2 ข้าง เกิดจากการมีการคั่งของน้ำและเกลือโซเดียม ในเวลากลางวันสังเกตว่าจะปัสสาวะน้อยและจะถ่ายปัสสาวะบ่อยและมากในตอนกลางคืน

อาการทางช่องท้อง เนื่องจากมีเลือดคั่งในตับเพิ่มขึ้นทำให้ตับโต ถ้าเป็นอยู่นานๆ อาจมีท้องมาน (Ascites) ร่วมด้วย และอาจมีอาการแน่นท้อง อึดอัด บริเวณลิ้นปี่ มีคลื่นไส้อาเจียน

หลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง (External jugular vein) เนื่องจากมีความดันในหลอดเลือดดำสูง โดยจะพบว่ามีความดันในหลอดเลือดดำสูงเหนือ sternal angle เกินกว่า 2-3 ซม. น้ำ ในท่าที่ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 45 องศา

จากอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจวายที่กล่าวข้างต้น จะพบว่าอาจมีอาการและอาการแสดงเกิดขึ้นเพียงข้างใดข้างหนึ่ง หรืออาจเกิดร่วมกันทั้ง 2 ข้าง (Biventricular

failure) ดังนั้นลักษณะอาการและอาการแสดงทางคลินิกของภาวะหัวใจวายที่ตรวจพบต้องประกอบด้วย (เดือนฉาย ชยานนท์, 2541; อภิชาต สุคนธสรรพ์ และรังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์, 2547) ดังนี้

1) หอบ เหนื่อย หายใจไม่สะดวกขณะนอนราบ (Dyspnea, orthopnea)

2) เจ็บแน่นหน้าอก หัวใจเต้นผิดจังหวะ

3) ฟังได้เสียง Crepitating ที่ชายปอดทั้งสองข้าง

4) มีการโป่งพองของเส้นเลือดดำที่คอ (Engorged neck vein)

5) คลำได้ตับโต (Hepatomegaly) กดเจ็บ

6) ขาบวม กดบุ๋มทั้งสองข้าง (Pitting edema)

1.4 การวินิจฉัยโรค (Diagnosis) และความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย

1.4.1 การวินิจฉัยภาวะหัวใจวาย โดยใช้เกณฑ์ Framingham criteria (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550) คือ

1) Major criteria ได้แก่ Paroxysmal nocturnal dyspnea, Neck vein distention, Rales (crepitation), Cardiomegaly, Acute pulmonary edema, S3 gallop, Increased venous pressure (> 16 cmH_2O), Positive hepatojugular reflux

2) Minor criteria ได้แก่ Extremity edema, Night cough, Dyspnea on exertion, Hepatomegaly, Pleural effusion, Vital capacity reduced by 1-3 from normal level, Tachycardia (>120 ครั้ง/นาที)

ซึ่งการวินิจฉัยภาวะหัวใจวายทางคลินิกต้องมีอย่างน้อย หนึ่งอาการใน Major criteria และ สองอาการใน Minor criteria ส่วนเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะหัวใจวายของสมาคมหัวใจแห่งยุโรป (European society of cardiology) จาก Guidelines ของ Chronic heart failure ปีค.ศ. 2005 (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550) มีเกณฑ์วินิจฉัย 3 ข้อ ดังนี้

1) มีอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจวายในเวลาพักหรือขณะออกแรงออกกำลังกาย

2) มีหลักฐานแสดงว่าหัวใจมีการทำงานบีบตัว/คลายตัวผิดปกติ (Cardiac systolic / Diastolic dysfunction) ในขณะพัก เช่น การตรวจ Echocardiography

3) อาการและอาการแสดงดีขึ้นเมื่อมีการตอบสนองต่อการรักษาภาวะหัวใจวาย

โดยเกณฑ์การวินิจฉัยดังกล่าว จะต้องมี ข้อ 1 และ ข้อ 2 เป็นอย่างน้อย

1.4.2 ความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย มีการแบ่งความรุนแรงของภาวะหัวใจวายเป็น 2 ลักษณะ (Hudak and Gallo,1994 อ้างถึงใน ทิพมาส ชิณวงศ์, 2545) คือ

1.4.2.1 การแบ่งตามความทนทานในการทำกิจกรรม (Functional classification of heart failure) ของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ค (American Heart Association New York) มี 4 ระดับ คือ

Functional Class I ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ คือ ถ้ามีกิจกรรมตามปกติจะไม่มีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น ใจเต้น หายใจลำบาก หรือเจ็บหน้าอก

Functional Class II มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย คือ ถ้ามีกิจกรรมตามปกติจะมีอาการอ่อนเพลีย หายใจลำบาก ใจสั่น หรือเจ็บแน่นหน้าอกได้ รู้สึกสุขสบายขึ้นเมื่อได้พัก

Functional Class III มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ชัดเจน คือ ถ้ามีกิจกรรมซึ่งน้อยกว่ากิจกรรมตามปกติ เช่น อาบน้ำ แต่งตัว จะมีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น หายใจลำบาก หรือเจ็บแน่นหน้าอกได้ แต่จะดีขึ้นเมื่อได้พัก

Functional Class IV ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ มีอาการเหนื่อยแม้เมื่ออยู่เฉย หรือขณะพัก

1.4.2.2 การแบ่งตามความรุนแรงของโรค (Killip classification of heart failure) มี 4 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 ไม่มีอาการของหัวใจวาย

ระดับที่ 2 มีภาวะหัวใจวายเล็กน้อย-ปานกลาง คือ มีอาการหัวใจเต้นเร็วขึ้น เริ่มมีการคั่งของเลือดในปอด (Pulmonary congestion) และมีอาการหอบเหนื่อยเมื่อมีกิจกรรม

ระดับที่ 3 มีภาวะน้ำท่วมปอด (Pulmonary edema) คือ มีอาการหอบเหนื่อยมาก

ระดับที่ 4 มีภาวะช็อคจากหัวใจ (Cardiogenic shock) คือ มีความดันซีสโตลิคต่ำกว่า 80 มม.ปรอท ร่วมกับการที่หัวใจเต้นเร็วมาก มีอาการกระสับกระส่าย สับสน ปลายมือปลายเท้าซีดเย็น เหงื่อออกมากและมีปัสสาวะออกน้อยลง

โดยเกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยภาวะหัวใจวายและการแบ่งความรุนแรงของโรค สำหรับในงานวิจัยครั้งนี้ คือ การวินิจฉัยภาวะหัวใจวายของสมาคมหัวใจแห่งยุโรป (European society of cardiology) จาก Guidelines ของ Chronic heart failure ปี ค.ศ. 2005 (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550) และใช้การแบ่งความรุนแรงของโรค ตามความทนทานในการทำกิจกรรม (Functional Classification of Heart Failure) ของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ค (American Heart Association New York) (Hudak and Gallo, 1994 อ้างถึงใน ทิพมาส ชิณวงศ์, 2545) เนื่องจากเป็นแนวทางที่ใช้ในการวินิจฉัยและการแบ่งความรุนแรงของภาวะหัวใจวายโดยตรง

1.5 การรักษาภาวะหัวใจวาย

เป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย คือ การยื้อชีวิตและให้อยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยลดอาการ ชะลอความก้าวหน้าของโรค ขจัดสาเหตุที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะหัวใจวายรุนแรงขึ้น ลดปัจจัยที่อาจทำให้เสียชีวิต เช่น หัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และลดอัตราการตาย ด้วยการเพิ่มประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ ลดการเกิด Preload-Afterload และลดภาระงานของหัวใจ (อภิชาต สุคนธสรรพ์ และรังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์, 2547; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551; สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550) ซึ่งการรักษาต่างๆ มีดังนี้

1.5.1 การรักษาด้วยยา มีหลักการให้คือ เพิ่มความสามารถในการบีบตัวของหัวใจห้องล่าง ลดภาระงานของกล้ามเนื้อหัวใจ และป้องกันภาวะหัวใจวายมากขึ้น โดยยาที่ใช้ในการรักษาภาวะหัวใจวาย (เดือนฉาย ชยานนท์, 2541; สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551) ได้แก่ ยาที่ออกฤทธิ์ให้หลอดเลือดขยายตัว ลดความต้านทานหลอดเลือดทั่วร่างกาย และลดความดันเฉลี่ยของหลอดเลือดแดง คือ กลุ่ม Angiotensin-Converting Enzyme (ACE) inhibitors ได้แก่ Captopril, Enalapril, Maleate เป็นต้น ยาที่ออกฤทธิ์ลดอัตราการเต้นของหัวใจและเพิ่มการหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ คือ Digitalis ยาที่ออกฤทธิ์เพิ่มการบีบตัวของหัวใจเพื่อช่วยเพิ่มปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจในแต่ละครั้ง คือ Dopamine และ Dobutamine ส่วนยาขยายหลอดเลือด ยากลุ่มนี้จะทำให้เลือดที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจ (Pre-load) ลดลง และความดันในหลอดเลือด Pulmonary ลดลง ทำให้สามารถลดการคั่งของเลือดในปอดได้ เช่น Nitroglycerine, Isosorbide, และ Dinitrate เป็นต้น ยาขับปัสสาวะเป็นกลุ่มยาที่นิยมนำมาใช้รักษาภาวะหัวใจวายเพื่อช่วยให้ไตมีการขับเกลือและน้ำ ลดปริมาตรเลือดไหลเวียน ลด Preload และลดการคั่งเลือดในร่างกายและในปอด รวมทั้งลดการคั่งของน้ำและโซเดียมในหัวใจ ได้แก่ Furoseminde (Lasix) ช่วยลดปริมาตรเลือดได้เพราะสามารถขับน้ำออกจากร่างกายได้มาก Hydrochlorothiazide (Thiazide) จะช่วยลดการดูดกลับของของโซเดียมคลอไรด์และโปแตสเซียม และไม่ทำให้ร่างกายผู้ป่วยขาดน้ำ ส่วนยา Spironolactone จะเป็นยาขับปัสสาวะที่ช่วยลดอาการบวมและท้องมานน้ำที่ไม่ตอบสนองต่อยาขับปัสสาวะปกติ

1.5.2 การรักษาโดยการใช้เครื่องมือช่วยในการทำหน้าที่ของเวนตริเคิล (Ventricular assist device) (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551) โดยทำให้เวนตริเคิลทำงานได้ดีขึ้น ช่วยลดภาระงานของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดความต้องการใช้ออกซิเจน และช่วยให้การกำซาบเลือดไปอวัยวะต่างๆ ได้อย่างเพียงพอ เช่น Intra-Aortic Ballone Pump (IABP)

1.5.3 การรักษาด้วยการผ่าตัด (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551) เช่น การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ จะทำการผ่าตัดเมื่อหัวใจมีการทำลายจนไม่สามารถ

กลับคืนมาได้ หรือเมื่อหัวใจไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม และไม่ตอบสนองต่อการบำบัดอื่นๆ หรือมีข้อบ่งชี้ว่าเป็นระยะสุดท้ายของภาวะหัวใจวาย หากไม่ได้รับการแก้ไขอาจเสียชีวิตได้ การผ่าตัดเปลี่ยนไปใช้หัวใจเทียมจะช่วยทดแทนหัวใจที่ล้มเหลว และการทำ Cardiomyoplasty เป็นการรักษาในผู้ป่วยที่ไม่สามารถผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจได้

1.5.4 การรักษาด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดภาวะหัวใจวายในผู้ที่มีภาวะเสี่ยงและป้องกันการกำเริบของโรค ซึ่งผู้ป่วยภาวะหัวใจวายจะได้รับความรู้และคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต ดังนี้ การจำกัดเกลือโซเดียมในอาหาร ผู้ป่วยควรได้รับเกลือโซเดียมวันละ 1.2 – 1.4 กรัมต่อวัน หรือน้อยกว่า 2 กรัมต่อวัน ไม่เติมเกลือหรือสารปรุงรสอื่นๆในอาหารที่ปรุงเสร็จแล้ว ไม่ควรซื้ออาหารสำเร็จรูป การปรับการบริโภคอาหารไขมัน โดยลดการบริโภคไขมันอิ่มตัวหรืออาหารที่มีแคลอรี่สูง หลีกเลี่ยงอาหารและเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ชา หรือกาแฟ ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารประเภทย่อยง่าย ไม่มีกากมากเกินไป และการรับประทานอาหารจำนวนน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง (เดือนฉาย ชยานนท์, 2541; พิกุล บุญช่วง, 2541; อภิชาต สุคนธสรรพ์ และรังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์, 2547; สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550)

1.6 ภาวะหัวใจวายกับการพยาบาล

การพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่สำคัญ คือ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยได้ และช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อควบคุมอาการภาวะหัวใจวายได้อย่างเหมาะสม (พิกุล บุญช่วง, 2541; ทิพมาส ชิณวงศ์, 2545; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551) การศึกษาครั้งนี้อธิบายตามวัตถุประสงค์การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ดังนี้

1. ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจในการบีบเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อและอวัยวะต่างๆ ได้ดีขึ้น มีการคั่งของน้ำในร่างกายลดลง ดังนี้

1.1 จัดให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียงอย่างสมบูรณ์ (Absulute bed rest) และจัดท่านั่งกึ่งนอนศีรษะสูง 30-90 องศา หรือนั่งฟุบ เพื่อช่วยลดปริมาตรเลือดที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจและช่วยให้ปอดขยายตัวได้ดีขึ้น

1.2 ประเมินการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ โดยวัดอัตราการเต้นของหัวใจทุก 1 ชั่วโมง เนื่องจากหัวใจที่เต้นเร็วจะทำให้ความต้องการออกซิเจนของหัวใจเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นผลจากการที่มีปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีลดลง วัดความดันโลหิตทุก 1 ชั่วโมง เนื่องจากเมื่อมีภาวะความดันโลหิตต่ำแสดงว่ามีปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีลดลง และภาวะความดันโลหิตสูงแสดงว่าอาจเกิดการคั่งของเลือดในปอดเพิ่มขึ้น และควรประเมินการหายใจทุก 1 ชั่วโมง

โดยสังเกตอัตรา ความลึก และลักษณะการหายใจ เนื่องจากอัตราการหายใจที่เพิ่มขึ้น บ่งบอกว่าได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ แต่หากมีการหายใจที่ช้าลงแสดงถึงการเกิดภาวการณ์หายใจล้มเหลว ร่วมกับการฟังเสียงปอดทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะน้ำท่วมปอดที่จะได้ยินเสียงกรอบแกรบ (Crepitation) บริเวณชายปอดด้านล่างทั้ง 2 ข้าง

1.3 ฟังเสียงหัวใจทุก 2-4 ชั่วโมง เพื่อสังเกตเสียงที่ผิดปกติได้แก่ เสียง 3 เกิดจากหัวใจห้องล่างไม่สามารถคลายตัวได้ทำให้มีภาวะน้ำเกิน เสียง 4 เกิดจากการยืดขยายตัวที่ผิดปกติของหัวใจห้องล่าง

1.4 ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา เพื่อช่วยเพิ่มความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ช่วยแก้ไขภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำที่เกิดจากปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีลดลงและช่วยให้การแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้น โดยในรายที่ไม่รุนแรงอาจให้ออกซิเจนทางแคนนูลา (Cannula) ประมาณ 4-6 ลิตร/นาที ถ้ามีอาการรุนแรง หายใจหอบเหนื่อยมากขึ้นจะให้ออกซิเจนทางหน้ากาก O_2 mask ประมาณ 8-10 ลิตร/นาที แต่หากมีภาวะขาดออกซิเจนรุนแรงมากจะต้องได้รับการช่วยเหลือโดยการใช้เครื่องช่วยหายใจ

1.5 ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาและมีการติดตามประเมินผลของยา ดังนี้

1) ยาดิจิทาลิส (Digitalis) ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวมากขึ้น จึงช่วยเพิ่มปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจ ในการให้ยาดิจิทาลิสพยาบาลควรมีการจับชีพจรก่อนให้ยาทุกครั้ง หากมีชีพจรต่ำกว่า 60 หรือ มากกว่า 100 ครั้ง/นาที หรือมีการเต้นของชีพจรไม่สม่ำเสมอ ควรงดการให้ยาและรายงานแพทย์ทราบ หลังให้ยาควรมีการสังเกตอาการพิษจากยาได้ เช่น คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร ตามัว มองเห็นสีเปลี่ยนไปจากสีขาวเป็นสีเหลือง มองเห็นแสงเป็นวงกลม เป็นต้น และมีการติดตามระดับยาในเลือดเป็นระยะๆ เพื่อปรับยาให้เหมาะสม โดยเฉพาะค่าโปแตสเซียม ซึ่งยาดิจิทาลิสอาจทำให้เกิดภาวะโปแตสเซียมต่ำได้

2) ยาโดปามีน (Dopamine) เป็นยากระตุ้นให้หัวใจบีบตัวแรงขึ้น ซึ่งการออกฤทธิ์ของโดปามีนจะมีการแบ่งขนาดการให้ยาเป็น 3 ช่วงคือ 1) ขนาดต่ำ (0.5-2 μg/kg/min) จะช่วยเพิ่มปริมาตรเลือดไปเลี้ยงที่ไตให้มีการขับปัสสาวะเพิ่มขึ้น 2) ขนาดปานกลาง (2-10 μg/kg/min) จะช่วยกระตุ้นให้หัวใจบีบตัวเร็วและแรงขึ้นเพื่อเพิ่มปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจ 3) ขนาดสูง (มากกว่า 10 μg/kg/min) ทำให้หลอดเลือดหดตัวเพื่อเพิ่มความดันโลหิต แต่อาจทำให้ปริมาตรเลือดไปเลี้ยงไตลดลง ในการให้ยาพยาบาลควรประเมินสัญญาณชีพ บันทึกสารน้ำเข้า-ออกและปริมาณปัสสาวะทุกชั่วโมง หากมีอาการผิดปกติได้แก่ ความดันโลหิตสูงขึ้น มีปัสสาวะน้อยลง หัวใจเต้นผิดจังหวะ ปลายมือ-ปลายเท้าซีด เย็น ต้องหยุดยาทันที

3) ยาไนโตรกลีเซอรีน (Nitroglycerine) ช่วยขยายหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดงบริเวณส่วนปลาย ทำให้ช่วยเพิ่มปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจได้ ในการให้ยาพยาบาลควรมีการติดตามความดันโลหิต เพราะอาจมีความดันโลหิตสูงขึ้นเกิดอาการปวดศรีษะได้ บรรเทาอาการโดยใช้กระเป๋าน้ำแข็งประคบศรีษะ

4) ยากลุ่ม ACE inhibitor จะช่วยในการขยายหลอดเลือดเช่นกันแต่ได้ผลดีกว่ากลุ่มไนเตรท ที่นิยมได้แก่ Captopril, Enalapril maliate โดยในการให้ยาพยาบาลควรติดตามวัดความดันโลหิตทุก 1 ชั่วโมง ติดตามระดับ Creatinine ในเลือดเพื่อดูการทำงานของไต และมีการสังเกตอาการข้างเคียงที่เกิดจากยา เช่น อาการไอ หากพบต้องแจ้งให้แพทย์ทราบทันที

5) ยาขับปัสสาวะ เพื่อช่วยลดปริมาตรเลือดที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจ โดยช่วยให้มีการขับปัสสาวะเพิ่มขึ้น ยาที่นิยมคือ Lasix ซึ่งสามารถขับน้ำออกจากร่างกายได้มากจึงทำให้สูญเสียโปแตสเซียมไปกับปัสสาวะมากขึ้น ในการให้ยาพยาบาลควรแนะนำผู้ป่วยในเรื่องการเปลี่ยนอิริยาบทต่างๆ เพราะอาจทำให้เกิดอาการวิงเวียน หน้ามืดได้ จากการมีความดันโลหิตในเลือดต่ำและมีปริมาณโปแตสเซียมในร่างกายลดลง จึงส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานผลไม้ที่มีโปแตสเซียมสูง เช่น กล้วย ส้ม

1.6 บันทึกสารน้ำเข้า-ออกในร่างกาย ทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลของสารน้ำในร่างกายที่แสดงถึงการทำหน้าที่ของไต หากไม่สมดุลอาจเกิดภาวะน้ำเกินได้

1.7 ชั่งน้ำหนักผู้ป่วยทุกวันในเวลาเดิมคือ ตอนเช้าหลังถ่ายปัสสาวะ เพื่อประเมินภาวะน้ำเกิน หากมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น 2 กิโลกรัมใน 1 วัน แสดงว่าขณะนั้นมีน้ำเกินอยู่ในร่างกายประมาณ 2 ลิตร และประเมินอาการบวมบริเวณ แขน-ขา ก้นกบ และรอบกระบอกตา ซึ่งจะบ่งชี้ถึงภาวะน้ำเกินจากการเสียหน้าที่ของไต

1.8 จำกัดน้ำในแต่ละวันตามแนวทางการรักษา โดยในรายที่ไม่รุนแรงให้จำกัดประมาณ 800-1,000 ซีซี/วัน เพื่อช่วยลดปริมาตรสารน้ำที่มากเกิน พยาบาลควรดูแลและควบคุมการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเข้มงวด ควรใช้เครื่องควบคุมปริมาตรสารน้ำ และในการผสมยาฉีดหรือการให้ยาน้ำสำหรับรับประทาน ต้องใช้น้ำในปริมาณน้อยที่สุด

2. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจวายได้ ดังนี้

2.1 ประเมินความรู้สึกและปัญหาต่างๆของผู้ป่วย พร้อมทั้งซักถามความต้องการของผู้ป่วย โดยพยาบาลควรให้เวลาและตั้งใจรับฟังปัญหาอย่างต่อเนื่อง เพื่อทำให้ทราบและเข้าใจปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย

2.2 กระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกไม่สบายใจที่มีอยู่ หรือความรู้สึกกลัว โดยพยาบาลต้องยอมรับกับความรู้สึกต่างๆ ของผู้ป่วย และอธิบายว่าเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้ตามปกติ เพราะการให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกจะช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลลงได้

2.3 สอนและแนะนำเทคนิคการผ่อนคลายที่สอดคล้องกับความสนใจของผู้ป่วย โดยควรฝึกให้ผู้ป่วยสามารถนำเทคนิคการผ่อนคลายมาปฏิบัติได้ เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย

2.4 ควรกระตุ้นและส่งเสริมให้ครอบครัว ญาติ หรือบุคคลใกล้ชิดมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น การเช็ดตัว ป้อนอาหาร ดูแลการขับถ่าย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่ดี และลดความวิตกกังวลได้

2.5 มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและการเปลี่ยนแปลงของอาการที่เกิดขึ้นไปในทางที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและลดความวิตกกังวลได้ แต่ต้องระมัดระวังการให้ข้อมูลมากเกินไปหรือการให้ความมั่นใจเกี่ยวกับอาการที่เปลี่ยนแปลงเกินความจริง

3. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในการควบคุมอาการของภาวะหัวใจวายได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ดังนี้

3.1 ประเมินความพร้อมในการรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วย รวมทั้งญาติด้วยและมีการประเมินวิถีชีวิตของผู้ป่วยโดยพิจารณาตามอายุ อาชีพ บุคลิกภาพ แรงจูงใจ ลักษณะครอบครัว รวมไปถึงความร่วมมือในการรักษา

3.2 ดูแลจัดการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง เพื่อช่วยป้องกันอาการกำเริบรุนแรง และลดการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลเมื่อกลับบ้าน โดยการให้ความรู้ในการดูแลตนเองจะครอบคลุมเกี่ยวกับเรื่องดังต่อไปนี้

1) การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย ในการทำกิจกรรมสามารถทำได้ตามปกติ แต่ต้องรู้ข้อจำกัดในการทำกิจกรรมของตนเอง ไม่หักโหมเกินไป ในช่วยพักฟื้นคือ 1-2 สัปดาห์แรก การทำงานต่างๆ ควรนั่งแทนการยืนและมีญาติอยู่เป็นเพื่อนคอยช่วยเหลือ และออกกำลังกายเล็กน้อยถึงปานกลาง เช่น การหมุนข้อ เดิน ไทเก๊ก ชี่กง ส่วนผู้ป่วยที่ยังมีอาการเหนื่อยง่าย ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ต้องมีญาติคอยช่วยเหลือในการทำกิจกรรม ควรออกกำลังกายโดยการผ่อนคลายลมหายใจ และการเคลื่อนไหวแขนขาบนเตียง แทนการเดินออกกำลังกาย

2) การรับประทานอาหารที่เหมาะสม ควรมีการควบคุมอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงโดยการจำกัดเกลือไม่เกิน 2 กรัม/วัน ไม่เติมเกลือหรือเครื่องปรุงรสต่างๆ เช่น น้ำปลา ซอส ซีอิ้ว ผงชูรส ลงในอาหารที่ปรุงเสร็จแล้ว ไม่ควรซื้ออาหารสำเร็จรูปเพราะมักมีปริมาณเกลือโซเดียมผสมอยู่ ไม่รับประทานอาหารหมักดอง อาหารที่ประกอบจากผงฟู ลักษณะอาหารที่

รับประทานควรเป็นประเภทที่ย่อยง่าย ไม่มีกากมากเกินไปเนื่องจากการย่อยอาหารทำให้หัวใจต้องทำงานหนัก ควรรับประทานอาหารทีละน้อยๆ แต่บ่อยครั้งเพื่อหลีกเลี่ยงอาการแน่นอึดอัดท้อง ควรหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ชา หรือกาแฟ เนื่องจากสารเหล่านี้จะกระตุ้นกระบวนการเมตาบอลิซึมของร่างกายมากขึ้น ทำให้ภาวะหัวใจวายกำเริบรุนแรงได้ ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง คอเลสเตอรอลสูง เนื่องจากอาจทำให้เกิดภาวะไขมันอุดตันหลอดเลือดหัวใจได้ และทำให้ผู้ป่วยอ้วน การอ้วนทำให้หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น ควรงดสูบบุหรี่เนื่องจากบุหรี่ทำให้หลอดเลือดหดตัว การไหลเวียนของเลือดไม่สะดวก และทำให้เกิดก๊าซคาร์บอนไดออไซด์ที่มีผลต่อการนำออกซิเจนเข้าสู่เนื้อเยื่อ และควรมีการควบคุมปริมาณน้ำดื่มต้องมีความสมดุลกับปริมาณปัสสาวะในแต่ละวัน

3) การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายควรนอนหลับอย่างน้อย 8-10 ชั่วโมง/วัน และควรหาเวลานอนพักหรืองีบในช่วงบ่ายและควรเข้านอนเร็วขึ้น ท่านอนที่ช่วยให้สุขสบายคือ การหนุนหมอนสูง และควรมีการฝึกเทคนิคการผ่อนคลายเพื่อช่วยให้หลับง่ายยิ่งขึ้น เช่น สวดมนต์ อ่านหนังสือธรรมะ ทำสมาธิ ฟังเพลงเบาๆ เป็นต้น

4) สอนและสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เช่น สอนการนับและจับชีพจรในแต่ละวันและทำการบันทึกไว้เป็นระยะๆ โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยได้รับยาดิจิทาลิส หากมีการเต้นของชีพจรน้อยกว่า 60 ครั้ง/นาทีและมากกว่า 100 ครั้ง/นาที ให้งดรับประทานยา และให้ผู้ป่วยชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน ถ้าหากน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากกว่า 1.4 กิโลกรัมใน 2 วัน แสดงว่า มีการคั่งของน้ำในร่างกายมากเกินไป เมื่อมีอาการผิดปกติได้แก่ มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ขาบวม แน่นอึดอัดท้อง นอนราบไม่ได้ หายใจหอบ เหนื่อย ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว ไอแห้งๆ แนะนำให้ผู้ป่วยรีบมาพบแพทย์ทันที

5) ย้ำเน้นถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัดทุกครั้งตามแผนการรักษาของแพทย์จนกว่าจะควบคุมโรคได้ และให้มีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องโดยปฏิบัติควบคู่กับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เหมาะสมกับโรค

3.3 ดูแลจัดทำคู่มือแนะนำเกี่ยวกับอาหาร หลักการควบคุมเกลือโซเดียม วิธีการเลือกรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำ เพื่อช่วยผู้ป่วยและครอบครัวในการวางแผนจัดเมนูอาหารที่เหมาะสม รวมถึงวิธีการจำกัดน้ำ การสังเกตปริมาณปัสสาวะและการประเมินสมดุลของน้ำเบื้องต้น

2. การจัดการตนเอง (Self-management)

การจัดการตนเองมีแนวคิดพื้นฐานมาจากทฤษฎีปัญญาสังคม (Social cognitive theory) (Bandura, 1986) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่นำมาอธิบายพฤติกรรมของบุคคลที่เชื่อในความสามารถในการควบคุมและกำกับตนเอง และเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งภายในและภายนอกเป็นผลมาจากการเรียนรู้ (นรลักขณ์ เอื้อกิจ, 2553) โดยการจัดการตนเองเปรียบเสมือนเป็นพฤติกรรมหนึ่งซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆของบุคคลจึงต้องมาจากกระบวนการคิด การรับรู้ การตัดสินใจ และการประเมินผลดี-ผลเสียของบุคคลนั้นด้วยตนเอง

2.1 ความหมาย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีผู้ทำการศึกษาเรื่องการจัดการตนเองและให้ความหมายของการจัดการตนเองไว้ ดังนี้

การจัดการตนเอง หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการจัดการกับอาการ การรักษา การจัดการในด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ด้วยตนเอง รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง (Barlow et al., 2002)

การจัดการตนเอง หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพหรือการป้องกันการเกิดโรคด้วยตนเองโดยมีการร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ (Tobin et al., 1986)

การจัดการตนเอง หมายถึง กระบวนการ กิจกรรม หรือกลยุทธ์ที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตน เพื่อควบคุมอาการ ป้องกันการกำเริบและผลกระทบของโรคที่มีต่อร่างกาย จิตใจ และสังคมโดยมีบุคลากรในทีมสุขภาพเป็นผู้ให้คำชี้แนะ (ศิริวรรณ ตั้งวิจิตรสกุล , 2550)

จากความหมายดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่า การจัดการตนเอง หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อจัดการกับอาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงตามการเจ็บป่วยด้วยตนเอง ตามกระบวนการและแนวทางการที่ได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ทำให้สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆได้อย่างเหมาะสม เพื่อควบคุมอาการ ป้องกันการกำเริบของโรคด้วยตนเอง

2.2 แนวคิดการจัดการตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าแนวคิดการจัดการตนเองที่นิยมใช้กันมากในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่

2.2.1 แนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin และคณะ (1986) ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 4 องค์ประกอบได้แก่

2.2.1.1 ด้านพฤติกรรม (Behavioral) เป็นการกระทำด้วยตนเองของบุคคลนั้นๆ ที่สามารถเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม ก่อให้เกิดประสบการณ์ความชำนาญ เพื่อสร้างความสามารถของตนเอง และจะส่งผลต่อกระบวนการของโรค

2.2.1.2 ด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental) จะก่อให้เกิดการจัดการตนเองตามเป้าหมาย โดยเกิดความพึงพอใจตามความต้องการด้านร่างกายและจิตใจ สิ่งแวดล้อมจะบอกถึงลำดับของการตอบสนองตามลำดับ บอกถึงกระบวนการรับรู้ซึ่งสามารถจัดลำดับการตอบสนองได้และมีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ทางสรีรวิทยาโดยตรง

2.2.1.3 ด้านการรู้คิด (Cognitive) มีบทบาทสำคัญในทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาทางสังคมในรูปแบบของการจัดการตนเอง ซึ่งส่วนประกอบของการรับรู้จะมีเป้าหมายทั้งทางด้านทักษะความคาดหวัง จะมีอิทธิพลต่อสมรรถนะแห่งตน การรับรู้สามารถก่อให้เกิดการวางแผน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การติดตามกระบวนการทางกายภาพ และควบคุมกระบวนการทางสังคมและสิ่งแวดล้อม

2.2.1.4 ด้านสรีรวิทยา (Physiological) เป็นองค์ประกอบด้านกายภาพของบุคคลซึ่งมีผลต่อกระบวนการเกิดโรค พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรค ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้กระบวนการของโรคร้ายแรงขึ้นอาจเป็นผลมาจากการรับรู้และอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อม

2.2.2 แนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer (1988) กล่าวว่า การจัดการตนเองเป็นกระบวนการที่จะช่วยให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ได้ ซึ่งแนวทางของการจัดการตนเองต้องประกอบด้วย

2.2.2.1 การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) เป็นการตั้งเป้าหมายตามแต่ละบุคคลซึ่งจะมีระดับความยากง่ายแตกต่างกัน โดยเป้าหมายที่ตั้งจะเป็นสิ่งที่บุคคลต้องการจะทำสำเร็จ การตั้งเป้าหมายยังเป็นแรงกระตุ้นและจูงใจให้บุคคลนั้นสามารถปฏิบัติได้สำเร็จ

2.2.2.2 การติดตามตนเอง (Self-monitoring) หรือ การสังเกตตนเอง (Self-observation) เป็นขั้นตอนที่บุคคลจะมีการสังเกต การบันทึก และติดตามพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งเป็นการแสดงถึงความตั้งใจของบุคคลนั้นในการติดตามพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงด้วยตนเอง โดยพฤติกรรมที่บุคคลสังเกตและบันทึกอาจเป็นพฤติกรรมที่เป็นทั้งเหตุและผลได้ ซึ่งบุคคลจะพยายามควบคุมพฤติกรรมของตนเองและระมัดระวังตัวไม่ให้แสดงพฤติกรรมที่ไม่ดีออกมา ซึ่งขั้นตอนการติดตามตนเอง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน (ณัชชา ภิรมย์, 2551) คือ 1) เลือกและกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย 2) จำแนกพฤติกรรมเป้าหมายออกเป็นพฤติกรรมย่อยที่สามารถสังเกตได้

ชัดเจน 3) กำหนดวิธีการบันทึกและเครื่องมือที่ใช้บันทึก 4) ทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรม 5) แสดงผลการบันทึกข้อมูลที่ชัดเจน และ 6) วิเคราะห์ข้อมูลที่ทำการบันทึก

2.2.2.3 การประเมินตนเอง (Self-evaluation) เป็นขั้นตอนการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรมที่ได้จากการติดตามตนเองกับเกณฑ์มาตรฐานหรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งจะช่วยแยกแยะได้ว่าพฤติกรรมใดควรเปลี่ยนหรือควรคงไว้ และนำไปสู่การตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม

2.2.2.4 การให้แรงเสริมตนเอง (Self-reinforement) เป็นขั้นตอนที่เกิดจากเมื่อบุคคลสามารถประสบความสำเร็จจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จะนำความสำเร็จมาเป็นแรงเสริมตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งการได้รับแรงเสริมตนเองทางบวกจะส่งผลให้บุคคลสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆอย่างต่อเนื่อง ส่วนแรงเสริมตนเองทางลบ จะเป็นแรงเสริมให้บุคคลหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมที่บุคคลไม่พึงปรารถนา ดังนั้น การเสริมแรงที่ดีควรเป็นการเสริมแรงตนเองทางบวกมากกว่าทางลบ

2.2.3 แนวคิดการจัดการตนเองของ Riegel, Carlson, และ Glasor (2000) เป็นกระบวนการจัดการตนเองเพื่อการคงไว้ของภาวะสุขภาพที่ดีและเป็นการจัดการความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังประกอบด้วย 4 ระยะ คือ

2.2.3.1 การรับรู้อาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงตามการเจ็บป่วย (Recognizing) เป็นการที่ผู้ป่วยสามารถจำได้และรับรู้ถึงอาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงจากภาวะสุขภาพเดิม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนั้นมีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วย โดยผู้ป่วยมีการเฝ้าระวังอาการ/ติดตามอาการตนเอง (Self-monitoring) ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงของอาการได้เร็วขึ้น เกิดมีการตัดสินใจทำพฤติกรรมตามมา

2.2.3.2 การประเมินอาการที่เปลี่ยนแปลง (Evaluating the change) เป็นการใช้กระบวนการคิดรู้ (Cognitive) ของผู้ป่วยในการพยายามที่จะแยกแยะความแตกต่างระหว่างอาการใดที่มีความสำคัญและไม่สำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงของโรค โดยเมื่อผู้ป่วยคิดว่าอาการที่เปลี่ยนแปลงนั้นเป็นสิ่งสำคัญ ผู้ป่วยจะตัดสินใจลงมือปฏิบัติตามมา แต่ถ้าหากอาการที่เปลี่ยนแปลงนั้นไม่ได้สำคัญ การตัดสินใจในการปฏิบัติของผู้ป่วยก็จะไม่เกิดขึ้น

2.2.3.3 การลงมือปฏิบัติตามแนวทางที่เลือก (Implementing) เป็นพฤติกรรมหรือการปฏิบัติที่เกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการและอาการแสดงของโรคเปลี่ยนแปลงไป โดยพฤติกรรมหรือการปฏิบัตินั้นจะเกิดจากความตั้งใจของผู้ป่วยในการเลือกแนวทางปฏิบัติและรับรู้ว่าการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีต่อตนเอง

2.2.3.4 การประเมินผลการปฏิบัติ (Evaluating the effectiveness of treatment) เป็นการประเมินผลของการปฏิบัติที่ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติตามการสังเกตของตนเองหรือจากผู้อื่นชี้แนะว่ามีประสิทธิภาพต่ออาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงอย่างไร เช่น อาการและอาการแสดงมีภาวะแทรกซ้อนลดลง

จากการทบทวนดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า การจัดการตนเองมีความหมายได้ 2 ความหมาย ได้แก่ 1) เป็นการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล และ 2) เป็นกระบวนการในการจัดการตนเองของบุคคลซึ่งจะมีลำดับขั้นตอนระบุไว้ สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin และคณะ (1986) ที่อธิบายว่า การจัดการตนเองเป็นการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพหรือการป้องกันการเกิดโรคด้วยตนเอง โดยมีการร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ โดยนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจวายในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารให้เหมาะสมกับภาวะโรค

2.3 การจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง

ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างจะมีลักษณะการบริโภคอาหารเฉพาะถิ่นที่ถือเป็นประเพณีและวัฒนธรรมการบริโภคอาหารสืบต่อกันมายาวนาน โดยเฉพาะการรับประทานอาหารที่ทำมาจากปลาร้าหรือใช้น้ำปลาร้าเป็นเครื่องปรุงรส ซึ่งวิธีการทำน้ำปลาร้านั้นจะเป็นการนำปลามาหมักกับเกลือ รำอ่อน และข้าวคั่ว หลังจากนั้นทำการบรรจุไว้ในไหและหมักนานเป็นเดือนหรือเป็นปี ตามขนาดของปลา โดยน้ำปลาร้าจะเป็นเครื่องปรุงรสในการประกอบอาหารเกือบทุกชนิดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง เช่น แจ่ว ลาบ แกง หมก และซุปอีสานต่างๆ เป็นต้น ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า ปลาร้าเปรียบเสมือนอาหารหลัก รองจากข้าวเหนียว เนื่องจากสามารถเป็นได้ทั้งเครื่องปรุงรสและอาหารหลักของประชากรภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง (จารุวรรณ ธรรมวัตร, 2540)

จากการบริโภคอาหารของประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างในข้างต้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย เมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจวายรับประทานอาหารที่มีการปรุงรสโดยใช้น้ำปลาร้า จะทำให้มีปริมาณเกลือโซเดียมสูงในร่างกาย ส่งผลให้มีการดูดกลับของน้ำและเกลือโซเดียมเข้าสู่หลอดเลือดของร่างกายเพิ่มมากขึ้น เกิดการคั่งของน้ำในร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบรุนแรงมากขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (ขจร เพียสุพรรณ์, 2545)

การจัดการตนเองจึงเป็นแนวทางหนึ่งที่ใช้ร่วมกับการรักษาวิธีอื่นๆ ของภาวะหัวใจวาย เพราะภาวะหัวใจวายเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถป้องกันหรือจัดการให้อาการทุเลาได้ โดยหลักการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย คือ การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อส่งเสริมสุขภาพและช่วยควบคุม ป้องกันการเจ็บป่วยไม่ให้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน (Gallagher, 2010) โดยองค์ประกอบของการจัดการตนเองจากแนวคิดของ Tobin และคณะ (1986) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านพฤติกรรม (Behavioral) 2) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental) 3) ด้านการรู้คิด (Cognitive) และ 4) ด้านสรีรวิทยา (Physiological) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงนำแนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin และคณะ (1986) มาประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง กล่าวคือ

ด้านพฤติกรรม เมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารได้ เช่น การรับประทานอาหารไขมันต่ำ งดรับประทานอาหารเค็ม จำกัดปริมาณเกลือโซเดียมน้อยกว่า 2 กรัม/วัน (ไม่เกิน 1 ช้อนชา/วัน) เป็นต้น และมีการดื่มน้ำให้สมดุลกับปริมาณปัสสาวะที่ตวงในแต่ละวัน จะสามารถช่วยลดการดูดกลับของน้ำและโซเดียมทำให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการคั่งของน้ำในร่างกายและช่วยลดปัจจัยเสี่ยงของการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ รวมทั้งช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551; Smeulders et al., 2009)

ด้านสิ่งแวดล้อม ที่มีผลทั้งต่อร่างกายและจิตใจ คือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิดที่อยู่รอบข้างผู้ป่วย รวมทั้งบุคลากรทีมสุขภาพจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่เป็นแรงกระตุ้น ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายสามารถมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมอาหารได้ และการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายต้องได้รับความร่วมมือ ความเอาใส่ใจ และการรับรู้ของผู้ป่วย เพื่อช่วยในการส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารเป็นไปอย่างต่อเนื่อง หากผู้ป่วยมีจิตใจที่ท้อแท้ สิ้นหวัง จนนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารได้น้อยลง

ด้านการรู้คิด ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายจะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารแตกต่างกันไปตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งความเชื่อด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อร่างกายตนเองและมีความเสี่ยงที่จะมีความรุนแรงมากขึ้นจากการเจ็บป่วย ซึ่งเมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าการไม่จำกัดเกลือโซเดียมจะทำให้มีอาการกำเริบรุนแรง จนอาจเกิดอันตรายแก่ชีวิตผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยจะมีการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารได้ดียิ่งขึ้น

ด้านสรีรวิทยา จากความแตกต่างของเพศทั้งด้านโครงสร้างร่างกาย ความคิด บทบาทหน้าที่ จะทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกัน ซึ่งหากผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมให้มีการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารอย่างถูกต้อง จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการควบคุมอาการของโรคไม่ให้กำเริบรุนแรง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารได้

2.4 การประเมินการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

ในการประเมินการจัดการตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ไม่มีแบบประเมินที่สอดคล้องกับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้สร้างแบบประเมินการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin และคณะ (1986) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เป็นแบบสอบถามทั้งหมด 12 ข้อ ซึ่งครอบคลุมการจัดการตนเองทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรมมี 4 ข้อ ด้านสิ่งแวดล้อมมี 3 ข้อ ด้านการรู้คิดมี 3 ข้อ และด้านสรีรวิทยามี 2 ข้อ มีมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย พบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ดังนี้

3.1 เพศ เป็นปัจจัยที่แสดงถึงความแตกต่างทางสรีรวิทยา สมรรถภาพทางกาย บุคลิกภาพ และบทบาทหน้าที่ ซึ่งเพศจะมีผลต่อการแสดงพฤติกรรม กล่าวคือ เพศชายจะมีโครงสร้างของร่างกายที่แข็งแรง มีความเชื่อมั่นในตนเองสูง มีพฤติกรรมในด้านการใช้กำลัง ส่วนเพศหญิงจะมีโครงสร้างที่บอบบางกว่า มีอารมณ์อ่อนไหวและเปลี่ยนแปลงง่าย และจะมีพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับการดูแลร่างกายตนเองมากกว่าเพศชาย ดังนั้น ความแตกต่างของเพศจึงมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมทางสุขภาพ (สายรุ้ง บัวระพา, 2547) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเพศหญิงให้ความร่วมมือในการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารโซเดียมต่ำได้ดีกว่าเพศชาย (Chung et al., 2006) และการศึกษาของ Bosther and Hultsch (อ้างถึงใน จรรวมล แพ่งโยธา, 2548) พบว่า เพศชายมีความสามารถในการดูแลตนเองต่ำกว่าเพศหญิง เนื่องจากเพศชายต้องมีภาระรับผิดชอบต่อครอบครัว การทำงาน และสังคมมากกว่าเพศหญิง

3.2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) เป็นความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความยอมรับ หรือการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพอนามัยของตนเอง ซึ่งมีอิทธิพล

ต่อการเจ็บป่วยและการดูแลรักษา โดยการชักนำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมสุขภาพตามความคิดและความเข้าใจนั้นๆ ซึ่งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พัฒนามาจากทฤษฎีด้านจิตวิทยาสังคม โดยพัฒนาขึ้นครั้งแรกตามแนวคิดของ Lewin (1951) ซึ่งเชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมตามที่ตนพอใจและรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ดีต่อตนเอง และจะเลี่ยงไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น หากปฏิบัติจะเกิดผลเสียแก่ตนเอง หลังจากนั้น Rosenstock (1974) ได้นำแนวคิดของ Lewin มาผสมผสานกับทฤษฎีแรงจูงใจและทฤษฎีการตัดสินใจ มาใช้อธิบายถึงพฤติกรรมและการตัดสินใจของบุคคลในการดูแลรักษาสุขภาพ โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นว่าการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับการมองเห็นคุณค่าของสิ่งที่ได้รับ และความเชื่อในผลที่เกิดจากการกระทำของตนเอง (Becker, 1974) คือการที่บุคคลจะปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค หรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรคจะต้องมีความเชื่อว่า ตนเองเป็นบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้นๆ และเมื่อเกิดโรคจะทำให้เกิดความรุนแรง ที่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต และต้องคำนึงถึงปัจจัยที่อาจมีผลต่อการปฏิบัติ เช่น การมีอุปสรรคต่างๆ ความเจ็บปวด ความยากลำบาก เป็นต้น นอกจากนี้การปฏิบัติตามคำแนะนำจะเป็นประโยชน์ช่วยลดโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรค Becker (1974) ได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาปรับปรุงและใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคลโดยเพิ่มปัจจัยร่วม (Modifying factors) และปัจจัยชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) จากการศึกษาของ เกศกนก เข็มคง (2550) พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .69) และจากการศึกษาของ ศิริพร ปามะระ (2545) พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในด้านการจัดการตนเองในการรับประทานอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .36) จากการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายได้ โดยองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจากการปรับปรุงตามแนวคิดของ Becker (1974) มีรายละเอียด ดังนี้

3.2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Perceived susceptibility) หมายถึง บุคคลมีความเชื่อ หรือมีการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใด ซึ่งการรับรู้โอกาสเสี่ยงถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้บุคคลเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อบุคคลเชื่อว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จะมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรค ในทางกลับกัน หากบุคคลไม่เชื่อว่าตนมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคหรือมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคน้อย จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี จากการศึกษาของ เกศกนก เข็มคง (2550) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับการบริโภค

อาหารของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .38) ซึ่งการรับรู้โอกาสเสี่ยงของบุคคลในการรักษาสุขภาพจะมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ สังคม วัฒนธรรมและศาสนา เป็นต้น

3.2.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity or seriousness) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลมีต่อความรุนแรงของโรค โดยบุคคลจะประเมินว่า เมื่อเกิดความเจ็บป่วยความรุนแรงของโรค จะมีผลต่อร่างกายของตนเองอย่างไร เช่น ทำให้เกิดความเจ็บปวด ความพิการ เสียชีวิต และมีผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ของตนเองในด้านการทำงาน ชีวิตครอบครัวและสังคม เป็นต้น จากการศึกษาของ นัยนา เมธา (2544) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .31)

3.2.3 การรับรู้ประโยชน์ (Perceived benefits) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลในการหาแนวทางที่จะปฏิบัติตนให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์ต่อโรคนั้นๆ การตัดสินใจที่จะเลือกปฏิบัติขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบผลดี-ผลเสียของการปฏิบัตินั้นๆ ซึ่งมักจะเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่ให้ผลดีมากกว่าผลเสีย โดยบุคคลจะเชื่อว่าการปฏิบัตินั้นสามารถช่วยลดการเจ็บป่วยได้ จากการศึกษาของ ณัฐธยาน์ ประเสริฐอำไพกุล และคณะ (2551) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ช่วยป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการควบคุมอาหารเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .32)

3.2.4 การรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาหรืออุปสรรคในการปฏิบัติตนในทางลบ ซึ่งอาจมีผลขัดขวางการเกิดพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของบุคคล เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สุขสบาย ความเจ็บปวด เป็นต้น จากการศึกษาของ รัตนา เรือนอินทร์ (2550) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการควบคุมโรคด้านการควบคุมอาหารของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.185) ดังนั้น หากบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคในระดับสูง จะส่งผลให้การปฏิบัติพฤติกรรมเกิดขึ้นได้ยาก ซึ่งการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยทำนายการปฏิบัติพฤติกรรมให้เกิดความร่วมมือในการรักษาได้

3.2.5 ปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) หมายถึง ตัวกระตุ้น (Trigger) ที่นำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม อาจเป็นสิ่งที่อยู่ในตัวบุคคล เช่น อาการไม่สุขสบาย ความเจ็บปวดอ่อนเพลีย เป็นต้น หรือเป็นสิ่งแวดล้อมภายนอกที่มากระตุ้นเตือน เช่น การได้รับคำแนะนำจากบุคคลอื่นทั้งจากครอบครัว เพื่อน บุคลากรสุขภาพ เป็นต้น ในการศึกษาของ ณัฐธยาน์

ประเสริฐอำไพกุล และคณะ (2551) พบว่า ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการควบคุมอาหารเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .43)

3.2.6 ปัจจัยร่วม (Modifying factors) หมายถึง ปัจจัยร่วมที่ช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการรักษาหรือป้องกันโรค ประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร ปัจจัยด้านจิต-สังคม และปัจจัยด้านโครงสร้าง จากการศึกษาของ เกศกนก เข็มคง (2550) พบว่า ปัจจัยร่วมคือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยไตวายเรื้อรังและพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการบริโภคอาหารของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .48)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำองค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค มาประยุกต์ใช้กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ดังนี้

การรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นการรับรู้หรือความเข้าใจของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายต่ออาการของหัวใจวายที่เกิดขึ้นว่า มีความรุนแรงที่ส่งผลต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และสังคม เมื่อผู้ป่วยมีอาการบวมตามส่วนปลายของร่างกาย หายใจลำบาก จากการที่รับประทานอาหารรสเค็มจัด ทำให้ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม

การรับรู้ประโยชน์ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย เมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึงประโยชน์ในการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารว่าสามารถช่วยชะลอการดำเนินโรคและไม่ทำให้อาการกำเริบรุนแรง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารได้อย่างต่อเนื่อง

การรับรู้อุปสรรค เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ต่ออุปสรรคที่ขัดขวางหรือปัญหาของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร เช่น ไม่มีเวลา ขาดความรู้ การไม่สะดวกในการเตรียมอาหาร เป็นต้น ซึ่งหากผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีการรับรู้อุปสรรคมากกว่าการรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร จะส่งผลให้เกิดการหลีกเลี่ยงการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารได้ สำหรับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติและปัจจัยร่วม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารจำนวนน้อยและปัจจัยดังกล่าวไม่สามารถร่วมทำนายในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (ปรียาภรณ์ สวัสดิ์ศรี, 2550) ซึ่งเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังเช่นเดียวกับภาวะหัวใจวายได้

จากการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า มีการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายและผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ในการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหารและการควบคุม

อาหาร ได้แก่ การศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพต่อการบริโภคอาหารของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังของ เกศกนก เข็มคง (2550) พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการด้านการบริโภคอาหาร และ ปรียาภรณ์ สวัสดิ์ศรี (2550) ศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในการควบคุมอาหาร สามารถร่วมทำนายการควบคุมอาหารเพื่อไม่ให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากขึ้นได้ จากการศึกษาของ หทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพในการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยผู้สูงอายุภาวะหัวใจวายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ และความเชื่อด้านสุขภาพในการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบมากขึ้น การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (จิตติมา ภูริทัตกุล, 2547) นอกจากนี้ ศิริพร ปาระมะ (2545) ศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน

3.2.7 การประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบสอบถามการประเมินความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) มีการนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ดังนี้

1) แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค การรับรู้อุปสรรคของปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค ของ คมเนตร สกุลชนะศักดิ์ (2550) เป็นแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพสร้างตามแนวคิดของ Rosenstock (1974) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ มีมาตรวัดเป็นแบบ Likert scale 5 ระดับ นำมาศึกษาในการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันวัณโรคในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง จำนวน 130 คน มีค่าความตรง (Validity) เท่ากับ 0.78-0.88 และมีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.92-0.96

2) แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังของ เกศกนก เข็มคง (2550) สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Becker (1974) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 38 ข้อ มีมาตรวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ นำแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพมาศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังโรงพยาบาลสุโขทัย จำนวน 88 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาครายรวม เท่ากับ 0.96 และรายด้านได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคไตวายเรื้อรัง การรับรู้ความรุนแรงของโรคไตวายเรื้อรัง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา

แรงจูงใจด้านสุภาพ และปัจจัยร่วม ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค เท่ากับ 0.77, 0.87, 0.74, 0.81, 0.82 และ 0.78 ตามลำดับ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดัดแปลงแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของ เกศกนก เข็มคง (2550) เนื่องจากกลุ่มประชากรที่ศึกษาเป็นกลุ่มของโรคเรื้อรังเหมือนกัน และเป็นการประเมินเกี่ยวกับการควบคุมอาหารเช่นเดียวกัน

3.3 ภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า เป็นอาการแทรกซ้อนทั้งในผู้ป่วยโรคทางกาย และ โรคทางจิตต่างๆ (ดวงใจ กสานติกุล, 2542) ภาวะหัวใจวายเป็นโรคทางกายชนิดหนึ่งที่มักพบการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ โดยพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจวายพบร้อยละ 13.9-77.5 ของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก พบร้อยละ 13-42 (Norra et al., 2008) และจากการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการที่ทำให้เกิดความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อการเป็นภาวะหัวใจวายในผู้ป่วยผู้สูงอายุ (Abramson, 2001 cited in Sullivan et al., 2004) และยังเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเสียชีวิตได้

3.3.1 ความหมาย

มีผู้ศึกษาและได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้มากมาย สรุปได้ดังนี้

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่แสดงถึงความเบี่ยงเบนทางด้านความคิดและการรับรู้ มีการเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ มีความคิดด้านลบ รู้สึกไร้ค่า รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เป็นต้น (ระพิณ ผลสุข และนรลักขณ์ เอื้อกิจ, 2550)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะจิตใจหม่นหมอง หดหู่ เศร้า ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด รู้สึกตนเองด้อยคุณค่า ตำหนิตัวเอง มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันชัดเจน หรือปฏิบัติไม่ได้ นอนไม่หลับหรือนอนมากกว่าปกติ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย เงียบขรึม ความสนใจกิจกรรมรอบตัวและสิ่งแวดล้อมน้อยลงหรือไม่มีเลย แยกตัวเอง ไม่อยากพบปะใครๆ อาจมีการเปลี่ยนแปลงด้านการคิด หรือการรับรู้ เช่น การคิดซ้ำๆ มีความคิดทำร้ายตนเอง (นุสรา วรภัทราทร, 2547)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่ทำให้บุคคลมีความผิดปกติในด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านพฤติกรรม และด้านสรีระวิทยา ได้แก่ การมีมโนทัศน์ต่อสิ่งต่างๆในด้านลบ มีการตำหนิติเตียนตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ พยายามหลีกเลี่ยงสถานการณ์ต่างๆ มีกิจกรรมทางกายน้อยลง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ไม่สนใจกิจกรรมทางเพศ เป็นต้น (Beck, 1967)

จากผู้ให้ความหมายต่างๆ ข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่มีความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ความคิด และการรับรู้ของบุคคล ซึ่งมีการแสดงออกทั้งในด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ มีทัศนคติต่อสิ่งรอบตัวในแง่ลบ ตำหนิตนเอง รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า แยกตัว มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นน้อยลง เบื่ออาหาร เป็นต้น

3.3.2 ภาวะซึมเศร้ากับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

จากการที่ภาวะหัวใจวายเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การดำเนินของโรคมักเป็นไปในทางลบ คือ เมื่อมีภาวะหัวใจวายที่เพิ่มมากขึ้น อาการของโรคจะยิ่งเลวลง เกิดอาการบวม หรือหายใจหอบเหนื่อย ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้ผู้ป่วยต้องเป็นภาระของผู้อื่นและครอบครัว จึงทำให้ผู้ป่วยมีความคิดต่อความเจ็บป่วยไปในทางลบ เกิดความคิดอัตโนมัติต่อตนเองในทางลบ จนนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เกิดภาวะซึมเศร้า เบื่อหน่าย หมดความสนใจในสิ่งต่างๆ รู้สึกหมดหนทางที่จะต่อสู้กับอาการของโรคที่กำเริบรุนแรง รู้สึกตนเองไม่มีประโยชน์ ไม่มีคุณค่า คิดว่าตนเองล้มเหลว ทำอะไรไม่สำเร็จ (จันทร์เพ็ญ สมโน, 2551) จากอาการของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจวายดังกล่าว ทำให้ความสนใจในการดูแลตนเองและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างๆ เช่น การจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร เพื่อช่วยลดและป้องกันอาการแทรกซ้อนต่างๆ ของภาวะหัวใจวายในผู้ป่วยลดลง เนื่องจากการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ต้องอาศัยความร่วมมือ ความเอาใจใส่ และการรับรู้ของผู้ป่วยเป็นแรงกระตุ้นให้สามารถจัดการตนเองในการควบคุมอาหารได้ จากการศึกษาความร่วมมือในการรักษาและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของ จันทร์เพ็ญ สมโน (2551) พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการจำกัดน้ำดื่มและการควบคุมอาหารจำกัดเกลือโซเดียม ร้อยละ 38.24 และ 29.41 ตามลำดับ ซึ่งน้อยกว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการจำกัดน้ำดื่มและการควบคุมอาหารจำกัดเกลือโซเดียม ร้อยละ 88.33 และ 79.63 ตามลำดับ ภาวะซึมเศร้าจึงมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยจะทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารลดลง เกิดภาวะหัวใจวายรุนแรงมากขึ้น ส่งผลให้มีการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลและมีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น (Norra et al., 2008)

3.3.3 การประเมินภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโดยใช้การประเมิน ดังนี้

1) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) ที่สร้างจากแนวคิดของ Radloff (1977) แปลเป็นภาษาไทยโดย ธวัชชัย วรพงศธร และคณะ (2533) มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงลบ 16 ข้อ คำถามเชิงบวก 4 ข้อ โดยมีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ ซึ่งมลฤดี บุราณ (2548) นำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 150 คน และนำมาทดสอบหาค่าความตรง (Validity) เท่ากับ 0.90 และมีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.78

2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Beck Depression Inventory (BDI) เป็นเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1961 จากพื้นฐานทฤษฎีพฤติกรรม-ปัญญานิยม ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับความซึมเศร้า 5 หมวด ได้แก่ 1) หมวดอารมณ์ 5 ข้อ 2) หมวดความคิดและการรับรู้ 7 ข้อ 3) หมวดความหลงผิด 1 ข้อ 4) หมวดร่างกาย 6 ข้อ และ 5) หมวดกำลังใจ 2 ข้อ มีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ ซึ่งสิริกาญจน์ ท่อแก้ว (2546) ได้นำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดล้างไตในเขตจังหวัดนครปฐม จำนวน 117 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค เท่ากับ 0.82

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยดัดแปลงใช้แบบสอบถาม Beck Depression Inventory (BDI) ของ Beck (1967) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ได้รับความนิยมในการใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรังต่างๆ เช่น ผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น (Norra et al., 2008; จันทร์เพ็ญ สมโน, 2551; สิริกาญจน์ ท่อแก้ว, 2546) ดังนั้นจึงมีความเหมาะสมที่จะใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

3.4 การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม เป็นสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล ซึ่งมีโครงสร้างสัมพันธภาพมาจากแหล่งต่างๆ ทั้งภายในครอบครัว คู่สมรส ญาติพี่น้อง รวมทั้งกับบุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายสังคม ในการส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถที่จะมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสม เนื่องจากจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นและมีความมั่นใจว่า ตนเองจะสามารถปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมในการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพที่ดีได้

3.4.1 ความหมายและแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

มีผู้ศึกษาแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมและให้ความหมายไว้มากมาย ได้แก่

Cobb (1976) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า หมายถึง เป็นการรับรู้ของบุคคลว่าตนเองมีคนให้กำลังใจ ได้รับความรัก ได้รับการยอมรับจากสังคมทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่า และรับรู้ว่าตนเองคือส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภทดังนี้

1) การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ (Emotional support) คือ การที่บุคคลรับรู้ว่าได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ การมีคนยกย่องเห็นคุณค่า ได้รับความสนิทสนม มีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด และมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

2) การสนับสนุนด้านการยอมรับและมีคุณค่า (Esteem support) คือ การที่บุคคลรับรู้ว่าตนเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น ทำให้รู้สึกว่าตนมีคุณค่า

3) การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially support or network) คือ การที่บุคคลรับรู้ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หรือเป็นสมาชิกของเครือข่ายทางสังคม ซึ่งจะมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

Jacobson (1986) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ที่มีความเกี่ยวข้องกับได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านวัตถุสิ่งของ และความรู้ความเข้าใจ ทำให้บุคคลมีกำลังใจในการจัดการปัญหา และรับรู้ว่าตนเองมีคุณค่า โดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) คือ การที่บุคคลได้รับการสนับสนุน ได้รับกำลังใจ การเอาใจใส่ ทำให้บุคคลมีความนับถือ เชื่อมั่นในการดูแลตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย

2) การสนับสนุนด้านการรับรู้ (Cognitive support) คือ บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสาร หรือคำแนะนำและการช่วยเหลือต่างๆ เพื่อช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจต่อสิ่งรอบข้างและช่วยในการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ

3) การสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของ (Materials support) คือ การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือในด้านสิ่งของ ด้านแรงงาน และด้านบริการต่างๆ เพื่อช่วยให้บุคคลจัดการปัญหาได้

จากความหมายดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่า มีผู้อื่นให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือทั้งด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ ด้านเงิน วัตถุ สิ่งของต่างๆ รวมทั้งข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ต่างๆ ซึ่งส่งผลให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่า และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

3.4.2 การสนับสนุนทางสังคมกับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

การติดต่อสื่อสารหรือการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม ถือว่าเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นต่อมนุษย์ซึ่งจะมีผลโดยตรงต่อภาวะทางอารมณ์ ภาวะจิตใจ และภาวะสุขภาพที่ดี ทั้งนี้ การสนับสนุนทางสังคมหรือการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น พบว่า สามารถช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ (Cacioppo and Hawkley, 2003 cited in Lofvenmark et al., 2009) จากการที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีอาการของโรคกำเริบรุนแรง จึงทำให้มีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย ช่วยเหลือตนเองได้น้อย เนื่องจากการทำงานของหัวใจลดลง จำเป็นต้องจำกัดการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล เกิดความกลัว รู้สึกถูกแยกจากสังคมและบุคคลรอบข้าง (Lofvenmark et al., 2009) ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะพึ่งพาผู้อื่น ขาดการดูแลจัดการตนเองด้านส่งเสริมสุขภาพ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคกำเริบ เช่น การรับประทานยา การควบคุมอาหาร การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง เป็นต้น และภาวะหัวใจวายเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนาน จนทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย สิ้นหวัง จนนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (จันทร์เพ็ญ สมโน, 2551) การสนับสนุนทางสังคมจึงมีบทบาทที่สำคัญในการเข้ามาช่วยส่งเสริม สนับสนุน ให้มีการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี และสามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เข้ามาได้อย่างเหมาะสม (จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2531) โดยเมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจวายได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ทั้งจากบิดา มารดา คู่สมรส บุตร ญาติพี่น้อง รวมทั้งบุคลากรทางสุขภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย รู้สึกว่าตนเองเป็นที่รักของผู้อื่น มีกำลังใจ ได้รับการเอาใจใส่ ทั้งด้านข้อมูล ข่าวสาร คำชี้แนะต่างๆ การช่วยเหลือด้านแรงงาน รวมทั้งเงิน สิ่งของ (Jacobson, 1986) ทำให้เกิดพฤติกรรมการดูแลจัดการตนเองในด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยเฉพาะ อาการภาวะน้ำคั่งในร่างกายจากการไม่ควบคุมอาหารจำกัดเค็ม โซเดียมต่ำ ซึ่งหากมีอาการนี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบรุนแรง ต้องกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และอาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตได้ (Murberg and Bru, 2001)

จากการศึกษาของ Sayers et al. (2008) พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยเพิ่มการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย เช่น การให้ความร่วมมือในการควบคุมอาหารและยา การประเมินน้ำหนักตัว และจากการศึกษาของ สมคิด สีหสิทธิ์ (2546) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมในด้านการควบคุมอาหารมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .48$) ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ส่งเสริม และสนับสนุนให้มีการปฏิบัติการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายได้อย่างต่อเนื่องและมี

ประสิทธิภาพทำให้สามารถช่วยลด การกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ลดอัตราการเสียชีวิต และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น

3.4.3 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

จากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมที่มีความแตกต่างและมีความหลากหลาย จึงมีผู้คิดแบบประเมินและการวัดการสนับสนุนทางสังคมไว้มากมาย ซึ่งในการนำมาใช้ต้องพิจารณาตามความเหมาะสมของกลุ่มที่จะศึกษา ดังนี้

1) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Cobb (1976) และ Schafer และคณะ (1981) มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า 3) ด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 4) ด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน และ 5) ด้านบริการ ด้านข้อมูลข่าวสาร โดยมีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ ซึ่ง สมคิด สีหสิทธิ์ (2546) ได้นำแบบสอบถาม มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง จำนวน 110 คน และแบบสอบถามมาทดสอบหาค่าความตรง (Validity) เท่ากับ 0.80 และมีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.91

2) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Jacobson (1986) มีข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านวัตถุสิ่งของ และด้านความรู้ความเข้าใจ โดยมีมาตรวัดเป็นแบบ Likert scale ซึ่ง คมเนตร สกุลธนะศักดิ์ (2551) นำมาประยุกต์ใช้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคในผู้สูงอายุ จำนวน 130 คน และนำแบบสอบถามมาทดสอบหาค่าความตรง (Validity) เท่ากับ 0.89 และมีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.95

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ คมเนตร สกุลธนะศักดิ์ (2551) สร้างตามแนวคิดของ Jacobson (1986) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังเหมือนกัน

4. บทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin และคณะ (1986) กับการส่งเสริมการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะ หัวใจวาย

ภาวะหัวใจวายเป็นอาการที่มักพบในระยะสุดท้ายของโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี โรคลิ้นหัวใจพิการ ไตวายเรื้อรัง เบาหวาน เป็นต้น และเป็นภาวะที่มีอาการทางคลินิกที่มีความซับซ้อน มีการรักษาที่ต้องใช้

เวลายาวนาน ผู้ป่วยต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหรือวิถีชีวิตของตนเองร่วมกับการใช้วิธีการรักษาหลักและมีการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตของผู้ป่วย โดยการจัดการตนเองเป็นส่วนหนึ่งของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากแนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin และคณะ (1986) ซึ่งเป็นการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพหรือการป้องกันการเกิดโรคด้วยตนเองโดยมีการร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ดังนั้น ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเป็นทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยส่งเสริมการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย เนื่องจากเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ สามารถใช้วิจารณญาณในการตัดสินทางคลินิกที่ซับซ้อน สามารถให้การดูแลผู้ป่วย ให้คำปรึกษา ชี้แนะแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สมจิต หนุเจริญกุล, 2553)

พยาบาลในฐานะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง จึงควรมีบทบาทตามสมรรถนะในการดูแลและให้การพยาบาลการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมและสนับสนุนการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีประสิทธิภาพ สามารถช่วยลดอาการแทรกซ้อน ลดการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและยืดชีวิตผู้ป่วยให้ยืนยาวมากขึ้น (สมจิต หนุเจริญกุล, 2553) ดังนี้

1) การพัฒนา จัดการ และกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือเฉพาะกลุ่ม/เฉพาะโรค (Care management) ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต้องมีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายว่าผู้ป่วยมีความพร้อมในการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร ซึ่งครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ จากแนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin และคณะ (1986) เมื่อบุคคลมีความพร้อมในด้านสรีรวิทยาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จะส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมต่างๆ โดยหากผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีความพร้อมต่อตนเองมากเพียงใด เมื่อมีการดูแลรักษาพยาบาล และให้ความรู้รวมถึงคำแนะนำต่างๆ ที่เกี่ยวกับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุดตามความพร้อมของผู้ป่วย

2) การดูแลกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน (Direct care) ภาวะหัวใจวายเป็นอาการทางคลินิกที่มีความซับซ้อนมีการรักษาที่ยาวนานและต่อเนื่องตลอดชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาภาวะหัวใจวายที่ช่วยลดการทำงานของหัวใจลง (ศุภชัย ไชยธีระพันธุ์ และปรีชา วิชิตพันธุ์, 2536; เดือนฉาย ชยานนท์, 2541; สมเกียติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550) ในบทบาทนี้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ต้องทำหน้าที่เป็นผู้ให้ข้อมูลและความรู้ต่างๆ ซึ่งเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่งซึ่งอยู่ในด้านสิ่งแวดล้อมของแนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin และคณะ (1986) โดยมีผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพได้ ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยได้รับความรู้หรือข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับการจัดการตนเองในการควบคุม

อาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายว่าต้องมีการปฏิบัติตัวอย่างไร เช่น มีการควบคุมอาหารที่มีปริมาณเกลือโซเดียมมาก ได้แก่ น้ำปลาร้า แจ่วบอง ปลาจ่อม กุ้งจ่อมต่างๆ เป็นต้น การรับประทานอาหารไขมันต่ำ การงดรับประทานอาหารรสเค็มจัด และมีการสนับสนุนด้านจิตใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารได้ถูกต้องและต่อเนื่อง

3) การประสานงาน (Collaboration) ในบทบาทนี้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต้องทำหน้าที่ในการประสานงานกับทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักโภชนบำบัด เป็นต้น เพื่อร่วมแก้ไขปัญหาที่ผู้ป่วยอาจพบเมื่อมีการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารได้ และทำหน้าที่ประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่สะดวก รวดเร็วและต่อเนื่อง จากแนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin และคณะ (1986) การที่บุคคลมีสิ่งแวดล้อมที่ดีในด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากทีมสุขภาพ โดยมีผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเป็นผู้ประสานงานให้ ส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายสามารถจัดการตนเองในการควบคุมอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

4) การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowering) **การสอน** (Educating) **การฝึกทักษะ** (Coaching) **การเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ** (Mentoring) พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต้องมีการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย เพื่อที่จะปฏิบัติการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร ได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ในการสอนและฝึกทักษะการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร โดยมีการใช้สื่อที่เหมาะสม เพื่อช่วยในการสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจวายที่เกิดขึ้น เช่น อาการบวม อาการหายใจหอบ เหนื่อย ได้ด้วยตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถประเมินอาการของภาวะหัวใจวายและมีการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงยังคอยเป็นพี่เลี้ยงในการช่วยสอนหรือแนะนำพยาบาลผู้เกี่ยวข้อง ให้มีส่วนร่วมในการพยาบาลโดยใช้การจัดการตนเองเป็นแนวทางการรักษาพยาบาล โดยในการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย รวมทั้งการสอนและฝึกทักษะต่างๆ ในการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการจัดการตนเองได้เป็นอย่างดี ส่งผลให้มีการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

5) การให้คำปรึกษาทางคลินิก (Consultation) ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต้องให้คำปรึกษา ช่วยเหลือ และแนะนำถึงแหล่งประโยชน์แก่ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายในการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร จากแนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin และคณะ (1986) ในด้านสรีรวิทยาซึ่งมักมีผลต่อการเกิดพฤติกรรมและการรู้คิด โดยจากความแตกต่างกันระหว่างเพศชายและเพศหญิงทั้งด้านโครงสร้างร่างกาย การรู้คิด เมื่อต้องมีการปฏิบัติพฤติกรรมหรือพบปัญหาจึงมีความแตกต่าง

กัน ดังนั้น การให้คำปรึกษาของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงจึงควรให้แนวทางการแก้ไขหรือข้อเสนอแนะให้เหมาะสมในแต่ละเพศ เพื่อให้สามารถจัดการตนเองในการควบคุมอาหารได้อย่างถูกต้อง เช่น ในเพศชายที่ไม่ได้เป็นผู้ปรุงอาหารเอง ทำให้หลีกเลี่ยงการใส่เครื่องปรุงรสไม่ได้ ควรแนะนำให้ผู้ป่วยอธิบายให้ครอบครัวได้ทราบถึงความสำคัญของไม่ใส่เครื่องปรุงรสต่างๆในอาหารของผู้ป่วยและบอกถึงผลที่เกิดขึ้นภายหลังหากไม่มีการควบคุม หรือในเพศหญิงที่ชอบรับประทานผลไม้รสเปรี้ยวที่ต้องจิ้มเกลือ แนะนำให้เปลี่ยนเป็นการใช้น้ำตาลแทน เป็นต้น โดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสามารถให้คำปรึกษาที่ถูกต้องได้ทั้งการพูดคุยโดยตรงและทางโทรศัพท์

6) การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agent) ในบทบาทนี้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต้องเป็นผู้พัฒนาการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายให้มีแนวทางปฏิบัติที่สอดคล้องและทันกับการเปลี่ยนแปลงการรักษาของผู้ป่วย และมีการสร้างนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่มีการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร เช่น การทำช้อนตวงในการตักเครื่องปรุง เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่า ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมีแนวทางการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่ชัดเจน ประกอบกับมีการสร้างนวัตกรรมที่เป็นประโยชน์ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นและมั่นใจที่จะปฏิบัติการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารว่าสามารถช่วยควบคุมอาการของภาวะหัวใจวายไม่ให้กำเริบรุนแรงได้ ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

7) การให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical reasoning and ethical decision making) ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต้องปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดหลักคุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพพยาบาลและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ในการดูแลรักษาและร่วมตัดสินใจในประเด็นปัญหาที่ซับซ้อนทางจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย เช่น การควบคุมอาหารบางอย่างมีการขัดต่อประเพณีการรับประทานอาหารของผู้ป่วย กล่าวคือ การรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยน้ำปลาร้าถือว่าเป็นวัฒนธรรมการรับประทานอาหารของประชากรภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (จารุวรรณ ธรรมวัตร, 2540) เมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจวายต้องหลีกเลี่ยงหรืองดรับประทานอาหารที่ไม่ปรุงด้วยน้ำปลาร้า จึงอาจทำให้เกิดความยากต่อการปฏิบัติ จากแนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin และคณะ (1986) การให้บุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ เกิดประโยชน์ต่อตนเอง จะส่งผลให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้ดี ดังนั้น ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงจึงต้องอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงความสำคัญ ผลดีหรือประโยชน์ของการควบคุมอาหารและหาแนวทางในการควบคุมอาหารที่จำกัดปลาร้าให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วย

8) การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice) ในบทบาทนี้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต้องมีการทบทวนวรรณกรรมและศึกษางานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเพื่อมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดูแลและส่งเสริมผู้ป่วยภาวะหัวใจวายให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี จากบทบาทดังกล่าวผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงถือเป็นสิ่งแวดล้อมรอบข้างผู้ป่วยที่เป็นแรงสนับสนุนในด้านข้อมูลข่าวสาร ความรู้ต่างๆ ได้เป็นอย่างดี ส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารได้ถูกต้องและต่อเนื่อง

9) การจัดการและการประเมินผลลัพธ์ (Outcome management and evaluation) ในบทบาทนี้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต้องจัดทำฐานข้อมูลเพื่อบันทึกและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่มีการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร และมีการกำหนดผลลัพธ์และสร้างตัวชี้วัดหลังจากมีการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร เช่น อัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 1 เดือน เป็นต้น และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงควรแนะนำให้ผู้ป่วยทำสมุดติดตามผลและทำการบันทึกความเปลี่ยนแปลงหลังมีการปฏิบัติการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง โดยหากการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารส่งผลให้อาการภาวะหัวใจวายไม่กำเริบรุนแรง ผู้ป่วยจะรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติดังกล่าว ส่งผลให้มีการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารต่อไป

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ส่วนใหญ่จะทำการศึกษาการจัดการตนเองในโรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือดต่างๆ สำหรับการศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายที่มีความเฉพาะกับสภาพสังคมและวัฒนธรรมของผู้ป่วยยังมีน้อย ซึ่งผู้วิจัยได้สรุปการศึกษา ดังนี้

นัยนา พิพัฒน์วนิชชา (2535) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 80 ราย ที่มาฟอกเลือด ณ หน่วยไตเทียม ของโรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย พบว่า อายุ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.229$, $r = .227$ ตามลำดับ) ส่วนเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

สุธีรัตน์ แก้วประโลม (2538) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ จำนวน 135 ราย

ที่คลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกและเป็นปัจจัยร่วมทำนายกับพฤติกรรมการจัดการดูแลตนเองในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .32$, $R^2 = .1025$)

น้ำเพชร หล่อตระกูล (2543) ศึกษาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จำนวน 100 ราย ที่มารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในด้านการควบคุมอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .51$)

นัยนา เมธา (2544) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 50 ราย ที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์กัน แต่เมื่อพิจารณารายด้านในความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .31$) ส่วนความเชื่อด้านสุขภาพในด้านอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ศิริพร ปาระมะ (2545) ศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 150 ราย ในโรงพยาบาลลี้ จังหวัดลำพูน พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .36$) และเมื่อพิจารณารายด้านต่อการดูแลตนเองในการรับประทานอาหาร พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .27$) การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .38$) การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .16$) การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .31$)

ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร (2545) ศึกษาภาวะซึมเศร้าและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจ จำนวน 50 ราย ที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจ ณ โรงพยาบาลมหาราช

นครเชียงใหม่ พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้สูงอายุด้านโภชนาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = -.615)

อารักขา ใจธรรม (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 165 ราย ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษาและรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (r = .35 และ r = .30 ตามลำดับ) การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (r = .46 และ r = -.41 ตามลำดับ) และพบว่า ระดับการศึกษา รายได้ การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 33.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (R^2 = .337)

วินธนา คูศิริสิน (2546) ศึกษาการดูแลตนเองด้านโภชนาการและสุขภาพกับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยศึกษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จำนวน 133 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่ภาควิชาเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่า จำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินเกินร้อยละ 50 มีการควบคุมอาหารไม่ดี โดยไม่จำกัดอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล การไม่รับประทานผักหรืออาหารมีเส้นใย การรับประทานอาหารที่ปรุงจากไขมันที่ไม่ใช่ไขมันพืช คิดเป็นร้อยละ 78.2

หทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย จำนวน 200 ราย ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่และโรงพยาบาลนครพิงค์ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะ แห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกและเป็นปัจจัยร่วมทำนายกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .46, R^2 = .214 และ r = .46, R^2 = .303 ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = -.09)

จิตติมา ภูริทัตกุล (2547) ศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ จำนวน 90 ราย ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์

ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (r = .68) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับกับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, .001, .05 ตามลำดับ (r = .32, r = .71, และ r = .22 ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (r = -.59)

กาญจนา อนุตริยะ (2548) ศึกษาอิทธิพลของความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำนวน 200 ราย ซึ่งมารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 49 อาศัยอยู่ในเขตตลิ่งชันและเขตทวีวัฒนา กรุงเทพฯ พบว่า เพศ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (r = .225, r = .330, r = .240, r = .298, และ r = -.468 ตามลำดับ) และการรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และเพศ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงได้ร้อยละ 33.1 (R^2 = .331) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ปรียาภรณ์ สวัสดิ์ศรี (2550) ศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคในการควบคุมอาหารต่อการทำนายพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 265 ราย ที่มารับการตรวจที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลองครักษ์ จังหวัดนครนายก พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคในการควบคุมอาหาร สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 10.4 (R^2 = .104) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยการรับรู้อุปสรรคในการควบคุมอาหารเป็นตัวแปรที่อธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการควบคุมอาหารได้มากที่สุด

รัตนา เรือนอินทร์ (2550) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่ายโรงพยาบาลลี้ จังหวัดลำพูน จำนวน 185 ราย เป็นผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่อาศัยในเขตสุขภาพชุมชนแม่ตืน แม่ป้อก และบ้านปาง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมโรคด้านการควบคุมอาหารของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .423 และ r = .556 ตามลำดับ) และพบว่า การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมโรคด้านการควบคุมอาหารของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .567 และ r = -.185 ตามลำดับ)

จันทร์เพ็ญ สมโน (2551) ศึกษาความร่วมมือในการรักษาและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 88 ราย ที่มารับการรักษาโรงพยาบาลเชียงใหม่รามและโรงพยาบาลในเครือข่าย พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่ร้อยละ 60-65 ให้ความร่วมมือในการรักษาในด้านการจำกัดน้ำดื่มและการควบคุมอาหารจำกัดเกลือโซเดียม และพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าจะให้ความร่วมมือในการรักษาในการจำกัดน้ำดื่มและการควบคุมอาหารจำกัดเกลือโซเดียม ร้อยละ 88.33 และ 79.63 ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะซึมเศร้าจะให้ความร่วมมือในการรักษาในการจำกัดน้ำดื่มและการควบคุมอาหารจำกัดเกลือโซเดียม ร้อยละ 38.24 และ 29.41 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการให้การดูแลจัดการตนเองต่อความร่วมมือในการรักษาด้านต่างๆ รวมทั้งการควบคุมอาหาร

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ดังนี้

Jerant, Friederichs-Fitzwater, and Moore (2005) ศึกษาการรับรู้อุปสรรคของการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ จำนวน 54 ราย เช่น โรคหอบ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภาวะหัวใจวาย ภาวะซึมเศร้า โรคเบาหวานและโรคข้ออักเสบ พบว่า ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความอ่อนล้า ไม่มีเวลาพูดคุยกับแพทย์ ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว ความเจ็บปวด มีข้อจำกัดทางร่างกาย ค่าใช้จ่าย เป็นต้น

Price, Witham, and McMurdo (2007) ศึกษาภาวะโภชนาการและการควบคุมอาหารที่รับประทานของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายในผู้สูงอายุ ที่จำหน่ายออกจากแผนกอายุรกรรม แผนกโรคหัวใจ และแผนกอายุรกรรมผู้สูงอายุ ใน Royal Victoria Hospital และ Ninewells Hospital ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจำนวนมากประมาณร้อยละ 82 มีการรับประทานเกลือโซเดียมมากกว่า 2,000 mg/day และจากจำนวน 2 ใน 3 ของผู้ป่วยที่ศึกษาพบว่ามีการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงเกินกว่ามาตรฐานที่โภชนาการกำหนด

Heo และคณะ (2008) ศึกษาความแตกต่างของเพศที่เป็นปัจจัยสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย พบว่า ทั้งเพศชายและหญิงมีการดูแลจัดการตนเองไม่แตกต่างกัน โดยจากการวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองพบว่าทั้งเพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในการชั่งน้ำหนักตัว การรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำ การควบคุมน้ำหนักอยู่ในระดับต่ำกว่ามาตรฐาน

Munir และคณะ (2009) ศึกษาการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพของคนทำงานวัยผู้ใหญ่และวัยผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคปวดกล้ามเนื้อ-กระดูก โรคข้ออักเสบ-

ข้อรูมาตอยด์ โรคหอบหืด ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล โรคหัวใจ โรคเบาหวาน จำนวน 759 ราย พบว่า คะแนนการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการรับประทานยา ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการจัดการกับอาการ และด้านการออกกำลังกาย ของคนทำงานวัยผู้สูงอายุมีคะแนนสูงกว่าคนทำงานวัยผู้ใหญ่ และ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพทั้ง 4 ด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, .01, .05, .01 ตามลำดับ (r = .10, r = .15, r = .07, และ r = .11 ตามลำดับ) และความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพทั้ง 4 ด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, .01, .05, .05 ตามลำดับ (r = .14, r = .12, r = .07, และ r = .08 ตามลำดับ)

Gallagher (2010) ศึกษาความสัมพันธ์ของการจัดการตนเองและการกำกับอาการด้วยตนเองกับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายในชุมชน จำนวน 63 ราย ในโรงพยาบาลตติยภูมิใน Syndney ประเทศออสเตรเลีย พบว่า คะแนนการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายอยู่ในระดับปานกลาง และการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์กับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .65)

Zuily และคณะ (2010) ศึกษาผลของการจัดการภาวะหัวใจวายและภาวะหัวใจวายกับการกลับเข้ารักษาซ้ำและอัตราการเสียชีวิตในช่วงปี ค.ศ. 2002-2007 พบว่า การจัดการภาวะหัวใจวายที่มีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันดูแล ได้แก่ แพทย์โรคหัวใจ พยาบาล นักโภชนากร และนักกายภาพบำบัด ทำให้การกลับเข้ารักษาซ้ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายลดลง จาก ร้อยละ 32.1-36.2 เหลือ ร้อยละ 15.6-21.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิตที่ระดับ .001 และผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีอัตราการเสียชีวิตลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงให้เห็นว่า การจัดการภาวะหัวใจวายสามารถลดการกลับเข้ารักษาซ้ำและลดอัตราการเสียชีวิตได้

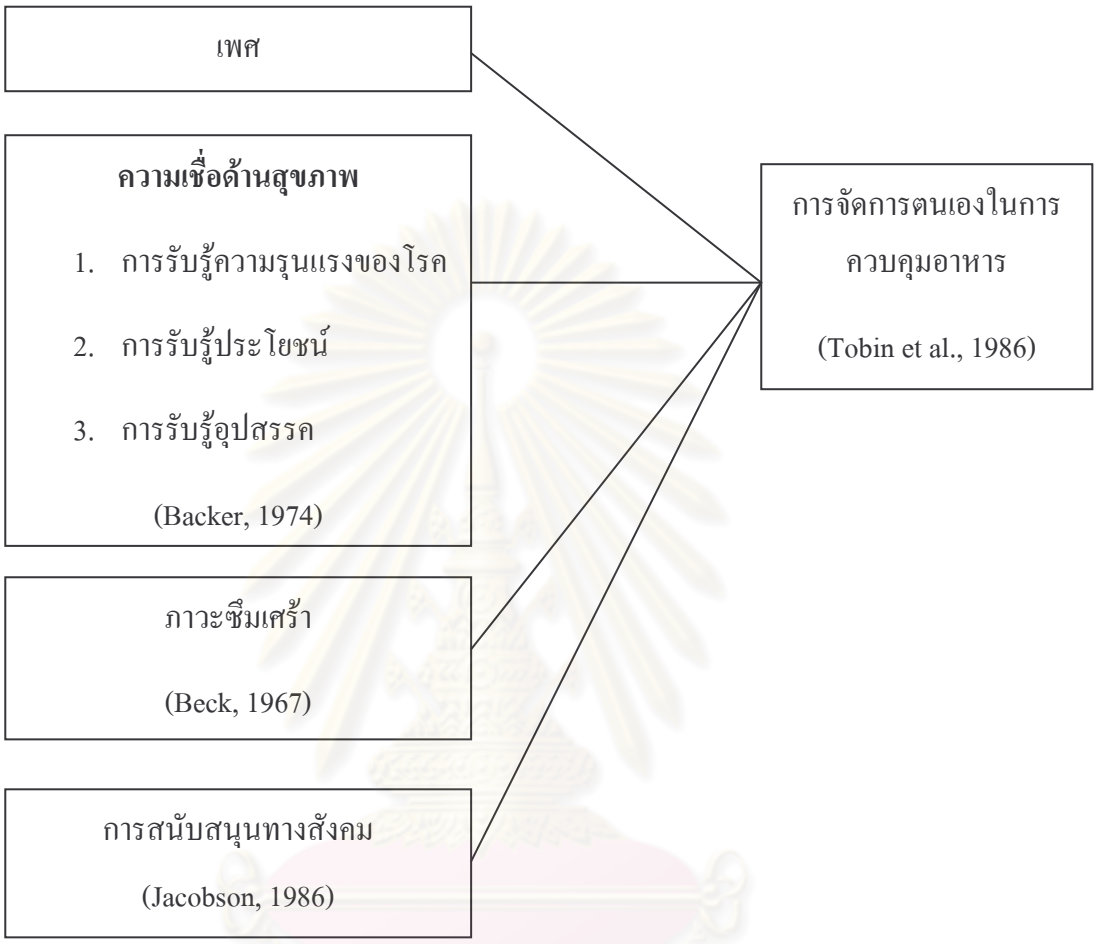
จากการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ดังกล่าว พบว่า การศึกษาการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น และการควบคุมอาหารของแต่โรคจะมีทั้งลักษณะที่คล้ายคลึงกันและแตกต่างกัน กล่าวคือ การควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน คือ งดอาหารที่มีน้ำตาลสูง งดผลไม้รสหวานจัด งดรับประทานไขมันจากสัตว์ กะทิ น้ำมันมะพร้าว (ปัทมา โลหเจริญวนิช, 2545) ส่วนการควบคุมอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คือ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีโซเดียมสูง เช่น อาหารหมักดอง กุนเชียง อาหารกระป๋อง เป็นต้น หรือมีการจำกัดการรับประทานโซเดียมน้อยกว่า 2 กรัมต่อวัน (ทิพมาส ชิณวงศ์, 2545) และมีปัจจัยต่างๆที่สัมพันธ์กับการจัดการตนเอง ได้แก่ เพศ ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองในการควบคุมอาหารได้ดีขึ้น ภาวะหัวใจวายเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้

เวลาในการรักษายาวนาน ซึ่งการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารเป็นส่วนหนึ่งของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ใช้ร่วมกับการรักษาอื่นๆ ในภาวะหัวใจวาย (ศุภชัย ไชยธีระพันธุ์ และปรีชา วิชิตพันธุ์, 2536; เดือนฉาย ชยานนท์, 2539; สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2551) เนื่องจากการควบคุมอาหารเป็นวิธีการที่ช่วยชะลออาการภาวะหัวใจวายให้ลดลงได้ แต่การศึกษาการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายยังมีจำนวนน้อย จากเหตุผลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง ซึ่งเป็นภาคที่มีความเสี่ยงต่อการกำเริบของภาวะหัวใจวาย จากลักษณะของวัฒนธรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วย คือมักรับประทานอาหารที่มีการปรุงรสด้วยน้ำปลา เกลือ น้ำปลาร้า (จารุวรรณ ธรรมวัตร, 2540) ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายสามารถควบคุมอาการของโรคไม่ให้กำเริบรุนแรงมากขึ้นได้

จากการทบทวนวรรณกรรม ตำรา เอกสารและงานวิจัยต่างๆ ผู้วิจัยจึงสนใจปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ได้แก่ เพศ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย การรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร การรับรู้อุปสรรคของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มารับบริการคลินิกโรคหัวใจ แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลรัฐประจำจังหวัดที่มีศูนย์โรคหัวใจ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง ทั้งหมด 5 จังหวัด คือ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์ ศรีสะเกษ และอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายวัยผู้ใหญ่ ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มารับบริการคลินิกโรคหัวใจ แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐประจำจังหวัดที่มีศูนย์โรคหัวใจ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจวายอย่างน้อย 6 เดือน

2) มีความรุนแรงของภาวะหัวใจวายที่ระดับ 2-3 (Functional classification of heart failure) ของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ค (American Heart Association New York) (Hudak and Gallo, 1994 อ้างถึงใน ทิพมาศ ชิณวงศ์, 2545)

3) ไม่มีอาการแทรกซ้อนทางคลินิก

4) สามารถสื่อสารเข้าใจ อ่านภาษาไทยได้ ฟังรู้เรื่อง

5) ยินดีเข้าร่วมในการศึกษา

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่มีอาการของภาวะหัวใจวายกำเริบขณะตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาจากแพทย์ที่เหมาะสมต่อไป

วิธีการดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตร Thorndike (Thorndike, 1978 อ้างถึงใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2552) คือ

n = 10k + 50

k คือ จำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา

n คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

โดยขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณ คือ 120 คน และมีการเพิ่มความคลาดเคลื่อนการผิดพลาดของการเก็บข้อมูลอีกร้อยละ 10 (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2553) ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้คือ 132 คน โดยผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลจำนวนเท่าๆกัน ทั้ง 5 โรงพยาบาล คือ ประมาณ 27 คน

2. สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2553) มีขั้นตอน ดังนี้

2.1 สุ่มโรงพยาบาลแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากโรงพยาบาลรัฐประจำจังหวัดที่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง มีทั้งหมด 7 จังหวัด เลือกมา 5 จังหวัดที่มีศูนย์โรคหัวใจคือ จังหวัดนครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์ ศรีสะเกษ และอุบลราชธานี

2.2 สุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจวายในแต่ละโรงพยาบาล โดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบอุบัติการณ์ (Accidental sampling) จากผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่เข้ารับการรักษา คลินิกโรคหัวใจ แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลนครราชสีมา สุรินทร์ บุรีรัมย์ ศรีสะเกษ และอุบลราชธานี ตามแพทย์นัดโดยดูรายละเอียดจากเวชระเบียน ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ข้างต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการประเมินข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำแบบสอบถามให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาเนื้อหาและความถูกต้อง หลังจากนั้นนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน พิจารณาความสอดคล้องและความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยทำการปรับข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จึงได้แบบสอบถามส่วนบุคคลที่มีรายละเอียด ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ย/เดือน ลักษณะครอบครัว ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย ค่าดัชนีมวลกาย การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมจากแหล่งต่างๆ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย เป็นแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในโรงพยาบาลสุโขทัยของ เกศกนก เข็มคง (2550) สร้างตามแนวคิดของ Backer (1974) มีทั้งหมด 7 ข้อ ผู้วิจัยนำข้อคำถามทั้งหมดมาปรับและดัดแปลงให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่าง นำแบบสอบถามทั้งหมดให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาเนื้อหาและความถูกต้อง แล้วนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน พิจารณาความตรงและความสอดคล้องตามเนื้อหา หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการปรับข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จึงได้แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2-7 ข้อคำถามเชิงลบ 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 มีมาตรวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ แต่ละข้อมีความหมาย ดังนี้

เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคของท่านมาก
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคของท่านปานกลาง
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคของท่านน้อย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคของท่านเลย

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

		คำถามทางบวก	คำถามทางลบ	
เห็นด้วยมาก	เท่ากับ	4	1	คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	เท่ากับ	3	2	คะแนน
เห็นด้วยน้อย	เท่ากับ	2	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	เท่ากับ	1	4	คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

การแปลผลคะแนน โดยนำคะแนนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนมาหาค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 7-28 คะแนน เกณฑ์การแปลผลประยุกต์ใช้ของประคอง กรรณสูตร (2542) แบ่งเป็น 3 ระดับ มีเกณฑ์การให้ความหมาย ดังนี้

คะแนน	การแปลความหมาย
7-14	มีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายน้อย
15-21	มีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายปานกลาง
22-28	มีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร

ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหารของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในโรงพยาบาลสุโขทัยของ เกศกนก เข็มคง (2550) สร้างตามแนวคิดของ Becker (1974) มีทั้งหมด 6 ข้อ ผู้วิจัยนำข้อคำถามทั้งหมดมาปรับและดัดแปลงให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่าง นำแบบสอบถามทั้งหมดให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาเนื้อหาและความถูกต้อง แล้วนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน พิจารณาความตรงและความสอดคล้องตามเนื้อหา หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการปรับข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยเพิ่มข้อคำถาม 1 ข้อ เพื่อให้ครอบคลุมเนื้อหา จึงได้แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร จำนวน 7 ข้อ มีมาตรวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ แต่ละข้อมีความหมาย ดังนี้

เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับการรับรู้ประโยชน์การจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของท่านมาก
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับการรับรู้ประโยชน์การจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของท่านปานกลาง
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับการรับรู้ประโยชน์การจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของท่านน้อย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับการรับรู้ประโยชน์การจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของท่านเลย

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยมาก	เท่ากับ	4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	เท่ากับ	3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	เท่ากับ	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	เท่ากับ	1 คะแนน

เกณฑ์การแปลคะแนน

การแปลผลคะแนน โดยนำคะแนนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนมาหาค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 7-28 คะแนน เกณฑ์การแปลผลใช้ของประคอง กรรณสูตร (2542) แบ่งเป็น 3 ระดับ มีเกณฑ์การให้ความหมาย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
7-14	มีการรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารน้อย
15-21	มีการรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารปานกลาง
22-28	มีการรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการบริโภคอาหารของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในโรงพยาบาลสุโขทัยของ เกศกนก เข็มคง (2550) สร้างตามแนวคิดของ Becker (1974) มีทั้งหมด 7 ข้อ ผู้วิจัยนำข้อคำถามทั้งหมดมาปรับและดัดแปลงให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่าง นำแบบสอบถามทั้งหมดให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาเนื้อหาและความถูกต้อง แล้วนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน พิจารณาความตรงและความสอดคล้องตามเนื้อหา หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการปรับข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยตัดข้อคำถามทิ้ง 1 ข้อ เนื่องจากข้อคำถามไม่มีความสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่าง จึงได้แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร จำนวน 6 ข้อ มีมาตรวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ แต่ละข้อมีความหมาย ดังนี้

เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับการรับรู้อุปสรรคการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของท่านมาก
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับการรับรู้อุปสรรคการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของท่านปานกลาง
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับการรับรู้อุปสรรคการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของท่านน้อย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับการรับรู้อุปสรรคการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของท่านเลย

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยมาก	เท่ากับ 4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	เท่ากับ 3 คะแนน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เห็นด้วยน้อย เท่ากับ 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลคะแนน

การแปลผลคะแนน โดยนำคะแนนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนมาหาค่าเฉลี่ย อยู่ในช่วง 6-24 คะแนน เกณฑ์การแปลผลใช้ของประคอง กรรณสูตร (2542) แบ่งเป็น 3 ระดับ มีเกณฑ์การให้ความหมาย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
6-12	มีการรับรู้อุปสรรคของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารน้อย
13-18	มีการรับรู้อุปสรรคของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารปานกลาง
19-24	มีการรับรู้อุปสรรคของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารมาก

ส่วนที่ 5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของ สิริกาญจน์ ท่อแก้ว (2546) สร้างตามแนวคิดของ Beck (1976) มีทั้งหมด 21 ข้อ ผู้วิจัยนำข้อคำถามทั้งหมดมาปรับและดัดแปลงให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่าง นำแบบสอบถามทั้งหมดให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาเนื้อหาและความถูกต้อง แล้วนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน พิจารณาความตรงและความสอดคล้องตามเนื้อหา หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการปรับข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยตัดข้อคำถามทิ้ง 3 ข้อ เนื่องจากข้อคำถามไม่มีความสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่าง จึงได้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า จำนวน 18 ข้อ มีมาตรวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ แต่ละข้อมีความหมาย ดังนี้

ไม่มีภาวะซึมเศร้า	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้
มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเล็กน้อยในขณะนี้
มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านปานกลางในขณะนี้
มีภาวะซึมเศร้ามาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากในขณะนี้

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ไม่มีภาวะซึมเศร้า	เท่ากับ	0 คะแนน
มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย	เท่ากับ	1 คะแนน
มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง	เท่ากับ	2 คะแนน
มีภาวะซึมเศร้ามาก	เท่ากับ	3 คะแนน

เกณฑ์การแปลคะแนน

การแปลผลคะแนน โดยนำคะแนนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนมาหาค่าเฉลี่ย อยู่ในช่วง 0-54 คะแนน เกณฑ์การแปลผลใช้ของประคอง กรรณสูตร (2542) แบ่งเป็น 4 ระดับ มีเกณฑ์การให้ความหมาย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
0.00-13.4	ไม่มีภาวะซึมเศร้าหรืออยู่ระดับปกติ
13.5-26.9	มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย
27.0-40.4	มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง
40.5-54.0	มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัณโรคของคมเนตร สกุลธนะศักดิ์ (2551) สร้างตามแนวคิดของ Jacobson (1986) มีทั้งหมด 6 ข้อ ผู้วิจัยนำข้อคำถามทั้งหมดมาปรับและดัดแปลงให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่าง นำแบบสอบถามทั้งหมดให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาเนื้อหาและความถูกต้อง แล้วนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน พิจารณาความตรงและความสอดคล้องตามเนื้อหา หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการปรับข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จึงได้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 6 ข้อ มีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ แต่ละข้อมีความหมาย ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับการรับรู้เกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของท่านมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับการรับรู้เกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของท่านมาก

เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับการรับรู้เกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของท่านปานกลาง
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับการรับรู้เกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของท่านน้อย
เห็นด้วยน้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับการรับรู้เกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของท่านน้อยที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	เท่ากับ	5 คะแนน
เห็นด้วยมาก	เท่ากับ	4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	เท่ากับ	3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	เท่ากับ	2 คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด	เท่ากับ	1 คะแนน

เกณฑ์การแปลคะแนน

การแปลผลคะแนนโดยนำคะแนนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนมาหาค่าเฉลี่ย อยู่ในช่วง 6-30 คะแนน เกณฑ์การแปลผลใช้ของ ประคอง กรรณสูตร (2542) แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ มีเกณฑ์การให้ความหมาย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
6-14	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย
15-22	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง
23-30	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin และคณะ (1986) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาเนื้อหาและความถูกต้อง แล้วนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน พิจารณาความตรงและความสอดคล้องตามเนื้อหา หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการปรับข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จึงได้แบบสอบถามการจัดการตนเองในดารควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย จำนวน 12 ข้อ โดยครอบคลุมการจัดการตนเองทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านพฤติกรรมมี

4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-4 2) ด้านสิ่งแวดล้อมมี 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5-7 3) ด้านการรับรู้มี 3 ข้อได้แก่ ข้อ 8-10 และ 4) ด้านสรีรวิทยามี 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 11-12 มีมาตรวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แต่ละข้อมีความหมาย ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านปฏิบัติพฤติกรรมในข้อความดังกล่าวเป็นประจำ
ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติพฤติกรรมในข้อความดังกล่าวเกือบทุกครั้ง
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติพฤติกรรมในข้อความดังกล่าวบ่อยครั้ง
ปฏิบัติเป็นครั้งคราว	หมายถึง	ท่านปฏิบัติพฤติกรรมในข้อความดังกล่าวเป็นครั้งคราว
ไม่มีการปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่มีการปฏิบัติพฤติกรรมในข้อความดังกล่าวเลย

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	เท่ากับ	5 คะแนน
ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง	เท่ากับ	4 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	เท่ากับ	3 คะแนน
ปฏิบัติเป็นครั้งคราว	เท่ากับ	2 คะแนน
ไม่มีการปฏิบัติ	เท่ากับ	1 คะแนน

เกณฑ์การแปลคะแนน

การแปลผลคะแนนโดยนำคะแนนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนมาหาค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 12-60 คะแนน เกณฑ์การแปลผลใช้ของ ประคอง กรรณสูตร (2542) แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ มีเกณฑ์การให้ความหมาย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
12-27	มีการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารในระดับน้อย
28-43	มีการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารในระดับปานกลาง
44-60	มีการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารในระดับมาก

แบบสอบถามทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน และนำไปทดสอบใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา ที่มารับบริการคลินิกโรคหัวใจ แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล ศรีสะเกษ

จำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเที่ยง (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยแสดงค่าความตรงตามเนื้อหาและค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม ดังตารางที่ 1

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) นำเครื่องมือวิจัยเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของข้อความ ความสอดคล้องของเนื้อหา การใช้ภาษาและสเกลการวัด หลังจากนั้นติดต่อขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้แก่

1.1 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจ 1 คน

1.2 อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านกรอบแนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย 2 คน

1.3 พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ 2 คน

การพิจารณาความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้อง นำแบบสอบถามทั้ง 7 ชุด ที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ค่าที่ยอมรับได้คือ 0.75 ขึ้นไป (Polit and Hungler, 1999 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2553) นำแบบสอบถามมาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้มีข้อความกระชับ สามารถอ่านเข้าใจง่ายและมีความสอดคล้อง เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง โดยยังมีความตรงตามเนื้อหาคงเดิม ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ได้ปรับแก้แบบสอบถามตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

ส่วนที่ 1 มีข้อปรับปรุงในตัวเลือกของระดับการศึกษา จากไม่รู้หนังสือ ซึ่งได้แก้ไขเป็นไม่ได้เข้าเรียนตามเกณฑ์ และปรับปรุงการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย ซึ่งแก้ไขเป็น Functional class เพื่อให้เข้าใจง่ายและประเมินได้ชัดเจนยิ่งขึ้น รวมแบบสอบถามที่สมบูรณ์จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 ตัดข้อคำถามทิ้ง เพื่อความชัดเจนของภาษา และความซับซ้อนของข้อคำถาม และได้สร้างข้อคำถามใหม่ 1 ข้อ ได้แก่ เมื่อภาวะหัวใจวายรุนแรงขึ้นจะทำให้เหนื่อยง่ายแม้เดินเพียงใกล้ๆ และได้ปรับการใช้ภาษาให้มีความเหมาะสม เข้าใจได้ง่าย รวมแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 3 ตัดข้อคำถามทิ้ง เพื่อความชัดเจนของภาษา และความซับซ้อนของข้อคำถาม และได้สร้างข้อคำถามใหม่ 1 ข้อ ได้แก่ การรับประทานอาหารที่ใส่น้ำปลาร้าน้อยกว่า 1 ช้อนชาต่อ

วัน ช่วยให้หายใจได้สะดวก ไม่มีอาการแน่นหน้าอก และเพิ่มการใช้ผงชูรสที่อาจส่งผลต่อการเกิดอาการบวมตามส่วนปลายของร่างกายได้ รวมแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 4 ตัดข้อคำถามทิ้ง เพื่อความชัดเจนของภาษา และความซับซ้อนของข้อคำถาม และได้สร้างข้อคำถามใหม่ 1 ข้อ ได้แก่ ฉันมีความยุ่งยากในการจัดหาอาหารที่ไม่ปรุงรสด้วยเกลือ ผงชูรส น้ำปลา น้ำปลาร้า มารับประทาน รวมแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 5 ตัดข้อคำถามที่ไม่มีความสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างทิ้ง 3 ข้อ รวมแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์จำนวน 18 ข้อ

ส่วนที่ 6 ไม่มีข้อปรับแก้

ส่วนที่ 7 ตัดข้อคำถามทิ้ง เพื่อความชัดเจนของภาษา และความซับซ้อนของข้อคำถาม และได้สร้างข้อคำถามใหม่ 2 ข้อ ได้แก่ 1) ฉันบอกให้ร้านอาหารปรุงอาหารที่ไม่เติมผงชูรสทุกครั้งที่ออกไปรับประทานอาหารนอกบ้าน 2) ฉันมีความตั้งใจหลีกเลี่ยงการเติมเกลือ ผงชูรส น้ำปลา น้ำปลาร้า ในอาหาร รวมแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์จำนวน 12 ข้อ

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง ที่มารับบริการคลินิกโรคหัวใจ แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีสะเกษ จำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาหาค่า Cronbach's Alpha Coefficient อยู่ระหว่าง 0.75 ถึง 0.80 ถือเป็นค่าที่ยอมรับได้ในระดับดี (Devellis, 1999 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2553) หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการที่มารับบริการคลินิกโรคหัวใจ แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โรงพยาบาลสุรินทร์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ และโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 132 คน ได้ค่าความเที่ยงของแต่ละแบบสอบถาม ดังแสดงในตารางที่ 1

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 แสดงดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถาม จากการทดลอง (n = 30) และจากกลุ่มตัวอย่างจริง (n = 132)

แบบสอบถาม	CVI	Reliability (n = 30)	Reliability (n = 132)
1. การรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย	0.85	0.81	0.78
2. การรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร	0.85	0.85	0.86
3. การรับรู้อุปสรรคของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร	0.83	0.83	0.84
4. ภาวะซึมเศร้า	0.95	0.80	0.77
5. การสนับสนุนทางสังคม	1	0.85	0.82
6. การจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย	0.83	0.84	0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตั้งแต่เดือนมกราคม 2554 ถึงมีนาคม 2554 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขอหนังสือจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โรงพยาบาลสุรินทร์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ และโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี เพื่อขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคนของแต่ละโรงพยาบาล ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่มารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก

1.2 หลังจากได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูล และผ่านการพิจารณาจริยธรรมของโรงพยาบาลทั้ง 5 แห่ง ผู้วิจัยเข้าชี้แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยและรายละเอียดในการเก็บข้อมูล จำนวนและคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ แก่หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก และพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกโรคหัวใจ แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก

2. ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตามวัน เวลาที่คลินิกเปิดให้บริการ ดังแสดงในตารางที่ 2 โดยเริ่มเก็บจากโรงพยาบาลที่อนุมัติจริยธรรมในคนก่อนตามลำดับ ได้แก่ โรงพยาบาลศรีสะเกษ โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี และโรงพยาบาลสุรินทร์ จนครบ 132 คน

2.1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยให้พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกโรคหัวใจ แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก ที่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจวายและมีประสบการณ์การทำงานที่คลินิกโรคหัวใจไม่น้อยกว่า 2 ปี ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามกำหนด แล้วส่งต่อให้ผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติอีกครั้ง หรือผู้วิจัยจะเป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติด้วยตนเองที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก ในเวลาทำการของแต่ละโรงพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 2 แสดงวันและเวลาของการให้บริการตรวจคลินิกโรคหัวใจของโรงพยาบาลทั้ง 5 แห่ง

โรงพยาบาล	วันที่เปิดคลินิก	เวลา
โรงพยาบาลศรีสะเกษ	จันทร์-ศุกร์	08.00-16.00 น.
โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา	จันทร์-ศุกร์	08.00-16.00 น.
โรงพยาบาลบุรีรัมย์	อังคาร	13.00-16.00 น.
	พุธ	08.30-16.00 น.
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี	พุธ พฤหัสบดีและศุกร์	08.30-16.00 น.
โรงพยาบาลสุรินทร์	อังคารและพุธ	08.30-16.00 น.

2.2 ผู้วิจัยแนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างระหว่างที่ผู้ป่วยรอรับบริการตรวจรักษา ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัย สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย

2.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดและลงนามในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Informed Consent form)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.4 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทีละ 1 ราย โดยจัดที่นั่งให้เป็นสัดส่วนที่ห้องตรวจของแพทย์ และแจกแบบสอบถามให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง โดยให้เวลาในการตอบคนละ 15-30 นาที ในขณะตอบแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างต้องการความช่วยเหลือเมื่อมีข้อสงสัยในแบบสอบถาม ผู้วิจัยให้การช่วยเหลือในการอธิบายข้อคำถามให้มีความชัดเจน โดยไม่อธิบายชักจูงให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามตามความคิดเห็นของผู้วิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล

ในกรณีพบว่า กลุ่มตัวอย่างมองไม่ชัด ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านข้อคำถามและคำตอบให้กลุ่มตัวอย่างฟังทีละข้อ และให้กลุ่มตัวอย่างเลือกคำตอบที่ตรงกับตนเองมากที่สุด ผู้วิจัยบันทึกคำตอบตามที่กลุ่มตัวอย่างเลือก ในกรณีดังกล่าวใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามคนละประมาณ 45-50 นาที

หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงระดับมาก ผู้วิจัยให้การพยาบาลด้านจิตใจ โดยเป็นที่ปรึกษา รับฟังปัญหา และร่วมหาแนวทางแก้ไข เพื่อบรรเทาภาวะซึมเศร้าให้ลดลง และมีการส่งต่อจิตแพทย์เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป และในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจหรือความเห็นที่ไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยอธิบายให้ความรู้ที่ถูกต้องและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย เมื่อจบการอธิบายให้ความรู้จึงกล่าวขอบคุณ

2.5 นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามจำนวน 132 ชุด แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การทำวิจัยในมนุษย์ กลุ่มสหสัมพันธ์ ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และจริยธรรมของโรงพยาบาลที่จะเข้ารวบรวมข้อมูลทั้ง 5 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลศรีสะเกษ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี และโรงพยาบาลสุรินทร์ จึงเริ่มเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ไม่มีผลต่อการรักษาตามปกติของแพทย์และพยาบาลในโรงพยาบาล ขณะตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างสามารถไม่ตอบคำถามใดๆ ได้ เมื่อไม่สะดวกใจในข้อคำถาม หรือยุติการให้ความร่วมมือในงานวิจัยในขั้นตอนใดๆ ก็ได้ ซึ่งไม่ต้องให้เหตุผล และไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลตามปกติ ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยไม่ได้อ้างถึงชื่อของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม

ขณะตอบแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยยุติให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทันทีและผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการผิดปกติส่งไปพบแพทย์ เพื่อดำเนินการรักษาที่เหมาะสมต่อไป ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ไม่พบอาการผิดปกติของกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย รายได้ครอบครัวเฉลี่ย/เดือน ลักษณะครอบครัว ค่าดัชนีมวลกาย นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติพื้นฐาน ความถี่ ร้อยละ

2. การรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย การรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร การรับรู้อุปสรรคของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร นำมาวิเคราะห์ด้วยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายจำแนกตามเพศ ด้วยค่าสถิติ t-test

4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย การรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร การรับรู้อุปสรรคของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

4.1 หาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบไบซีเรียล (Biserial correlation coefficient)

4.2 หาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย การรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร การรับรู้อุปสรรคของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation)

เครื่องหมายบวกหรือลบ แสดงถึงความสัมพันธ์ คือ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นบวก หมายความว่า ตัวแปรทั้งสองมีลักษณะเพิ่มหรือลดตามกัน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นลบ

หมายความว่า ตัวแปรทั้งสองมีลักษณะตรงกันข้าม (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2553) การพิจารณาระดับความสัมพันธ์ของตัวแปร พิจารณาได้จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficient) หรือค่า r ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากูร, 2553)

r = ± 1.00	หมายความว่า	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์
r > .70	หมายความว่า	ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับสูง
r มีค่าระหว่าง .30 -.70	หมายความว่า	ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
r < .30	หมายความว่า	ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
r = 0	หมายความว่า	ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์นี้ (Correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรได้แก่ เพศ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย จากกลุ่มตัวอย่าง 132 ราย ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำอธิบายแบ่งเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 3

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย การรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร การรับรู้อุปสรรคของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 4

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเพศ กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 5 และ 6

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร การรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย การรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร การรับรู้อุปสรรคของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 7

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ และข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 132)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	76	57.58
หญิง	56	42.42
อายุ (ปี)		
20 - 30	7	5.30
31 - 40	23	17.42
41 – 50	34	25.76
51 – 60	68	51.52
	$\overline{X}$ = 48.64	SD = 9.88
ระดับการศึกษา		
ไม่รู้หนังสือ	6	4.55
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6	92	69.70
มัธยมศึกษาปีที่ 1-6	23	17.42
อนุปริญญา	4	3.03
ปริญญาตรี	6	4.55
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.75
น้ำหนัก (กิโลกรัม)		
30 – 50	31	23.48
51 – 70	71	53.79
71 – 90	23	17.42
91 – 110	5	3.79
111 – 130	2	1.52
	$\overline{X}$ = 61.39	SD = 15.99

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ส่วนสูง (เซนติเมตร)		
140 – 150	18	13.63
151 – 160	54	40.91
161 – 170	46	34.85
171 – 180	14	10.61
	$\overline{X}$ = 161.30	SD = 7.80
ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)		
ผอม (ค่า BMI ไม่เกิน 18.49)	19	14.39
ปกติ (ค่า BMI 18.50 – 24.90)	72	54.55
อ้วน (ค่า BMI ตั้งแต่ 25.00 ขึ้นไป)	41	31.06
	$\overline{X}$ = 23.53	SD = 5.71
สถานภาพสมรส		
โสด	9	6.82
คู่	104	78.78
หม้าย	10	7.58
หย่า	9	6.82
แยก	-	-
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	54	40.90
ข้าราชการบำนาญ	9	6.82
เกษตรกร	31	23.48
รับจ้าง	22	16.67
ค้าขาย	10	7.58
อื่นๆ	6	4.55

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย/เดือน (บาท)		
น้อยกว่า 5,000	67	50.76
5,001-10,000	47	35.61
10,001-20,000	10	7.57
20,001-30,000	1	0.76
30,001-40,000	7	5.30
	$\overline{X}$ = 8,840.91	SD = 769.50
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	70	53.00
ครอบครัวใหญ่	62	47.00
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจวาย จนถึงปัจจุบัน		
6 เดือน – 1 ปี	57	43.18
1 ½ ปี – 10 ปี	70	53.03
มากกว่า 10 ปี	5	3.79
	$\overline{X}$ = 1.30	SD = 14.93
ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย		
ระดับที่ 1	-	-
ระดับที่ 2	106	80.30
ระดับที่ 3	26	19.70
ระดับที่ 4	-	-
ท่านเคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมบ้างหรือไม่		
ไม่เคย	18	13.64
เคย	114	86.36
ถ้าเคยได้รับจากแหล่งใดบ้าง ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ		
เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล	114	86.36
บุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง	25	18.93
เพื่อนผู้ร่วมงาน	-	-

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ถ้าเคยได้รับจากแหล่งใดบ้าง ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ (ต่อ)		
โทรทัศน์	15	11.36
วิทยุ	8	6.06
หนังสือพิมพ์	7	5.30
เอกสารเผยแพร่ ความรู้	12	9.09
อื่นๆ ระบุ	-	-

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 57.58 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.52 รองลงมาคือมีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.76 ($\overline{X}$ = 48.64, SD = 9.88) มีระดับการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 คิดเป็นร้อยละ 69.70 รองลงมาคือระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 คิดเป็นร้อยละ 17.42 ส่วนใหญ่มีน้ำหนักอยู่ในช่วง 51-70 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 53.79 ($\overline{X}$ = 61.39, SD = 15.99) ส่วนสูงอยู่ในช่วง 151-160 เซนติเมตร คิดเป็นร้อยละ 40.91 ($\overline{X}$ =161.30, SD = 7.80) มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18.50-24.90 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (อยู่ในระดับปกติ) คิดเป็นร้อยละ 54.55 กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 78.78 รองลงมาคือ หม้าย คิดเป็นร้อยละ 7.58 ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 40.90 รองลงมาคือ ทำอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 23.48

รายได้ของครอบครัว/เดือน ส่วนใหญ่น้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 50.76 ($\overline{X}$ = 8,840.91, SD = 769.50) มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว (มีพ่อ แม่ ลูก) คิดเป็นร้อยละ 53 กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจวายจนถึงปัจจุบันโดยเฉลี่ยเท่ากับ 1.30 ปี (SD = 14.93) และมีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจวายที่ระดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 80.30 รองลงมาคือระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจวายที่ระดับ 3 คิดเป็นร้อยละ 19.70 และส่วนใหญ่เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาลคิดเป็นร้อยละ 86.36 รองลงมาคือ บุคคลในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 18.93

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล การรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย การรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร การรับรู้อุปสรรคของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย การรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร การรับรู้อุปสรรคของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของกลุ่มตัวอย่าง (n = 132)

ตัวแปรต้น	$\overline{X}$	SD	Min	Max	การแปลผล (ระดับ)
การรับรู้ความรุนแรง	25.52	2.51	10.00	28.00	มาก
การรับรู้ประโยชน์	24.80	3.41	7.00	28.00	มาก
การรับรู้อุปสรรค	13.25	4.17	7.00	24.00	ปานกลาง
ภาวะซึมเศร้า	5.65	3.19	0.00	15.00	ปกติ/ไม่มีภาวะซึมเศร้า
การสนับสนุนทางสังคม	22.98	4.19	9.00	30.00	มาก
การจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร	38.64	9.45	14.00	59.00	ปานกลาง

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 25.52, SD = 2.51; $\overline{X}$ = 24.80, SD = 3.41 และ $\overline{X}$ = 22.98, SD = 4.19 ตามลำดับ) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 13.25, SD = 4.17) คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ/ไม่มีภาวะซึมเศร้า ($\overline{X}$ = 5.65, SD = 3.19) และคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 38.64, SD = 9.45)

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเพศ กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 5 และตารางที่ 6

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเพศ กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของกลุ่มตัวอย่าง (n = 132)

ตัวแปร	ค่าสหสัมพันธ์ไบซีเรียล	p-valve
เพศ	-.136	.121

* p<.05

จากตารางที่ 5 พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r_{bis} = -.136)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ (n = 132)

เพศ	$\overline{X}$	SD	t	p- valve
ชาย	3.13	.829	- 1.562	.121
หญิง	3.34	.717		

* p<.05

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = - 1.562)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร การรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย การรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร การรับรู้อุปสรรคของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย การรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร การรับรู้อุปสรรคของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของกลุ่มตัวอย่าง (n = 132)

ตัวแปรต้น	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
การสนับสนุนทางสังคม	.525	.000
การรับรู้ประโยชน์	.436	.000
การรับรู้อุปสรรค	-.389	.000
การรับรู้ความรุนแรง	.369	.000
ภาวะซึมเศร้า	-.024	.781

$p < 0.05$

จากตารางที่ 7 พบว่า **การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ประโยชน์** และ**การรับรู้ความรุนแรง** มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .525, .436 และ .369 ตามลำดับ) หมายความว่า เมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีการรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร และมีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายมาก จะทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารมากเช่นกัน

นอกจากนี้ **การรับรู้อุปสรรค**ของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.389) หมายความว่า ถ้าผู้ป่วยภาวะหัวใจวายรับรู้ว่าการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารมีอุปสรรคมาก จะทำให้การจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายน้อยลง แต่ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า **ภาวะซึมเศร้า**ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของกลุ่มตัวอย่าง

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์นี้ (Correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อศึกษาการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรได้แก่ เพศ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง

สมมติฐานการวิจัย

1. เพศ มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย
2. การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย
3. การรับรู้อุปสรรค และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มารับบริการคลินิกโรคหัวใจ แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลรัฐประจำจังหวัดที่มีศูนย์โรคหัวใจ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง ทั้งหมด 5 จังหวัด คือ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์ ศรีสะเกษ และอุบลราชธานี การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตร Thorndike (Thorndike, 1978 อ้างถึงใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2552) คือ $n = 10k + 50$

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายวัยผู้ใหญ่ ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มารับบริการคลินิกโรคหัวใจ แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐประจำจังหวัดที่มีศูนย์โรคหัวใจ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง จำนวน 132 คน โดยมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นภาวะหัวใจวายอย่างน้อย 6 เดือน
2. มีความรุนแรงของภาวะหัวใจวายอยู่ในระดับที่ 2-3
3. ไม่มีอาการแทรกซ้อนทางคลินิก
4. สามารถสื่อสารเข้าใจ อ่านภาษาไทยได้ ฟังรู้เรื่อง และยินดีเข้าร่วมในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 7 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ย/เดือน ลักษณะครอบครัว ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย ค่าดัชนีมวลกาย จำนวน 11 ข้อ 2) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย จำนวน 7 ข้อ 3) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร จำนวน 7 ข้อ 4) แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร จำนวน 7 ข้อ 5) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า จำนวน 18 ข้อ 6) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 6 ข้อ และ 7) แบบสอบถามการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย จำนวน 12 ข้อ

แบบสอบถามดังกล่าว ยกเว้น ส่วนที่ 1 ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงวุฒิได้ค่า Content Validity Index เท่ากับ .85, .85, .83, .95, 1, และ .83 ตามลำดับ และตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .78, .86, .84, .77, .82, และ .86 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย รายได้ครอบครัวเฉลี่ย/เดือน ลักษณะครอบครัว ค่าดัชนีมวลกาย นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติพื้นฐาน ความถี่ ร้อยละ

2. การรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย การรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร การรับรู้อุปสรรคของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร นำมาวิเคราะห์ด้วยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายจำแนกตามเพศ ด้วยค่าสถิติ t-test

4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย การรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร การรับรู้อุปสรรคของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

4.1 หาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบไบซีเรียล (Biserial correlation coefficient)

4.2 หาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย การรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร การรับรู้อุปสรรคของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation)

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 57.58 มีอายุเฉลี่ย 48.64 ปี (SD = 9.88) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.52 มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 คิดเป็นร้อยละ 69.70 มีน้ำหนักโดยเฉลี่ย 61.39 กิโลกรัม (SD = 15.99) และมีส่วนสูงโดยเฉลี่ย 161.30 เซนติเมตร (SD = 7.80) ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18.50-24.90 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (อยู่ในระดับปกติ) คิดเป็นร้อยละ 54.55 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 78.78 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 40.90 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัว/เดือนน้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 50.76 มีรายได้ของครอบครัว/เดือนเฉลี่ย 8,840.91 บาท/เดือน (SD = 769.50) มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว (มีพ่อ แม่ ลูก) คิดเป็นร้อยละ 53 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจวายจนถึงปัจจุบันเฉลี่ยคือ 1.30 ปี (SD = 14.93) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจวายที่ระดับ 2

คิดเป็นร้อยละ 80.30 และส่วนใหญ่เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาลคิดเป็นร้อยละ 86.36

2. การจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 38.64, SD = 9.45)

3. เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองการในควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย (r_{bis} = -.136, p < .121) และคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย จำแนกเป็นเพศชายและเพศหญิงไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = - 1.562, p < .121)

4. การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ความรุนแรง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีค่าเท่ากับ .525, .436 และ .369 ตามลำดับ

5. การรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีค่าเท่ากับ -.389 และภาวะซึมเศร้า ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัย นำเสนอตามสมมติฐานการวิจัยและประเด็นที่ค้นพบ ดังนี้

1. การจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง

จากแนวคิดของ Tobin และคณะ (1986) การจัดการตนเองเป็นการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพหรือการป้องกันการเกิดโรคด้วยตนเองโดยมีการให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ซึ่งการส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับการควบคุมอาการของโรค การป้องกันโรคได้ด้วยตนเองนี้จะช่วยให้อาการของโรคไม่กำเริบรุนแรงมากขึ้น ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (ณัชชา ภิรมย์, 2551) จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 38.64, SD = 9.45) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยชินกับวัฒนธรรมการบริโภคอาหารเฉพาะถิ่น ซึ่งในการปรุงอาหารเกือบทุกชนิดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ตอนล่าง เช่น แจ่ว ลาบ แกง หมก และซุปอีสานต่างๆ เป็นต้น จะใช้น้ำปลาร้าเป็นเครื่องปรุงรสทั้งสิ้น อาจกล่าวได้ว่าปลาร้าเปรียบเสมือนอาหารหลัก รองจากข้าวเหนียว เนื่องจากสามารถเป็นได้ทั้งเครื่องปรุงรสและอาหารหลักของประชากรภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างได้ด้วย (จารุวรรณ ธรรมวัตร, 2540) ซึ่งจากวัฒนธรรมการบริโภคอาหารดังกล่าว อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ยาก เพราะเกิดจากการปฏิบัติต่อเนื่องมานานจนกลายเป็นความเคยชิน (จิตติมา ภูริทัตกุล, 2547) และกลุ่มตัวอย่างอยู่ในสิ่งแวดล้อมและสังคมที่มีการบริโภคอาหารดังที่กล่าวข้างต้นอยู่ตลอดเวลา ทำให้ความตั้งใจที่จะจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของกลุ่มตัวอย่างยังไม่มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และจากคะแนนการรับรู้อุปสรรคของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 13.25, SD = 4.17) โดยข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.60, SD = 0.72) คือ อาหารที่ไม่เติมเกลือ/ผงชูรส/น้ำปลา/น้ำปลาร้า มีรสชาติไม่อร่อย แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างยังมีการเติมเครื่องปรุงรสต่างๆ เพื่อเพิ่มรสชาติของอาหาร จึงทำให้ไม่สามารถควบคุมอาหารจำกัดเกลือโซเดียมได้ดีเท่าที่ควร นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีการบริโภคผงชูรสซึ่งคิดว่าไม่ใช่อาหารรสเค็มสามารถบริโภคได้ ทำให้ยิ่งเพิ่มปริมาณเกลือโซเดียมในร่างกายแม้ว่าจะลดการรับประทานอาหารรสเค็ม ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 57.58 ไม่ได้ประกอบอาหารเอง ต้องรับประทานอาหารร่วมกับบุคคลในครอบครัว ทำให้ไม่สามารถเลือกรับประทานอาหารเฉพาะโรคได้ จากปัจจัยดังกล่าวมีผลให้การจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตติมา ภูริทัตกุล (2547) พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงผิดปกติในด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยมีการกระทำมานานจนเป็นความเคยชิน เมื่อต้องมีการปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหารที่เหมาะสมจึงเป็นไปได้ยากเช่นกัน และการศึกษาของเกศกนก เข็มคง (2550) ที่พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องมาจากผู้ป่วยมีความเคยชินในการรับประทานอาหารแบบเดิม เมื่อต้องมีการควบคุมอาหารเฉพาะโรคทำให้เกิดความยุ่งยากแก่การเข้าใจและการปฏิบัติ

2. เพศ มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

เพศ เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่แสดงถึงความแตกต่างทางสรีรวิทยา สมรรถภาพทางกาย บุคลิกภาพ และบทบาทหน้าที่ ซึ่งจากความแตกต่างกันระหว่างเพศจะมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมทางสุขภาพ (สายรุ้ง บัวระพา, 2547) จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย (r_{bis} = -.136, p < .121) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 หมายความว่า การจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะ

หัวใจวายทั้งเพศชายและเพศหญิงไม่มีความแตกต่างกัน อาจมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมจากทีมสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 86.36 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 คิดเป็นร้อยละ 69.70 จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศหญิงมีการรับรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะหัวใจวายอยู่ในระดับใกล้เคียงกัน ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพในการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Heo และคณะ (2008) ที่พบว่า ทั้งเพศชายและหญิงที่มีภาวะหัวใจวายมีการจัดการตนเองไม่แตกต่างกัน โดยการชั่งน้ำหนักตัว การรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำและการควบคุมน้ำหนักอยู่ในระดับต่ำกว่ามาตรฐานทั้งเพศชายและเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของ นัยนา พิพัฒน์วนิชชา (2535) พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในการควบคุมอาหารรสเค็ม จำกัดปริมาณเกลือโซเดียม จำกัดปริมาณน้ำดื่มของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และสอดคล้องกับการศึกษาของ อารักขา ใจธรรม (2545) พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา อนุตริยะ (2548) ที่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (r = .225) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากทั้งเพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยเพศหญิงมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเรื่องการรับประทานอาหาร การตรวจสุขภาพ การหลีกเลี่ยงสารเสพติดได้ดีกว่าเพศชาย (Johnson, 1991 อ้างถึงใน ศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542) และผู้สูงอายุเพศชายมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงได้เช่นกัน (ศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542) ซึ่งหากกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายที่มีบทบาทหน้าที่สำคัญต้องรับผิดชอบ เช่น ผู้นำครอบครัว หัวหน้างาน เป็นต้น เมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจวายซึ่งเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด อาจเกิดความรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต ความมีคุณค่าในตัวเองลดลง ได้มากกว่าเพศหญิง เนื่องจากเพศชายเป็นเพศที่มีความเป็นผู้นำสูง มีโครงร่างของร่างกายที่แข็งแรงกว่าเพศหญิง อาจส่งผลให้การจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของเพศชายน้อยกว่าเพศหญิงได้ ดังนั้นเพศจะมีหรือไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารทั้งนี้อาจขึ้นอยู่กับลักษณะของโรคที่เป็นภาวะคุกคาม บทบาทและหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบทั้งในครอบครัว ชุมชน และสังคมของบุคคลนั้นๆ

3. การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

การรับรู้ความรุนแรงของโรค จากแนวคิดของ Becker (1974) การรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นความรู้สึกหรือความเชื่อของบุคคลต่อการประเมินผลความรุนแรงของโรค ว่ามีผลกระทบที่รุนแรงและเป็นอันตรายต่อร่างกายและสิ่งแวดล้อมรอบข้างของบุคคลนั้น จะเป็นแรงสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดความรุนแรงของโรคนั้นๆ ได้ จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 25.52, SD = 2.51) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .369) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 หมายความว่า เมื่อบุคคลมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคว่ามีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อมของตนเองเป็นอย่างมาก จะทำให้เกิดมีพฤติกรรมสุขภาพการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารได้ดีขึ้น จากผลการศึกษาอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างอาจมีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายจากประสบการณ์ตรงที่ผู้ป่วยเคยเผชิญ เช่น เหนื่อย หายใจหอบ นอนราบไม่ได้ เป็นต้น และความรุนแรงของภาวะหัวใจวายนี้ทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างเร่งด่วน และกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยผู้ใหญ่ มีอายุระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.52 ($\overline{X}$ = 48.64, SD = 9.88) ซึ่งมีกระบวนการคิดการรับรู้ และมีวุฒิภาวะที่สามารถรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ดี ประกอบกับโดยส่วนใหญ่ได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจวายโดยเฉลี่ยเท่ากับ 1.30 ปี ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะมีเวลาในการปรับตัวและแสวงหาข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคพอสมควร ทำให้เกิดการเรียนรู้ถึงอาการแสดงที่เด่นชัดเมื่อมีภาวะหัวใจวาย เกิดเป็นประสบการณ์ในการรับรู้ถึงความรุนแรงของภาวะหัวใจวายได้ดี ซึ่งเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายว่ามีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อมรอบข้าง จะทำให้เกิดการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะหัวใจวายได้ ดังนั้น การรับรู้ความรุนแรงของโรคจึงมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย สอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนา เรือนอินทร์ (2550) ศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนในภาวะความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมโรคด้านการควบคุมอาหารของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .556) และการศึกษาของ นัยนา เมธา (2544) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการบริโภคอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .31) นอกจากนี้ การศึกษาของ เกศกนก เข็มคง (2550) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับการบริโภคอาหารของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .38)

การรับรู้ประโยชน์ จากแนวคิดของ Becker (1974) การรับรู้ประโยชน์ เป็นความเชื่อของบุคคลในการหาแนวทางที่จะปฏิบัติตนให้หายจากโรค หรือลดความรุนแรงของโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์ต่อโรคนั้นๆ การตัดสินใจที่จะเลือกปฏิบัติขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบผลดี-ผลเสียของการปฏิบัตินั้นๆ ซึ่งมักจะเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่ให้ผลดีมากกว่าผลเสีย จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 24.80, SD = 3.41) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .436) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 หมายความว่า เมื่อบุคคลมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของภาวะหัวใจวาย คือ มีการงดอาหารรสเค็ม จำกัดปริมาณเกลือโซเดียมไม่เกิน 2 กรัม/วัน รับประทานอาหารไขมันต่ำ (เสาวนีย์ จักรพิทักษ์, 2526) ว่าสามารถช่วยลดการเกิดอาการภาวะน้ำเกินในร่างกาย เช่น อาการบวมตามส่วนปลายของร่างกาย หายใจหอบตอนกลางคืน นอนราบไม่ได้ เป็นต้น และช่วยลดการเกิดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น (สมพงศ์ สหพงศ์, 2543) จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารได้ดีมากขึ้น อธิบายได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมอาหารอยู่ในระดับมาก อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลจากทีมสุขภาพที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมกับโรค คิดเป็นร้อยละ 86.36 ร่วมกับการได้รับข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เช่น บุคคลในครอบครัว โทรทัศน์ วิทยุ รวมทั้งเอกสารเผยแพร่ความรู้ และแผ่นพับต่างๆ เป็นต้น จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารได้ดีขึ้น และจากการสอบถามพบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยมีประสบการณ์ในการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารในเรื่องการงดอาหารรสเค็ม การจำกัดปริมาณเกลือโซเดียม ซึ่งหลังการปฏิบัติ พบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมอาการของภาวะหัวใจวายกำเริบได้ ซึ่งการที่บุคคลจะรับรู้ว่าการปฏิบัตินั้นเกิดประโยชน์ก็ต่อเมื่อสิ่งที่ปฏิบัตินั้นเกิดผลดีต่อตนเองและสามารถลดโอกาสเสี่ยงและลดความรุนแรงของโรคได้ (เกศกนก เข็มคง, 2550) ดังนั้น การรับรู้ประโยชน์จึงมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตติมา ภูริทัตกุล (2547) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .221) และจากการศึกษาของ รัตนา เรือนอินทร์ (2550)

พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการควบคุมอาหารของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .567)

การสนับสนุนทางสังคม จากแนวคิดของ Jacobson (1986) การสนับสนุนทางสังคมเป็นสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านวัตถุสิ่งของ และความรู้ความเข้าใจ ทำให้บุคคลมีกำลังใจในการจัดการปัญหา และรับรู้ว่าตนเองมีคุณค่า การสนับสนุนทางสังคมจึงมีบทบาทสำคัญในการเข้ามาช่วยส่งเสริม สนับสนุน ให้มีการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี และสามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เข้ามาได้อย่างเหมาะสม (จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2531) จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 22.98, SD = 4.19) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .525) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 หมายความว่า เมื่อบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงทั้งการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านวัตถุสิ่งของ และด้านความรู้ความเข้าใจ จะทำให้บุคคลมีการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของภาวะหัวใจวายได้ดีขึ้นและมีการกระทำอย่างต่อเนื่อง อธิบายได้ว่า จากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 78.78 และมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว มีพ่อ แม่ ลูก คิดเป็นร้อยละ 53 ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทั้งด้านกำลังใจ ความเอาใจใส่ดูแล รวมทั้งความช่วยเหลือในด้านวัตถุ สิ่งของ แรงงาน และเงิน เป็นอย่างดีจากสมาชิกในครอบครัว และ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมจากทีมสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 86.36 ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมอาหารได้ถูกต้อง ประกอบกับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.52 ($\overline{X}$ = 48.64, SD = 9.88) และไม่ได้ทำงานคิดเป็นร้อยละ 40.90 ความรับผิดชอบต่อภาระหน้าที่ การงานหรืออาชีพต่างๆ จึงลดลง ทำให้มีเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น ส่งผลให้มีการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารได้ดี ซึ่งหากบุคคลขาดการสนับสนุนทางสังคม จะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลและทำให้มีการเพิ่มขึ้นของอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายได้ โดยเฉพาะการขาดการสนับสนุนจากคู่สมรส (Lofenmark et al., 2009)

ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย สอดคล้องกับการศึกษาของ เยาวภา บุญเที่ยง (2545) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุหัวใจวายเลือดคั่ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (r = .636) และการศึกษาของ หทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพด้าน

โภชนาการในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .462) สอดคล้องกับการศึกษาของ สมคิด สีหสิทธิ์ (2546) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านการควบคุมอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .48) และการศึกษาของ สุธีรัตน์ แก้วประโลม (2538) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการควบคุมและการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

4. การรับรู้อุปสรรค และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

การรับรู้อุปสรรค จากแนวคิดของ Becker (1974) การรับรู้อุปสรรค เป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาหรืออุปสรรคในการปฏิบัติตนในทางลบ ซึ่งอาจมีผลขัดขวางการเกิดพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของบุคคล เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สุขสบาย ความเจ็บปวด เป็นต้น หากบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคในระดับสูง จะส่งผลให้การปฏิบัติพฤติกรรมเกิดขึ้นได้ยาก ซึ่งการรับรู้อุปสรรคถือว่าเป็นสิ่งที่ขัดขวางและมีส่วนสนับสนุนในการหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (จิตติมา ภูริทัตกุล, 2547) จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การรับรู้อุปสรรค มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 13.25, SD = 4.17) อธิบายได้ว่า อาจมาจากส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมจากทีมสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 86.36 ประกอบกับระยะเวลาของการได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจวายเท่ากับ 1.30 ปี จึงทำให้มีเวลาในการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกต้องได้บ้าง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงผลดีของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารมากกว่าผลเสีย แต่เมื่อสอบถามกลุ่มตัวอย่างมักบอกว่าการควบคุมอาหารเป็นสิ่งที่ดีกับภาวะหัวใจวายแต่อาหารรสจืดมักมีรสชาดไม่อร่อย จึงต้องมีการเติมเครื่องปรุงรสบ้างเพื่อช่วยให้รับประทานได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.389) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 หมายความว่า เมื่อบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารมากกว่าการรับรู้ประโยชน์ จะส่งผลให้ไม่เกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารได้ แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคในการควบคุมอาหารด้านรสชาดของอาหารเป็นอย่างมาก เนื่องจากมีวัฒนธรรมการบริโภคอาหารอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างซึ่งมักรับประทานอาหารที่มีรสชาดเผ็ดและเค็ม โดยเฉพาะมีการเติมน้ำปลาร้าทุกครั้งที่ปรุงอาหารอีสาน เช่น ป่นปลา ซุปอีสานต่างๆ แจ่วบอง เป็นต้น (จารุวรรณ ธรรมวัตร, 2540) เมื่อต้องมีการจำกัดปริมาณเกลือโซเดียมซึ่งมีอยู่ในเครื่องปรุง

รส เช่น ซอส ซีอิ้วขาว น้ำปลา เกลือ ผงชูรส น้ำปลาร้า ผงปรุงสำเร็จรูปต่างๆ เป็นต้น (สมพงศ์ สหพงศ์, 2543; อมรา จันทราภานนท์, 2522) จึงทำให้เกิดอุปสรรคเป็นอย่างมากในการควบคุมอาหาร

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ร้อยละ 53 มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว ในการปรุงอาหารหรือการรับประทานอาหารจะไม่มีการแยกอาหารเฉพาะโรคให้กับกลุ่มตัวอย่าง ทำให้ต้องรับประทานอาหารที่ไม่มีการจำกัดปริมาณเกลือโซเดียมและลดอาหารไขมันต่ำ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคมากกว่าการรับรู้ประโยชน์ ส่งผลให้การจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น การรับรู้อุปสรรคจึงมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตติมา ภูริทัตกุล (2547) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.595) และการศึกษาของกาญจนา อนุตริยะ (2548) พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (r = -.468)

ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเกศกนก เข็มคง (2550) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .550) ซึ่งอาจเกิดเนื่องจากผู้ป่วยไม่มีอุปสรรคหรือมีอุปสรรคน้อยที่จะขัดขวางจึงทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนัยนา เมธา (2544) พบว่า การรับรู้อุปสรรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ภาวะซึมเศร้า จากแนวคิดของ Beck (1967) ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่มีความหลากหลายของอารมณ์และมีความเฉพาะซึ่งสัมพันธ์กับการมีความคิดและการรับรู้ในทางลบ เช่น การตำหนิตนเอง กล่าวโทษตนเอง และความต้องการลงโทษตนเอง โดยภาวะซึมเศร้าจะเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวันของบุคคลและมีหลายระดับ เมื่อบุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าขณะที่ต้องเผชิญกับปัญหา เช่น การเจ็บป่วยที่เรื้อรัง จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกหดหู่ ท้อแท้ เกลียดชังตนเอง รู้สึกผิดและไม่มีคุณค่าในตนเอง (สิริกาญจน์ ท่อแก้ว, 2546) จะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ภาวะซึมเศร้า มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปกติ/ไม่มีภาวะซึมเศร้า ($\overline{X}$ = 0.31, SD = 0.18) อธิบายได้ว่า จากการที่กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.52 ($\overline{X}$ = 48.64, SD = 9.88) อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ที่มีการปรับตัวต่อสิ่งต่างๆที่เข้ามาได้อย่างเหมาะสม (มลฤดี บุราณ, 2548) และส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจวายที่ระดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 80.30 ซึ่งสามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ แต่จะมีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น หายใจ

ลำบาก และเจ็บหน้าอก แต่จะรู้สึกดีขึ้นเมื่อได้นั่งพัก กลุ่มตัวอย่างจึงยังรู้สึกว่าตนเองสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้แต่มีการลดกิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก และส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ78.78 ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนจากคู่สมรสได้ และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล คิดเป็นร้อยละ 86.36 และมีระยะเวลาของการได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจวายโดยเฉลี่ยเท่ากับ 1.30 ปี ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ดียิ่งขึ้น ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยนอกโอกาสที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าจึงมีน้อยกว่าผู้ป่วยใน (Norra et al., 2008)

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 หมายความว่า ภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย กล่าวคือ ผู้ป่วยจะมีภาวะซึมเศร้าหรือไม่มีภาวะซึมเศร้าก็สามารถจัดการตนเองในการควบคุมอาหารได้ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์เพ็ญ สมโน (2551) ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีผลต่อความร่วมมือในการรักษาในการควบคุมอาหาร โดยผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าจะให้ความร่วมมือในการรักษาในการจำกัดน้ำดื่มและการควบคุมอาหารจำกัดเกลือโซเดียม ร้อยละ 88.33 และ 79.63 ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะซึมเศร้าจะให้ความร่วมมือเรื่องการรักษาในการจำกัดน้ำดื่มและการควบคุมอาหารจำกัดเกลือโซเดียมน้อยกว่าคือ ร้อยละ 38.24 และ 29.41 ตามลำดับ เนื่องมาจากการศึกษาครั้งนี้ศึกษาในแผนกผู้ป่วยนอกเท่านั้น แต่ในการศึกษาของจันทร์เพ็ญ สมโน (2551) ศึกษาทั้งแผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยใน และคลินิกโรคหัวใจ จึงทำให้ลักษณะระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจวายมีระดับแตกต่างกัน และผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร (2545) ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจด้านโภชนาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = -.615) โดยผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยจะมีการจัดการตนเองด้านโภชนาการอยู่ในระดับต่ำ และ Jerant และคณะ (2005) ศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านภาวะซึมเศร้าเป็นอุปสรรคต่อการจัดการตนเองด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ดังนั้น ภาวะซึมเศร้าจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญในการจัดการตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างๆ รวมทั้งการควบคุมอาหารด้วย ซึ่งหากบุคคลเป็นผู้ป่วยในที่มีความรุนแรงอยู่ในระดับ 4 ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อยู่ในห้องผู้ป่วยหนักที่ต้องถูกจำกัดการเยี่ยมของครอบครัวและผู้ใกล้ชิด อยู่ในสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย รวมทั้งได้รับความไม่สุขสบายจากภาวะหัวใจวายที่รุนแรง บุคคลอาจเกิดความรู้สึกท้อแท้ หดหู่ สิ้นหวัง กลัวการเสียชีวิต รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า

จนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นส่งผลให้ไม่เกิดพฤติกรรมสุขภาพใดๆ รวมทั้งการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารด้วย อย่างไรก็ตาม ภาวะซึมเศร้าอาจจะมีหรือไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารได้ ทั้งนี้อาจขึ้นอยู่กับความแตกต่างของ อายุ ประสบการณ์ ระดับความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งการปรับตัวต่อการเกิดโรคที่เหมาะสมของบุคคลนั้นๆ ด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อค้นพบที่ได้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นประโยชน์อย่างมากต่อการนำมาพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างให้มีการปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมกับบริบทของภูมิลำเนาผู้ป่วย เพื่อช่วยป้องกันอาการไม่ให้กำเริบรุนแรง ลดการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น ผู้วิจัยขอเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. ทีมสุขภาพเช่น แพทย์ พยาบาล ส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะพบได้ในภาวะหัวใจวาย และส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร โดยบอกให้ทราบหลักการควบคุมอาหารที่ถูกต้อง ผลดีของการปฏิบัติการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร และผลเสียของการไม่ปฏิบัติการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติ ลดอุปสรรคที่จะขัดขวางทำให้เห็นความสำคัญของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยเกิดการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยที่จะก่อให้เกิดอันตรายแก่ตนเอง และมีการรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารมากกว่าการรับรู้อุปสรรค จะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (Becker, 1974) และมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

2. พยาบาลและทีมสุขภาพควรนำการสนับสนุนทางสังคมมาสร้างแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย โดยให้บุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ คู่สมรส บุตร เป็นต้น เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยด้วยการเป็นผู้สนับสนุนทั้งด้านจิตใจ วัตถุสิ่งของ แรงงาน และเงิน เพื่อให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารได้ดี รวมทั้งทีมสุขภาพที่จะสนับสนุนในด้านการให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร

3. พยาบาลและทีมสุขภาพควรมีการจัดทำคู่มือเรื่องการควบคุมอาหารและน้ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่ถูกต้อง เพื่อให้พยาบาลและทีมสุขภาพทุกคนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการ

วางแผนดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และเพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้ประกอบการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารทำให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

4. พยาบาลและทีมสุขภาพนำผลการศึกษาที่ได้มาพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารได้ถูกต้องอย่างมีประสิทธิภาพ และเหมาะสมตามภูมิลำเนาของตนเอง

5. สามารถประยุกต์ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายในภาคอื่นๆ ได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาอำนาจในการทำนายของตัวแปรการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การสนับสนุนทางสังคม กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง

2. จากการศึกษาที่พบว่า ภาวะซึมเศร้า ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอกซึ่งระดับความรุนแรงของโรคอาจไม่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ จึงควรนำตัวแปรนี้มาศึกษาความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายซ้ำ โดยอาจเปลี่ยนบริบทของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งจะมีระดับความรุนแรงของโรคมากขึ้น

3. จากการศึกษาที่พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร อาจเนื่องมาจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างของเพศชายและหญิงในการศึกษาครั้งนี้ใกล้เคียงกัน ดังนั้น ควรมีการศึกษาการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายแยกเพศ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กาญจนา อนุตริยะ. (2548). **อิทธิพลของความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

เกศกนก เข็มคง. (2550). **ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในโรงพยาบาลสุโขทัย**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กรมการแพทย์, ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2552). **สถิติโรค** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา www.dms.moph.go.th [2553,พฤษภาคม, 1].

กัลยา วานิชย์บัญชา. (2553). **การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล.** พิมพ์ครั้งที่ 16. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสาร.

ขจร เพียสุพรรณ์. (2545). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

คมเนตร สกุลธนะศักดิ์. (2551). **ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคในผู้สูงอายุ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จริยาวัตร คมพยัคฆ์. (2531). แรงสนับสนุนทางสังคม มโนทัศน์ และการนำไปใช้. **วารสารพยาบาลศาสตร์** 6: 96-105.

จารุวรรณ ธรรมวัตร. (2540). **วัฒนธรรมการบริโภคอาหารของชาวอีสาน: การสืบสานภูมิปัญญาและมรดกจากธรรมชาติ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. มหาสารคาม: อาศรมวิจัย คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

จิตติมา ภูริทัตกุล. (2547). **ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จันทร์เพ็ญ สมโน. (2551). **ความร่วมมือในการรักษาและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลเชียงใหม่ราม**. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จรรวมล แพ่งโยธา. (2548). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอก กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ณัชชา ภิรมย์. (2551). **ประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย: การวิเคราะห์อภิมาน.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ณัฐธยาน์ ประเสริฐอำไพสกุล เกษร สำเภาทอง และชดช้อย วัฒนะ. (2551). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด. **รามาธิบดีพยาบาลสาร** 14 (กันยายน-พฤศจิกายน) : 298-310.

ดวงใจ กสานติกุล. (2542). **โรคซึมเศร้าและความผิดปกติของอารมณ์**, หน้า 113-120. กรุงเทพมหานคร: อักษรนำการพิมพ์.

เดือนฉาย ชยานนท์. (2541). หัวใจล้มเหลว. ใน วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ), **ตำราอายุรศาสตร์ 2,** หน้า 127-157. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ยูนิตี้ พับลิเคชั่น.

ทิพมาส ชิณวงศ์. (2545). หลักการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจวายและหลักการพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. ใน พัชรียา ไชยลังกา ทิพมาส ชิณวงศ์ และนวลจันทร์ รมณารักษ์ (บรรณาธิการ), **ตำราการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (อายุรศาสตร์) เล่ม 1**, หน้า 207-235 และ หน้า 191-203. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา: เอส. ซี. วี. บิสสิเนสส์.

ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล. (2550). **HEART FAILURE หัวใจล้มเหลว,** หน้า 31-40. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ แอนนา ออฟเซต.

ธวัชชัย วรพงศธร วงเดือน ปั้นดี และสมพร เตรียมชัยศรี. (2533). คุณลักษณะความตรงของแบบวัดความซึมเศร้า CES-D. **วารสารจิตวิทยาคลินิก** 21(1): 26-45.

นุสรา วรภัทราทร. (2547). **ประสบการณ์การจัดการอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นรลักขณ์ เอื้อกิจ. (2553). แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model). **เอกสารประกอบการสอน วิชาการสร้างเสริมสุขภาพ,** หน้า 31-44. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นัยนา พิพัฒน์วนิชชา. (2535). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นัยนา เมธา. (2544). **ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

น้ำเพชร หล่อตระกูล. (2543). **การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2553). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.

ประคอง กรรณสูต. (2542). **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปรียาภรณ์ สวัดิ์ศรี. (2550). **อิทธิพลของการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคในการควบคุมอาหารต่อการทำนายพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2551). **การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด.** พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

พิกุล บุญช่วง. (2541). **การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว**. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

มลฤดี บุราณ. (2548). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เยาวภา บุญเที่ยง. (2545). **การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพ และการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุหัวใจวายเลือดคั่ง.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ระพิณ ผลสุข และนรลักขณ์ เอื้อกิจ. (2550). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด. **วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย** 19(1): 108-118.

รัตนา เรือนอินทร์. (2550). **ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่าย โรงพยาบาลลี้ จังหวัดลำพูน.** การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). **การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์ : แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วินธนา คูริสิน. (2546). **การดูแลตนเองด้านโภชนาการและสุขภาพกับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน**. การค้นคว้าแบบอิสระวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศิริพร ปาระมะ. (2545). **ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลลี้ จังหวัดลำพูน.** การค้นคว้าอิสระปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศิริมา วงศ์แหลมทอง. (2542). **ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร. (2545). **ความหวัง ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจ.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศิริวรรณ ตั้งวิจิตรสกุล. (2550). **ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศุภชัย ไชยธีระพันธ์และปรีชา วิชิตพันธุ์. (2536). ภาวะหัวใจวาย.ใน สมชาติ โลจายะ (บรรณาธิการ), **ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด**, หน้า 885-903. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.

สาธารณสุข, กระทรวง. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2552). **สรุปสถิติสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิต (2547-2552)** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http: // bps.ops.moph.go.th/statistic/2.3.4-52.pdf [2553, กรกฎาคม, 19].

สายรุ้ง บัวระพา. (2547). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคมและกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยหัวใจวายเรื้อรัง.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สิริกาญจน์ ท่อแก้ว. (2546). **ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดล้างไตในเขตจังหวัดนครปฐม.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุธีรัตน์ แก้วประโลม. (2538). **ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. (2550). Heart failure. ใน ชุษณา สวนกระต่ายและกมล แก้วกิติณรงค์ (บรรณาธิการ), **A practical Approach in Internal Medicine**, หน้า 1-17. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมคิด สีหสิทธิ์. (2546). **ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน การเข้าถึงบริการสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมจิต หนุเจริญกุล. (2553). แนวคิดของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง. ใน สมจิต หนุเจริญกุลและอรสา พันธ์ภักดี (บรรณาธิการ), **การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง : บูรณาการสู่การปฏิบัติ**, หน้า 39-55. กรุงเทพมหานคร: จุดทอง.

สมพงศ์ สหพงศ์. (2543). **โรคหัวใจ บทบาทของอาหารและวิตามิน.** พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์รวมทรรศน์.

เสาวนีย์ จักรพิทักษ์. (2542). **โภชนาการสำหรับครอบครัวและผู้ป่วย.** พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.

หทัยรัตน์ เวชมนัส. (2547). **ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อภิชาต สุคนธสรรพ์ และรังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์. (2547). **Heart failure**. เชียงใหม่: ไอแอมออริเกไนเซอร์แอนด์แอ๊ดเวอร์ไทซิ่ง.

อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2553). แนวคิด/ทฤษฎีการพัฒนาเครื่องมือ. **เอกสารคำสอน วิชาการพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล.** คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อารักขา ใจธรรม. (2545). **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อมรา จันทราภานนท์. (2522). **โภชนศาสตร์และโภชนบำบัด.** พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ไทยพิทยา.

ภาษาอังกฤษ

Balow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., and Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. **Patient Education and Counseling** 48: 177-187.

Bandura, A. (1986). **Social foundations of thought of and action: A social cognitive theory**. New Jersey: Prentice-Hall.

Beck, A. (1967). **Depression : Clinical experimental and theoretical aspect**. New York: International Universities Press.

Becker, M. H. (1974). The Health Belief Model and Personal Health Behavior. **Health Education Monograph** 2: Entire issue.

Bentley, B., De Jong, M. J., Moser, D. K., and Peden, A. R. (2005). Factors related to nonadherence to low sodium diet recommendations in heart failure patients. **European Journal of Cardiovascular Nursing** 4(4): 331-336

Chung, M. L., et al. (2006). Gender differences in adherence to the sodium-restricted diet in patients with heart failure. **Journal of Cardiac Failure** 12(8): 628-634.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine** 38(5): 300-314.

Creer, L. T. (2000). Self-management of chronic illness. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich, & M., and Zeidner (Eds.). **Handbooks of self-regulation**. California, Academic.

Elizabeth, W. W., Danielle, S., Leslie L. D., and Charles, T. B. (2007). Nurse's knowledge of heart failure self-management**. Progress in Cardiaovascular Nursing** 22: 190-195.

Gallagher, R. (2010). Self management, symptom monitoring and associated factors in people with heart failure living in the community. **European Journal of Cardiovascular Nursing** 9(3): 153-160.

Heo, S., Moser, D. K., Lennie, T. A., Riegel, B., and Chung, M. L. (2008). Gender differences in and factors related to self-care behaviors: A cross-sectional, correlational study of patients with heart failure**. International Journal of Nursing Studies** 45(12): 1807-1815.

Hoekenga, D. E., and Abrams, J. (1986). Non-invasive evaluation of congestive heart failure. In Desmond G. Julian and Nanette K. Wenger (Edited). **Management of Heart Failure** 17-59.

Holzapfel, N., et al. (2009). Self-care and depression in patients with chronic heart failure. **Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care** 38(5): 392-397.

Jacobson, D. E. (1986). Types and timing of social support. **Journal of Health and Social Behavior** 27: 252.

Jerant, A. F., Friederichs-Fitzwater, M. M. V., and Moore, M. (2005). Patients' perceived barriers to active self-management of chronic conditions. **Patient Education and Counseling** 57(3): 300-307.

Jessup, M., et al. (2009). 2009 Focused Update: ACCF/AHA Guidelines for the diagnosis and management of heart failure in adults: a report of the American college of cardiology foundation/American heart association task force on practice guidelines developed in collaboration with the International Society for Heart and Lung Transplantation**. Journal of the American College of Cardiology** 53(15): 1343-1382.

Kanfer, F. (1988). Self-management methods. In Kanfer, F., & Goldstein, A. (Eds.). Helping people change: **A textbook of methods.** 3 rd ed. New York: Pergamon Press.

Lewin, K. (1951). The Nature of Field Theory. In M.H. Max (Ed). **Psychology Theory**. New York : Macmillan.

Lofvenmark, C., Mattiasson, A. C., Billing, E., and Edner, M. (2009). Perceived loneliness and social support in patients with chronic heart failure. **European Journal of Cardiovascular Nursing** 8: 251-258.

Luttik, M. L., Jaarsma, T., Moser, D., Sanderman, R., and Van Veldhuisen, D. J. (2005). The importance and impact of social support on outcomes in patients with heart failure: an overview of the literature. **Journal Cardiovasc Nurse** 20(3): 162–9.

Mancuso, C. A., Sayles, W., and Allegrante, J. P. (2009). Development and testing of the asthma self-management questionnaire. **Annals of Allergy, Asthma & Immunology** 102(4): 294-302.

Munir, F., et al. (2009). Self-management of health-behaviors among older and younger workers with chronic illness. **Patient Education and Counseling** 77: 109-115.

Murberg, T. A., and Bru, E. (2001). Social relationships and mortality in patients with congestive heart failure. **Journal of Psychosomatic Research** 51: 521-527.

Norra, C., Eric, C. S., Marlies, A., and Patrick, S. (2008). High impact of depression in heart failure : early diagnosis and treatment options. **International Journal of Cardiology** 125: 220-231.

Price, R. J. G., Witham, M. D., and McMurdo, M. E. T. (2007). Defining the nutritional status and dietary intake of older heart failure patients. **European Journal of Cardiovascular Nursing** 6(3): 178-183.

Riegel, B., Carlson, B., and Glaser, D. (2000). Development and testing of a clinical tool measuring self-management of heart failure. **Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care** 29(1): 4-15.

Rosenstock, I. M. (1974). Health belife model and preventive health behavior. **Health Education** 4: 330-335.

Sayers, S. L., Riegel, B., Pawlowski, S., Coyne, J. C., and Samaha, F. F. (2008). Social support and self-care of patients with heart failure. **Annals of Behavioral Medicine** 35(1): 70-79.

Schaefer, C., Coyne, J. C., and Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. **Journal of Behavioral Medicine** 4(19): 381-402.

Smeulders, Esther S. T. F., Haastregt, v. Jolanda C. M., Janssen-Boyne, Josiane J. J., Stoffers, Henri E. J. H., Van Eijk, Jacques. Th. M., Kempen, and Gertrudis I. J. M. (2009). Feasibility of a group-based self-management program among congestive heart failure patients. **Heart & Lung** 38(6): 499-512.

Sullivan, M., Lery, W. C., Russo, J. E., and Spertus, J. A. (2004). Depression and health status in patients with advance heart failure: a prospective study in tertiary care. **Journal of Cardiac Failure** 10(5): 390-396.

Tobin, D. L., et al. (1986). Self-management and social learning theory. In K. A. Holroyd and T.L. Creer. (Eds), **Self-management of chronic disease: Handbook of clinical intervention and research**. New York: Academic Press, Inc.

Zuily, S., et al. (2010). Impact of heart failure management unit on heart failure-related readmission rate and mortality. **Archives of Cardiovascular Diseases** 103(2): 90-96.

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน
1. นายแพทย์วีระ มหาวนากุล	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ หัวหน้ากลุ่มงานอายุรกรรมโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
2. อาจารย์ ดร. กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์	อาจารย์พยาบาล โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาอายุรศาสตร์โรคหัวใจและหลอดเลือด
3. อาจารย์ ดร. ทัศนีย์ ระวิวรกุล	อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล
4. นางสุเพียร โภคทิพย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ช่วยหัวหน้างานห้องผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
5. นางนิภาพร คงเพ็ชร	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาอายุรศาสตร์โรคหัวใจและหลอดเลือด หอผู้ป่วยวิกฤติโรคหัวใจ โรงพยาบาลรามาธิบดี

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอใช้เครื่องมือวิจัย จดหมายขอทดลองใช้เครื่องมือวิจัย และจดหมายขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 2039

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

13 ธันวาคม 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพัชร์วรรณ ศรีคง นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. นายแพทย์ วีระ มหาวนากุล แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ หัวหน้ากลุ่มงานอายุรกรรม
2. นางสุเพียร โภคทิพย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ช่วยหัวหน้างานห้องผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหลอดเลือด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นายแพทย์ วีระ มหาวนากุล และนางสุเพียร โภคทิพย์
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1138, 0-2218-1152
ชื่อนิสิต นางสาวพัชรวรรณ ศรีคง โทร. 08-5026-4635

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ ๒๐๓๙

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑๖ ธันวาคม 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพัชรวรรณ ศรีคง นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางนิภาพร คงเพ็ชร ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาโรคหัวใจ หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1138, 0-2218-1152
ชื่อนิสิต นางสาวพัชรวรรณ ศรีคง โทร. 08-5026-4635

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ ๒๐๖๗

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑๖ ธันวาคม 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพัชรวรรณ ศรีคง นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร. ทัศนีย์ ระวิวรกุล อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1138, 0-2218-1152
ชื่อนิสิต นางสาวพัชรวรรณ ศรีคง โทร. 08-5026-4635

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ ๒๐๖๙

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

13 ธันวาคม 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพัชรวรรณ ศรีคง นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร. กุสุมา ควรวัฒนสัมฤทธิ์ อาจารย์พยาบาล โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ตำแหน่งเรียน งานบริการการศึกษา
อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร. กุสุมา ควรวัฒนสัมฤทธิ์ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1138, 0-2218-1152
ชื่อนิสิต นางสาวพัชรวรรณ ศรีคง โทร. 08-5026-4635

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 2063

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

17 ธันวาคม 2553

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เนื่องด้วย นางสาวพัชรวรรณ ศรีคง นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จากการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในโรงพยาบาลสุโขทัย ของ นางสาวเกศกนก เข็มคง สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ (2550) โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. พัชราภรณ์ อารีย์ เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1138, 0-2218-1152
ชื่อนิสิต นางสาวพัชรวรรณ ศรีคง โทร. 08-5026-4635

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริการการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ โทร. 81131 โทรสาร 81130
ที่ ศธ 0512.11 /2082 วันที่ 17 ธันวาคม 2553
เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์

เนื่องด้วย นางสาวพัชรวรรณ ศรีคง นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์ความซึมเศร้า จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดล้างไตในเขตจังหวัดนครปฐม ของนางสาวสิริกาญจน์ ท่อแก้ว ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ สาขาวิชาสุขภาพจิต (2546) โดยมี ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง อลิสา วัชรสินธุ เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1138, 0-2218-1152
ชื่อนิสิต นางสาวพัชรวรรณ ศรีคง โทร. 08-5026-4635

ที่ ศธ 0512.11/ ๒๑๖๙

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๑ ธันวาคม 2553

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์

เนื่องด้วย นางสาวพัชรวรรณ ศรีคง นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจวายทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 20-59 ปี ที่เข้ารับบริการแผนกอาชุรกรรมผู้ป่วยนอกโรคหัวใจ จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ทั้งนี้นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวพัชรวรรณ ศรีคง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
งานบริการการศึกษา	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1138, 0-2218-1152
ชื่อนิสิต	นางสาวพัชรวรรณ ศรีคง โทร. 08-5026-4635

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ ๒๑๒๔

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๑ ธันวาคม 2553

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบุรีรัมย์

เนื่องด้วย นางสาวพัชรวรรณ ศรีคง นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจวายทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 20-59 ปี ที่เข้ารับบริการแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกโรคหัวใจ จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ทั้งนี้นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวพัชรวรรณ ศรีคง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1138, 0-2218-1152
ชื่อนิสิต นางสาวพัชรวรรณ ศรีคง โทร. 08-5026-4635

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ ๒๑๒๔

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๑ ธันวาคม 2553

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศรีสะเกษ

เนื่องด้วย นางสาวพัชรวรรณ ศรีคง นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจวายทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 20-59 ปี ที่เข้ารับบริการแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกโรคหัวใจ จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ทั้งนี้นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวพัชรวรรณ ศรีคง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1138, 0-2218-1152
ชื่อนิสิต นางสาวพัชรวรรณ ศรีคง โทร. 08-5026-4635

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ ๒๑๒๙

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๑ ธันวาคม 2553

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี

เนื่องด้วย นางสาวพัชรวรรณ ศรีคง นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจวายทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 20-59 ปี ที่เข้ารับบริการแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกโรคหัวใจ จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ทั้งนี้นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวพัชรวรรณ ศรีคง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1138, 0-2218-1152
ชื่อนิสิต นางสาวพัชรวรรณ ศรีคง โทร. 08-5026-4635

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 2124

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

21 ธันวาคม 2553

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

เนื่องด้วย นางสาวพัชรวรรณ ศรีคง นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจวายทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 20-59 ปี ที่เข้ารับบริการแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกโรคหัวใจ จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ทั้งนี้นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวพัชรวรรณ ศรีคง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1138, 0-2218-1152
ชื่อนิสิต นางสาวพัชรวรรณ ศรีคง โทร. 08-5026-4635

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ค

หนังสืออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และเอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โทร.๕๒๒๒-๓
ที่ นม ๐๐๒๗.๑๒๔/๒๒๕ **วันที่** ๓๑ มกราคม ๒๕๕๔
เรื่อง ขอแจ้งผลการพิจารณาโครงการ

เรียน นางสาวพัชรวรรณ ศรีคง

ตามที่ท่านได้ส่งเอกสารชี้แจงข้อสอบถามจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ของโครงการวิจัยเรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง" นั้น

ทางคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาได้พิจารณาครั้งที่ ๑/๒๕๕๔ เมื่อวันที่ ๒๗ มกราคม ๒๕๕๔ แล้วมีมติ รับทราบ และอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

(นางสาวเพ็ญศรี รักษ์วงค์)
เลขานุการคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

เอกสารฉบับนี้ เพื่อแสดงว่าโครงการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง

ผู้วิจัย / เจ้าของผลงาน คือ นางสาวพัชรวรรณ ศรีคง

สถาบัน / หน่วยงาน นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลศรีสะเกษแล้ว

เห็นชอบ ให้ผ่านการพิจารณารับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สามารถดำเนินการวิจัยได้ และเห็นว่าผู้วิจัยต้องดำเนินการตามโครงการวิจัยที่กำหนดไว้ หากจะมีการปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขใดๆ ควรผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยอีกครั้ง

ออกให้ ณ วันที่ 17 **มกราคม พ.ศ.** 2554

ลงชื่อ .....

(นายสุที วงค์ละคร)

ประธานกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โรงพยาบาลศรีสะเกษ

ลงชื่อ .....

(นายชาย ธีระสุต)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รหัสเอกสารรับรอง 007/2554

เอกสารรับรองจริยธรรมโครงการวิจัยในมนุษย์

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

ชื่อโครงการ ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง

SELECTED FACTORS RELATED TO DIETARY SELF-MANAGEMENT AMONG HEART FAILURE PATIENTS, LOWER NORTHEAST REGION

ผู้วิจัยหลัก นางสาวพัชรวรรณ ศรีคง

หน่วยงาน/สถาบัน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ได้พิจารณารายละเอียดของโครงร่างการวิจัย เอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยภาษาไทยแล้ว มีมติสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบเขตของโครงการที่เสนอได้

.....	.....
(ทพญ.ขนิษฐา ดาโรจน์)	(นายแพทย์มนัส กนกศิลป์)
รองประธานคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

วันที่รับรอง : - 8 มี.ค. 2554 **วันหมดอายุของการรับรอง:** 7 มี.ค. 2555

เอกสารที่รับรองรวมถึง

1. โครงร่างการวิจัย
2. ใบยินยอมและเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร
3. ผู้วิจัย/คณะผู้วิจัย
4. แบบสอบถาม/แบบบันทึกข้อมูล

ผู้วิจัยที่ได้รับการรับรองต้องยอมตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้

1.ผู้วิจัยรับทราบว่าเป็นการผิดจริยธรรมที่จะรวบรวมข้อมูลที่ศึกษาก่อนโครงการได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

2.กิจกรรมของโครงการวิจัยต้องจบลงภายในวันหมดอายุของการรับรอง ถ้าต้องการขยายเวลา ต้องยื่นแสดงความจำนงก่อนวันหมดอายุ 30 วัน

3.ผู้วิจัยต้องทำการศึกษาตรงตามที่ระบุไว้ในโครงร่างงานวิจัยอย่างเคร่งครัด

4.ใช้เพียงแบบฟอร์มที่คณะกรรมการจริยธรรมฯได้รับรอง (ใบยินยอมและเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร, แผ่นประชาสัมพันธ์ เป็นต้น) และ คณะกรรมการจริยธรรมฯมีสิทธิตรวจสอบเอกสารดังกล่าวได้ทุกครั้งเมื่อต้องการ

5.ในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ร้ายแรง ต้องรายงานคณะกรรมการจริยธรรมฯภายใน 5 วันทำการ

6.ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมไปจากเดิมที่รับรองไว้ ต้องรายงานคณะกรรมการจริยธรรมฯ ก่อนที่จะเริ่มทำกิจกรรมนั้นๆ

7.ส่งรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์หลังโครงการวิจัยเสร็จสิ้นลงแล้ว จำนวน 1 ฉบับ

สถานที่ติดต่อ: ศูนย์วิจัย รพ.สรรพสิทธิประสงค์ ถ.สรรพสิทธิ์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.อุบลราชธานี 34000 โทรศัพท์ 045-244973

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โทร. ๐ ๔๔๖๑ ๕๐๐๒ ต่อ ๒๐๗๘ , ๒๐๒๕
ที่ บร.๐๐๒๗.๑๐๒.๓ /๔๓ วันที่ ๓ มีนาคม ๒๕๕๔
เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลบุรีรัมย์

เรียน หัวหน้าโครงการวิจัย นางสาวพัชรวรรณ ศรีคง

ด้วยนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขออนุญาตทำการวิจัยในมนุษย์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง" คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ได้ประชุมเพื่อพิจารณาเรื่องดังกล่าว เมื่อวันที่ ๒ มีนาคม ๒๕๕๔

ในฐานะตัวแทนของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ขอแสดงความชื่นชมต่อท่านและคณะในการพยายามสร้างงานวิจัยที่จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาทางการแพทย์ ในประเทศไทยเป็นอย่างยิ่ง คณะกรรมการมีความเห็นต่องานวิจัยของท่านดังนี้

☑ ๑. เห็นสมควรให้ทำงานวิจัยดังกล่าวในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ได้
☐ ๒. ไม่สมควรให้ทำงานวิจัยดังกล่าวในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ เนื่องจาก.....
☐ ๓. ขอให้ปรับปรุง / แก้ไข / ชี้แจง ในเรื่องต่อไปนี้ เพื่อให้งานวิจัยของท่านมีผลกระทบต่อผู้ป่วยน้อยที่สุด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(แพทย์หญิงแสงตาว ณ บุรุษสาคร)
ประธานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลบุรีรัมย์

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

AF 01-11

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 028/2554

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 141.1/53 : ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวพัชรวรรณ ศรีคง

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปรีดา ทัศนประดิษฐ)
ประธาน

ลงนาม.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 24 กุมภาพันธ์ 2554 **วันหมดอายุ** : 23 กุมภาพันธ์ 2555

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

1) โครงการวิจัย
2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
3) ผู้วิจัย
4) แบบสอบถาม

เลขที่โครงการวิจัย 141.1/53
วันที่รับรอง 24 กพ. 2554
วันหมดอายุ 23 กพ. 2555

เงื่อนไข

1. *ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการผิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ*
2. *หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องหยุด เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย*
3. *ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด*
4. *ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) **เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น แล้วส่งสำเนาใบแรกที่ใช้เอกสารดังกล่าวมาที่คณะกรรมการ***
5. *หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ*
6. *หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ*
7. *โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-11) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น*

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โรงพยาบาลสุรินทร์
68 ถนนหลักเมือง ตำบลในเมือง
อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ 32000

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ องค์กรแพทย์ โรงพยาบาลสุรินทร์

เลขที่หนังสือรับรอง .....10/2554.....

ชื่อโครงการ/ภาษาไทย	ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง
ชื่อโครงการ/ภาษาอังกฤษ	SELECTED FACTORS RELATED TO DIETARY SELF- MANAGEMENT AMONG HEART FAILURE PATIENTS, LOWER NORTHEAST REGION
ชื่อหัวหน้าโครงการ/หน่วยงานที่สังกัด	นางสาวพัชรวรรณ ศรีคง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รหัสโครงการ	-
สถานที่ทำการวิจัย	โรงพยาบาลสุรินทร์
เอกสารรับรอง	-แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณา -หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการ -แบบบันทึกข้อมูล
รับรองโดย	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ องค์กรแพทย์ โรงพยาบาลสุรินทร์
วันที่รับรอง	10 มีนาคม 2554
วันหมดอายุ	9 มีนาคม 2555

หนังสือรับรองฉบับนี้ออกโดยความเห็นชอบในการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ องค์กรแพทย์ โรงพยาบาลสุรินทร์ ตามเกณฑ์สากล (ICH-GCP)

.....
(นายวินัย ยิ่งพินิจพงศ์)
เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลสุรินทร์

.....
(นายภาณุวัฒน์ วิรัตนภานุ)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลสุรินทร์

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/ Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง

ชื่อผู้วิจัย นางสาว พัชรวรรณ ศรีคง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) ห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 3 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ถนนสรรพสิทธิ์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000

(ที่บ้าน) 110/13 หมู่บ้านปิ่นดาว ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 045-244973 ต่อ 1194 โทรศัพท์ที่บ้าน - โทรศัพท์มือถือ 085-0264635

E-mail : srikong_063@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการวิจัยนี้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่มารับบริการแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกโรคหัวใจของโรงพยาบาลรัฐประจำจังหวัดที่มีศูนย์โรคหัวใจในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง ได้แก่ นครราชสีมา สุรินทร์ บุรีรัมย์ ศรีสะเกษ และอุบลราชธานี

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง

4. ประชากรในการวิจัยได้แก่ ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายอายุ 20-59 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มารับบริการแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกโรคหัวใจของโรงพยาบาลรัฐประจำจังหวัดที่มีศูนย์โรคหัวใจในจังหวัดนครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์ ศรีสะเกษ อุบลราชธานี จำนวนทั้งหมด 132 คน

5. ผู้วิจัยจะเป็นผู้แจกแบบสอบถามให้ท่านเป็นผู้ตอบแบบสอบถามโดยตรง โดยให้ท่านอยู่ในห้องแยกที่เป็นสัดส่วน มิดชิด ไม่มีเสียง/กลิ่นรบกวน จะให้เวลาในการตอบแบบสอบถามคนละ 15-30 นาที ซึ่งแบบสอบถามมีทั้งหมด 7 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร ส่วนที่ 4 การรับรู้อุปสรรคของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร ส่วนที่ 5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และส่วนที่ 7 แบบสอบถามการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

6. ผู้วิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูลโดยตรงต่อท่าน เกี่ยวกับรายละเอียดของงานวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม อธิบายการเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยด้วยความสมัครใจ

7. ในการคัดกรองผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย หากพบว่าท่านไม่อยู่ในเกณฑ์คัดเข้า และอยู่ในสภาวะที่สมควรได้รับความช่วยเหลือ/แนะนำ ผู้วิจัยประสานต่อเจ้าหน้าที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก และส่งต่อท่านให้ได้รับการรักษาจากแพทย์ที่เหมาะสมต่อไป

8. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะเป็นโดยสมัครใจและสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ

9. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลาจนกว่าจะได้รับคำตอบเป็นที่พอใจ และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

10. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเข้าร่วมในการวิจัยจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวมและเชิงวิชาการ

11. ในการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย

12. ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้มีส่วนร่วมการวิจัยและประโยชน์โดยรวม

1) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายสามารถมีการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ

2) เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ในการส่งเสริมและพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายในการควบคุมอาหาร เป็นการป้องกันอาการแทรกซ้อนที่รุนแรงและช่วยลดการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

13. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง

ชื่อผู้วิจัย นางสาวพัชรวรรณ ศรีคง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ

ที่อยู่ที่ติดต่อ (ที่ทำงาน) ห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 3 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ถนนสรรพสิทธิ์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000

(ที่บ้าน) 110/13 หมู่บ้านปิ่นดาว ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 045-244973 ต่อ 1194 (ที่บ้าน) – (มือถือ) 085-0264635

E-mail : srikong_@hotmail.com

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย…..……

ข้าพเจ้าชื่อ/นามสกุล……ได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจนจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้จนเข้าใจอย่างดี ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐานอ้างอิง ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองจากผู้วิจัยว่าจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ได้ระบุไว้ และข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าจะรักษาไว้เป็นความลับ ข้าพเจ้าเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบใดๆ แก่ข้าพเจ้าทั้งสิ้น ข้าพเจ้าจึงลงนามไว้ท้ายหนังสือนี้

……..	……...
สถานที่/วันที่	ลงนามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
……..	……...
สถานที่/วันที่	(นางสาวพัชรวรรณ ศรีคง) ลงนามผู้วิจัยหลัก
……..	……
สถานที่/วันที่	(……) พยาน

ศูนย์วิทยทรัพยากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ง

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง

คำชี้แจง แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 7 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร
ส่วนที่ 5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า
ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม
ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามส่วนบุคคล

<u>คำชี้แจง</u> โปรดเติมข้อความลงในช่องว่างที่กำหนดไว้ หรือเขียนเครื่องหมาย / ลงในช่องให้ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. เพศ
   ( ) ชาย ( ) หญิง
2. อายุ ..... ปี
3. ระดับการศึกษา
   ( ) 1. ไม่รู้หนังสือ ( ) 2. ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ( ) 3. มัธยมศึกษาปีที่ 1-6
   ( ) 4. อนุปริญญา ( ) 5. ปริญญาตรี ( ) 6. สูงกว่าปริญญาตรี
4. น้ำหนัก.....(กิโลกรัม) ส่วนสูง.....(เซนติเมตร) ** ค่าดัชนีมวลกาย (BMI).....
5. สถานภาพสมรส
   ( ) 1. โสด ( ) 2. คู่ ( ) 3. หม้าย ( ) 4. หย่า ( ) 5. แยก
6. อาชีพ
   ( ) 1. ไม่ได้ทำงาน ( ) 2. ข้าราชการบำนาญ ( ) 3. เกษตรกร ระบุ.....
   ( ) 4. รับจ้าง ( ) 5. ค้าขาย ( ) 6. อื่นๆ ระบุ.....
7. รายได้ครอบครัวเฉลี่ย/เดือน ระบุ ..... (บาท)

8. ลักษณะครอบครัว

( ) 1. ครอบครัวเดี่ยว มีพ่อ แม่ ลูก

( ) 2. ครอบครัวใหญ่ มี พ่อ แม่ ลูก ปู่ย่า ตายาย ญาติพี่น้องต่างๆ

** 9. ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่ามีภาวะหัวใจวาย จนถึงปัจจุบัน

ระบุ ..... ปี หรือ ระบุ ..... เดือน

** 10. ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย

( ) ระดับที่ 1 ทำกิจกรรมได้ตามปกติ ไม่มีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น หายใจลำบาก เจ็บหน้าอก

( ) ระดับที่ 2 ทำกิจกรรมได้ตามปกติ แต่จะมีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น หายใจลำบาก เจ็บหน้าอก จะรู้สึกดีขึ้น เมื่อได้พัก

( ) ระดับที่ 3 ทำกิจกรรมที่ออกแรงน้อยกว่ากิจกรรมตามปกติ จะมีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น หายใจลำบาก เจ็บหน้าอก แต่จะรู้สึกดีขึ้นบ้าง เมื่อได้พัก

( ) ระดับที่ 4 ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ มีอาการเหนื่อย แม้ขณะพัก

11. ท่านเคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมบ้างหรือไม่

( ) ไม่เคย

( ) เคย (ได้รับจากแหล่งใดมากที่สุด ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

( ) เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล

( ) บุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง

( ) เพื่อน ผู้ร่วมงาน

( ) โทรทัศน์

( ) วิทยุ

( ) หนังสือพิมพ์

( ) เอกสารเผยแพร่ ความรู้

( ) อื่นๆ ระบุ.....

หมายเหตุ ** ไม่ต้องกรอกข้อมูล

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย

<u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อทราบถึงการรับรู้ของท่าน เกี่ยวกับความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย เมื่อท่านอ่านข้อความในแต่ละข้อ และพิจารณาแล้วว่ามีความคิดเห็นตรงกับข้อความใดมากที่สุด โปรดทำเครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงคำตอบเดียว โดยการเลือกตอบใช้เกณฑ์ ดังนี้

เห็นด้วยมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคของท่านมาก

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคของท่านปานกลาง

เห็นด้วยน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคของท่านน้อย

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคของท่านเลย

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยมาก
1. ภาวะหัวใจวายเป็นภาวะที่ไม่อันตราย				
2. การรับประทานอาหารที่มีรสจืด โดยไม่ใส่เกลือ/ผงชูรส/น้ำปลา/น้ำปลาร้าเพิ่มช่วยลดความรุนแรงของภาวะหัวใจวายได้				
3. การรับประทานเกลือมากเกินไปทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้น				
4. อาการของภาวะหัวใจวายทำให้การทำงานของไตผิดปกติ				
5. อาการหายใจลำบากหรือ นอนราบไม่ได้ เกิดจากภาวะ หัวใจวายรุนแรง				
6. เมื่อภาวะหัวใจวายรุนแรงขึ้น จะทำให้ท่านเหนื่อยง่ายแม้เดินเพียงใกล้ๆ				
7. อาการของภาวะหัวใจวายจะรุนแรงขึ้น				

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยมาก
ถ้าท่านไม่จัดการตนเองในการควบคุมอาหาร				

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร

<u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อทราบถึงการรับรู้ของท่าน เกี่ยวกับประโยชน์ของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร โดยเมื่อท่านอ่านข้อความในแต่ละข้อ และพิจารณาแล้วว่ามีความคิดเห็นตรงกับข้อความใดมากที่สุด โปรดทำเครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงคำตอบเดียว โดยการเลือกตอบใช้เกณฑ์ ดังนี้

เห็นด้วยมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการรับรู้ประโยชน์การจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของท่านมาก

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการรับรู้ประโยชน์การจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของท่านปานกลาง

เห็นด้วยน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการรับรู้ประโยชน์การจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของท่านน้อย

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับการรับรู้ประโยชน์การจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของท่านเลย

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยมาก
1. การรับประทานอาหารที่มีปริมาณเกลือน้อยกว่า 1 ช้อนชาต่อวัน จะช่วยให้ท่านมีอาการบวมน้อยลง				
2. การควบคุมอาหารมีประโยชน์ต่อการทำงานของหัวใจ				
3. อาหารที่มีปริมาณเกลือมาก เช่น ปลาร้า แจ่วบอง ปลาจ่อม กุ้งจ่อม จะไม่เป็นผลดีสำหรับท่าน				
4. การไม่ใส่เกลือ/ผงชูรส/น้ำปลา/น้ำปลาร้าในอาหาร จะทำให้ท่านควบคุมอาการภาวะหัวใจวายได้				
5. การรับประทานอาหารที่มีเกลือน้อยจะช่วยให้หัวใจของท่านทำงานดีขึ้น				

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยมาก
6. การรับประทานอาหารที่ใส่น้ำปลาร้าน้อยกว่า 1 ช้อนชาต่อวัน ช่วยให้หายใจได้สะดวก ไม่มีอาการแน่นหน้าอก				
7. การควบคุมอาหารตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ เช่น การงดรับประทานอาหารรสเค็ม การจำกัดปริมาณเกลือ/ผงชูรส/น้ำปลา/น้ำปลาร้าในอาหาร จะช่วยชะลออาการภาวะหัวใจวายไม่ให้รุนแรงมากขึ้นได้				

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร

<u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อทราบถึงการรับรู้ของท่าน เกี่ยวกับอุปสรรคของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย โดยเมื่อท่านอ่านข้อความในแต่ละข้อและพิจารณาแล้วว่ามีความคิดเห็นตรงกับข้อความใดมากที่สุด โปรดทำเครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงคำตอบเดียว โดยการเลือกตอบใช้เกณฑ์ ดังนี้

เห็นด้วยมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการรับรู้อุปสรรคการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของท่านมาก

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการรับรู้อุปสรรคการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของท่านปานกลาง

เห็นด้วยน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการรับรู้อุปสรรคการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของท่านน้อย

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับการรับรู้อุปสรรคการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของท่านเลย

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยมาก
1. ท่านใช้เวลานานกว่าปกติในการรับประทานอาหารที่ไม่ปรุงรสด้วย เกลือ/ผงชูรส/น้ำปลา/น้ำปลาร้า				

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยมาก
2. ท่านมีความยุ่งยากในการจัดหาอาหารที่ไม่ใส่เกลือ/ผงชูรส/น้ำปลา/น้ำปลาร้า มารับประทาน				
3. อาหารที่ไม่เติมเกลือ/ผงชูรส/น้ำปลา/น้ำปลาร้า มีรสชาติไม่อร่อย				
4. ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายที่ต้องจำกัดปริมาณเกลือ/ผงชูรส/น้ำปลา/น้ำปลาร้าในการปรุงอาหาร				
5. การรับประทานอาหารที่ไม่ปรุงรสด้วยเกลือ/ผงชูรส/น้ำปลา/น้ำปลาร้า เป็นเรื่องยากสำหรับท่าน				
6. ท่านไม่สามารถออกไปรับประทานอาหารนอกบ้านเพราะต้องรับประทานอาหารที่มีรสจืด ไม่ปรุงรสด้วย เกลือ/ผงชูรส/น้ำปลา/น้ำปลาร้า				

ส่วนที่ 5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

<u>คำชี้แจง</u> แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้อแล้วพิจารณาเลือกข้อความที่ตรงกับความคิดหรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด **ซึ่งเกิดขึ้นในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันนี้** โดยทำเครื่องหมายวงกลมตัวเลขที่อยู่หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว และกรุณาตอบให้ครบทุกข้อคำถาม

1. ท่านรู้สึกเศร้าหรือไม่
   - 1 ไม่รู้สึกเศร้าเลย
   - 2 รู้สึกเศร้าๆ
   - 3 รู้สึกเศร้าอยู่ตลอดเวลาและทำให้หายเศร้าไม่ได้
   - 4 รู้สึกเศร้ามากจนทนไม่ได้

2. ท่านรู้สึกท้อแท้เกี่ยวกับอนาคตหรือไม่

1 ไม่รู้สึกท้อแท้ใจอะไรเกี่ยวกับอนาคต
2 รู้สึกท้อแท้ใจเกี่ยวกับอนาคต
3 รู้สึกว่าไม่มีเป้าหมายในอนาคต
4 รู้สึกว่าอนาคตหมดหวังและไม่มีทางจะดีขึ้นได้

3. ท่านรู้สึกว่าท่านมีความล้มเหลวในชีวิตหรือไม่

1 ยังไม่รู้สึกว่าล้มเหลว (ทำอะไรๆก็สำเร็จ)
2 รู้สึกว่าล้มเหลวมากกว่าคนทั่วๆไป
3 เมื่อมองย้อนกลับไปในอดีต ชีวิตส่วนใหญ่ล้มเหลว
4 รู้สึกว่าชีวิตล้มเหลวโดยสิ้นเชิง

4. ท่านมีความรู้สึกว่าตนเองยังสนุกสนานอยู่หรือไม่

1 ยังรู้สึกสนุกกับสิ่งที่เคยชอบเท่าเดิม
2 ไม่รู้สึกสนุกอย่างเคย
3 อะไรๆ ก็ไม่ค่อยถูกใจ
4 อะไรๆ ก็ไม่ถูกใจหรือเบื่อไปหมด

5. ท่านมีความรู้สึกว่าท่านผิดหรือมีบาปในใจหรือไม่

1 ไม่รู้สึกผิดบาปในใจ
2 รู้สึกผิดบาปในใจบางครั้งบางคราว
3 รู้สึกผิดบาปในใจบ่อยครั้ง
4 รู้สึกผิดบาปในใจอยู่เสมอ

6. ท่านรู้สึกว่าท่านถูกเคราะห์กรรมลงโทษหรือไม่

1 ไม่รู้สึกว่ากำลังถูกเคราะห์กรรมลงโทษ
2 คิดว่าอาจจะถูกเคราะห์กรรมลงโทษ
3 คิดว่าสมควรจะถูกเคราะห์กรรมลงโทษ
4 รู้สึกว่ากำลังถูกเคราะห์กรรมลงโทษ

7. ท่านรู้สึกผิดหวังหรือเกลียดชังตนเองหรือไม่

1 ไม่รู้สึกผิดหวังในตัวเอง
2 รู้สึกผิดหวังในตัวเอง
3 รู้สึกชังตัวเอง
4 รู้สึกเกลียดตัวเอง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

8. ท่านคิดว่าตนเองเป็นคนที่ชอบโทษตัวเอง

1 ไม่รู้สึกว่าเป็นคนชอบโทษตัวเอง
2 เมื่อรู้สึกอ่อนแอหรือเกิดความผิดพลาดขึ้น มักจะตำหนิตัวเองไว้ก่อน
3 เมื่อเกิดความผิดพลาดบางอย่าง จะโทษตัวเองอยู่ตลอดเวลา
4 เมื่อเกิดความผิดพลาดขึ้น จะโทษตัวเองทุกๆเรื่อง

9. ท่านรู้สึกหงุดหงิดมากกว่าเดิมหรือไม่

1 ไม่รู้สึกหงุดหงิดมากไปกว่าที่เคยเป็น
2 รู้สึกอารมณ์เสียหรือหงุดหงิดง่ายกว่าที่เคยเป็น
3 รู้สึกอารมณ์เสียหรือหงุดหงิดบ่อยครั้ง
4 รู้สึกอารมณ์เสียหรือหงุดหงิดอยู่ตลอดเวลา

10. ท่านยังมีความสนใจคนอื่นๆหรือไม่

1 ยังสนใจคนอื่นๆ อยู่
2 สนใจคนอื่นๆ น้อยลงกว่าเดิม
3 ไม่ค่อยสนใจคนอื่นๆแล้ว
4 ไม่สนใจคนอื่นเลย

11. ท่านสามารถตัดสินใจเรื่องต่างๆ ได้ดีเหมือนเดิมหรือไม่

1 ยังตัดสินใจเรื่องต่างๆ ได้ดีเหมือนที่เคยเป็น
2 รอเอาไว้ตัดสินใจทีหลังบ่อยขึ้นกว่าเดิม
3 ตัดสินใจได้ลำบากกว่าแต่ก่อน
4 ไม่กล้าตัดสินใจอะไรเลย

12. รู้สึกตนเองแย่ลงไหม

1 ไม่รู้สึกว่าตัวเองดูแย่กว่าที่เคยเป็น
2 รู้สึกกังวลว่าตัวเองดูแย่ลง
3 รู้สึกว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้ตัวเองดูแย่ลง
4 รู้สึกว่าตนเองดูแย่ลงมาก

13. ท่านยังทำงานได้ดีเหมือนเดิมหรือไม่

1 ยังทำสิ่งต่างๆ ได้ดีเหมือนแต่ก่อน
2 ต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการทำสิ่งต่างๆ
3 ต้องบังคับตัวเองอย่างหนักในการทำสิ่งต่างๆ
4 ทำอะไรไม่ได้เลย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

14. ท่านนอนหลับดีหรือไม่

1 ยังนอนหลับได้ดีเหมือนเดิม
2 นอนหลับได้ไม่ดีเหมือนเดิม
3 ตื่นเร็วกว่าปกติ 2-3 ชั่วโมง และรู้สึกยากที่จะข่มตาให้หลับลงได้อีก
4 ตื่นเร็วกว่าปกติตั้งหลายชั่วโมง และหลับต่อไม่ได้เลย

15. ท่านรู้สึกเหนื่อยง่ายกว่าแต่ก่อนหรือไม่

1 ไม่รู้สึกเหนื่อยมากไปกว่าแต่ก่อน
2 รู้สึกเหนื่อยง่ายกว่าแต่ก่อน
3 รู้สึกเหนื่อยไปหมดไม่ว่าจะทำอะไร
4 รู้สึกเหนื่อยจนทำอะไรไม่ได้

16. ท่านรับประทานอาหารได้ดีเหมือนเดิมหรือไม่

1 ยังรู้สึกอยากอาหารเหมือนเดิม
2 ไม่รู้สึกอยากอาหารเท่าแต่ก่อน
3 ไม่ค่อยรู้สึกอยากอาหารอีกแล้ว
4 ไม่รู้สึกอยากอาหารเลย

17. ท่านรู้สึกว่าอาการบวมมีผลต่อรูปร่างหน้าตาของท่านหรือไม่

1 ไม่รู้สึกว่าอาการบวมมีผลต่อรูปร่างหน้าตา
2 รู้สึกว่าอาการบวมมีผลต่อรูปร่างหน้าตาบ้างเล็กน้อย
3 รู้สึกว่าอาการบวมมีผลต่อรูปร่างหน้าตามาก
4 รู้สึกว่าอาการบวมมีผลต่อรูปร่างหน้าตามากจนทำให้รู้สึกแย่

18. ระยะนี้ท่านรู้สึกกังวลกับการเจ็บป่วยของท่านมากไหม

1 ไม่รู้สึกกังวลกับการเจ็บป่วย
2 รู้สึกกังวลกับอาการเจ็บป่วยบางอย่าง เช่น นอนราบไม่ได้ บวมตามร่างกาย เป็นต้น
3 รู้สึกกังวลกับอาการเจ็บป่วยมากจนคิดเรื่องอื่นๆ ไม่ค่อยได้
4 รู้สึกกังวลกับอาการเจ็บป่วยมากจนคิดเรื่องอื่นๆ ไม่ได้เลย

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อทราบถึงการรับรู้ของท่าน เกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย เมื่อท่านอ่านข้อความในแต่ละข้อ และพิจารณาแล้วว่ามีความคิดเห็นตรงกับข้อความใดมากที่สุด โปรดทำเครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงคำตอบเดียว โดยการเลือกตอบใช้เกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับการรับรู้เกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของท่านมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับการรับรู้เกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของท่านมาก
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับการรับรู้เกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของท่านปานกลาง
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับการรับรู้เกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของท่านน้อย
เห็นด้วยน้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับการรับรู้เกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของท่านน้อยที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วยน้อยที่สุด	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยมากที่สุด
1. สมาชิกในครอบครัวให้กำลังใจท่าน ในการควบคุมอาหารเกลือน้อย ไขมันต่ำ					

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อความ	เห็นด้วยน้อยที่สุด	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยมากที่สุด
2. เมื่อมีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารที่เหมาะกับโรคของท่าน สมาชิกในครอบครัวของท่านสามารถช่วยเหลือได้					
3. สมาชิกในครอบครัวของท่านช่วยปรุงอาหารที่เหมาะกับโรคของท่านได้					
4. สมาชิกในครอบครัวเห็นความสำคัญของการควบคุมอาหารที่เหมาะกับโรคของท่าน					
5. เมื่อมีข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของท่านสมาชิกในครอบครัวจะนำมาให้ท่านอ่าน					
6. เมื่อมีปัญหาในการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร ท่านขอคำปรึกษาจากทีมสุขภาพที่สถานีอนามัย/โรงพยาบาลใกล้บ้านได้					

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของท่าน เมื่อท่านอ่านข้อความในแต่ละข้อ และพิจารณาแล้วว่าการปฏิบัติของท่านตรงกับข้อความใดมากที่สุด โปรดทำเครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านเพียงคำตอบเดียว โดยการเลือกตอบใช้เกณฑ์ ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติพฤติกรรมในข้อความดังกล่าวเป็นประจำ
ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติพฤติกรรมในข้อความดังกล่าวเกือบทุกครั้ง
ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติพฤติกรรมในข้อความดังกล่าวบ่อยครั้ง
ปฏิบัติเป็นครั้งคราว หมายถึง ท่านปฏิบัติพฤติกรรมในข้อความดังกล่าวเป็นครั้งคราว
ไม่มีการปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่มีการปฏิบัติพฤติกรรมในข้อความดังกล่าวเลย

ข้อความ	ไม่มีการปฏิบัติ	ปฏิบัติเป็นครั้งคราว	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง	ปฏิบัติเป็นประจำ
1. ในการปรุงอาหารที่บ้าน ท่านไม่เติมเกลือ/ผงชูรส/น้ำปลา/น้ำปลาร้า เกินกว่า 1 ช้อนชาต่อวัน					
2. เมื่อออกไปซื้ออาหารนอกบ้าน ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่ปรุงรสด้วยน้ำปลาร้า เช่น ป่นปลา แจ่วบอง ปลาจ่อม เป็นต้น					
3. ท่านหลีกเลี่ยงอาหารประเภททอด เช่น หมูทอด ไก่ทอด กล้วยทอด เผือกทอด เป็นต้น					
4. ท่านหลีกเลี่ยงเนื้อสัตว์ที่ติดมัน เช่น เนื้อหมู เนื้อวัว เป็นต้น					
5. เมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร ท่านปรึกษาแพทย์/พยาบาลที่ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน/สถานีอนามัยใกล้บ้าน					

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อความ	ไม่มีการปฏิบัติ	ปฏิบัติเป็นครั้งคราว	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง	ปฏิบัติเป็นประจำ
6. เมื่อมีการประกอบอาหารที่บ้าน สมาชิกในครอบครัวของท่านปรุงอาหารแยกต่างหากให้ท่านเป็นพิเศษ					
7. ท่านบอกให้ร้านอาหารปรุงอาหารที่ไม่เติม ผงชูรส ทุกครั้งที่ออกไปรับประทานอาหารนอกบ้าน					
8. เมื่อมีอาการเท้าบวม ท่านลดการรับประทานอาหารรสเค็ม งดการเติมเกลือ/ผงชูรส/น้ำปลา/น้ำปลาร้าในอาหาร					
9. เมื่อท่านนอนราบไม่ได้ท่านลดการรับประทานอาหารรสเค็ม งดการเติมเกลือ/ผงชูรส/น้ำปลา/น้ำปลาร้าในอาหาร					
10. เมื่อท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภท แจ่วบอง ปลาจ่อม ซุปอีสานต่างๆ ท่านจะไม่มีอาการเท้าบวมหรืออาการเหนื่อย					
11. เมื่ออาการบวมลดลง ท่านยังควบคุมอาหารรสเค็ม จำกัดเกลือ/ผงชูรส/น้ำปลา/น้ำปลาร้า อย่างต่อเนื่อง					
12. ท่านมีความตั้งใจหลีกเลี่ยงการเติม เกลือ/ผงชูรส/น้ำปลา/น้ำปลาร้า ในอาหาร					

ภาคผนวก จ

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย จำแนกรายข้อและโดยรวม (n= 132)

ข้อที่	การรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย	Mean	SD.	ระดับ
1.	ภาวะหัวใจวายเป็นภาวะที่ไม่อันตราย	3.92	0.37	มาก
2.	การรับประทานอาหารที่มีรสจืด โดยไม่ใส่เกลือ/ผงชูรส/น้ำปลา/น้ำปลาร้าเพิ่ม ช่วยลดความรุนแรงของภาวะหัวใจวายได้	3.42	0.62	ปานกลาง
3.	การรับประทานเกลือมากเกินไปทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้น	3.47	0.72	ปานกลาง
4.	อาการของภาวะหัวใจวายทำให้การทำงานของไตผิดปกติ	3.27	0.87	ปานกลาง
5.	อาการหายใจลำบากหรือนอนราบไม่ได้ เกิดจากภาวะหัวใจวายรุนแรง	3.82	0.51	มาก
6.	เมื่อภาวะหัวใจวายรุนแรงขึ้น จะทำให้ท่านเหนื่อยง่ายแม้เดินเพียงใกล้ๆ	3.94	0.32	มาก
7.	อาการของภาวะหัวใจวายจะรุนแรงขึ้น ถ้าท่านไม่จัดการตนเองในการควบคุมอาหาร	3.69	0.59	มาก
	การรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายโดยรวมเฉลี่ย	3.65	0.358	มาก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารจำแนกรายข้อและโดยรวม (n= 132)

ข้อที่	การรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร	Mean	SD.	ระดับ
1.	การรับประทานอาหารที่มีปริมาณเกลือน้อยกว่า 1 ช้อนชาต่อวัน จะช่วยให้ท่านมีอาการบวมน้อยลง	3.43	0.69	ปานกลาง
2.	การควบคุมอาหารมีประโยชน์ต่อการทำงานของหัวใจ	3.76	0.49	มาก
3.	อาหารที่มีปริมาณเกลือมาก เช่น ปลาร้า แจ่วบอง ปลาจ่อม กุ้งจ่อม จะไม่เป็นผลดีสำหรับท่าน	3.45	0.77	ปานกลาง
4.	การไม่ใส่เกลือ/ผงชูรส/น้ำปลา/น้ำปลาร้า ในอาหารจะทำให้ท่านควบคุมอาการภาวะ หัวใจวายได้	3.43	0.66	ปานกลาง
5.	การรับประทานอาหารที่มีเกลือน้อยจะช่วยให้หัวใจของท่านทำงานดีขึ้น	3.56	0.61	มาก
6.	การรับประทานอาหารที่ใส่น้ำปลาร้าน้อยกว่า 1 ช้อนชาต่อวัน ช่วยให้หายใจได้สะดวก ไม่มีอาการแน่นหน้าอก	3.39	0.77	ปานกลาง
7.	การควบคุมอาหารตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ เช่น การงดรับประทานอาหารรสเค็ม การจำกัดปริมาณเกลือ/ผงชูรส/น้ำปลา/น้ำปลาร้าในอาหาร จะช่วยชะลออาการภาวะหัวใจวายไม่ให้รุนแรงมากขึ้นได้	3.77	0.60	มาก
	การรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร โดยรวมเฉลี่ย	3.54	0.49	มาก

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้อุปสรรคของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารจำแนกรายข้อและโดยรวม (n= 132)

ข้อที่	การรับรู้อุปสรรคของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร	Mean	SD.	ระดับ
1.	ท่านใช้เวลานานกว่าปกติในการรับประทานอาหารที่ไม่ปรุงรสด้วย เกลือ/ผงชูรส/น้ำปลา/น้ำปลาร้า	2.66	1.12	ปานกลาง
2.	ท่านมีความยุ่งยากในการจัดหาอาหารที่ไม่ใส่เกลือ/ผงชูรส/น้ำปลา/น้ำปลาร้า มารับประทาน	1.72	1.17	น้อย
3.	อาหารที่ไม่เติมเกลือ/ผงชูรส/น้ำปลา/น้ำปลาร้า มีรสชาติไม่อร่อย	3.60	0.72	มาก
4.	ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายที่ต้องจำกัดปริมาณเกลือ/ผงชูรส/น้ำปลา/น้ำปลาร้า ในการปรุงอาหาร	1.80	1.06	น้อย
5.	การรับประทานอาหารที่ไม่ปรุงรสด้วยเกลือ/ผงชูรส/น้ำปลา/น้ำปลาร้า เป็นเรื่องยากสำหรับท่าน	1.73	1.03	น้อย
6.	ท่านไม่สามารถออกไปรับประทานอาหารนอกบ้าน เพราะต้องรับประทานอาหารที่มีรสจืด ไม่ปรุงรสด้วยเกลือ/ผงชูรส/น้ำปลา/น้ำปลาร้า	1.75	1.14	น้อย
	การรับรู้อุปสรรคของการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร โดยรวมเฉลี่ย	2.21	0.69	น้อย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย จำแนกรายข้อและโดยรวม (n= 132)

ข้อที่	ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย	Mean	SD.	ระดับ
1.	ท่านรู้สึกเศร้าหรือไม่	0.42	0.50	ปกติ
2.	ท่านรู้สึกท้อแท้เกี่ยวกับอนาคตหรือไม่	0.44	0.50	ปกติ
3.	ท่านรู้สึกว่าท่านมีความล้มเหลวในชีวิตหรือไม่	0.20	0.44	ปกติ
4.	ท่านมีความรู้สึกว่าตนเองยังสนุกสนานอยู่หรือไม่	0.67	0.49	น้อย
5.	ท่านมีความรู้สึกว่าท่านผิดหรือมีบาปในใจหรือไม่	0.06	0.24	ปกติ
6.	ท่านรู้สึกว่าท่านถูกเคราะห์กรรมลงโทษหรือไม่	0.17	0.38	ปกติ
7.	ท่านรู้สึกผิดหวังหรือเกลียดชังตนเองหรือไม่	0.05	0.21	ปกติ
8.	ท่านคิดว่าตนเองเป็นคนที่ชอบโทษตัวเอง	0.02	0.15	ปกติ
9.	ท่านรู้สึกหงุดหงิดมากกว่าเดิมหรือไม่	0.33	0.50	ปกติ
10.	ท่านยังมีความสนใจคนอื่นๆ หรือไม่	0.11	0.33	ปกติ
11.	ท่านสามารถตัดสินใจเรื่องต่างๆ ได้ดีเหมือนเดิมหรือไม่	0.08	0.28	ปกติ
12.	รู้สึกตนเองแย่ลงไหม	0.72	0.61	น้อย
13.	ท่านยังทำงานได้ดีเหมือนเดิมหรือไม่	0.20	0.40	ปกติ
14.	ท่านนอนหลับดีหรือไม่	0.14	0.39	ปกติ
15.	ท่านรู้สึกเหนื่อยง่ายกว่าแต่ก่อนหรือไม่	0.77	0.44	น้อย
16.	ท่านรับประทานอาหารได้ดีเหมือนเดิมหรือไม่	0.08	0.28	ปกติ
17.	ท่านรู้สึกว่าอาการบวมมีผลต่อรูปร่างหน้าตาของท่านหรือไม่	0.48	0.57	น้อย
18.	ระยะนี้ท่านรู้สึกกังวลกับการเจ็บป่วยของท่านมากไหม	0.72	0.47	ปกติ
	ภาวะซึมเศร้า โดยรวมเฉลี่ย	0.31	0.18	ปกติ

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคมจำแนกรายข้อและโดยรวม (n= 132)

ข้อที่	การสนับสนุนทางสังคม	Mean	SD.	ระดับ
1.	สมาชิกในครอบครัวให้กำลังใจท่าน ในการควบคุมอาหารเกลือน้อย ไขมันต่ำ	4.12	1.06	มาก
2.	เมื่อมีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารที่เหมาะกับโรคของท่าน สมาชิกในครอบครัวของท่านสามารถช่วยเหลือได้	4.31	0.87	มาก
3.	สมาชิกในครอบครัวของท่านช่วยปรุงอาหารที่เหมาะกับโรคของท่านได้	3.33	1.33	ปานกลาง
4.	สมาชิกในครอบครัวเห็นความสำคัญของการควบคุมอาหารที่เหมาะกับโรคของท่าน	3.77	0.92	มาก
5.	เมื่อมีข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของท่านสมาชิกในครอบครัวจะนำมาให้ท่านอ่าน	3.30	1.06	ปานกลาง
6.	เมื่อมีปัญหาในการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร ท่านขอคำปรึกษาจากทีมสุขภาพที่สถานีอนามัย/โรงพยาบาลใกล้บ้านได้	4.16	0.99	มาก
	การสนับสนุนทางสังคม โดยรวมเฉลี่ย	3.83	0.69	มาก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย จำแนกรายข้อและโดยรวม (n= 132)

ข้อที่	การจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย	Mean	SD.	ระดับ
1.	ในการปรุงอาหารที่บ้าน ท่านไม่เติมเกลือ/ผงชูรส/น้ำปลา/น้ำปลาร้า เกินกว่า 1 ช้อนชาต่อวัน	3.34	1.46	ปานกลาง
2.	เมื่อออกไปซื้ออาหารนอกบ้าน ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่ปรุงรสด้วยน้ำปลาร้า เช่น ปั่นปลา แจ่วบอง ปลาจ่อม เป็นต้น	3.32	1.34	ปานกลาง
3.	ท่านหลีกเลี่ยงอาหารประเภททอด เช่น หมูทอด ไก่ทอด กล้วยทอด เผือกทอด เป็นต้น	3.38	1.47	ปานกลาง
4.	ท่านหลีกเลี่ยงเนื้อสัตว์ที่ติดมัน เช่น เนื้อหมู เนื้อวัว เป็นต้น	3.54	1.51	มาก
5.	เมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร ท่านปรึกษาแพทย์/พยาบาลที่ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน/สถานีอนามัยใกล้บ้าน	4.03	1.26	มาก
6.	เมื่อมีการประกอบอาหารที่บ้าน สมาชิกในครอบครัวของท่านปรุงอาหารแยกต่างหากให้ท่านเป็นพิเศษ	2.99	1.83	ปานกลาง
7.	ท่านบอกให้ร้านอาหารปรุงอาหารที่ไม่เติม **ผงชูรส** ทุกครั้งที่ออกไปรับประทานอาหารนอกบ้าน	2.23	1.60	น้อย
8.	เมื่อมีอาการเท้าบวม ท่านลดการรับประทานอาหารรสเค็ม งดการเติมเกลือ/ผงชูรส/น้ำปลา/น้ำปลาร้าในอาหาร	2.77	1.14	ปานกลาง
9.	เมื่อท่านนอนราบไม่ได้ท่านลดการรับประทานอาหารรสเค็ม งดการเติมเกลือ/ผงชูรส/น้ำปลา/น้ำปลาร้าในอาหาร	2.74	1.13	ปานกลาง

ตาราง 13 (ต่อ)

ข้อที่	การจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย	Mean	SD.	ระดับ
10.	เมื่อท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทแจ่วบอง ปลาจ่อม ซุปอีสานต่างๆ ท่านจะไม่มีอาการเท้าบวมหรืออาการเหนื่อย	2.98	1.05	ปานกลาง
11.	เมื่ออาการบวมลดลง ท่านยังควบคุมอาหารรสเค็มจำกัดเกลือ/ ผงชูรส/น้ำปลา/น้ำปลาร้า อย่างต่อเนื่อง	3.49	0.99	ปานกลาง
12.	ท่านมีความตั้งใจหลีกเลี่ยงการเติม เกลือ/ผงชูรส/น้ำปลา/น้ำปลาร้า ในอาหาร	3.83	0.89	มาก
	การจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายโดยรวมเฉลี่ย	3.22	0.79	ปานกลาง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง ดังนี้

1. ค่าความเที่ยงแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	SEVER1	3.8000	.4068	30.0
2.	SEVER2	3.6333	.4901	30.0
3.	SEVER3	3.8667	.3457	30.0
4.	SEVER4	3.7333	.4498	30.0
5.	SEVER5	3.6333	.4901	30.0
6.	SEVER6	3.8000	.4068	30.0
7.	SEVER7	3.7667	.4302	30.0

Correlation Matrix

	SEVER1	SEVER2	SEVER3	SEVER4	SEVER5	SEVER6	SEVER7
SEVER1	1.0000						
SEVER2	.1383	1.0000					
SEVER3	.2942	.3120	1.0000				
SEVER4	.0754	.6361	.2070	1.0000			
SEVER5	.6571	.2823	.5155	.3233	1.0000		
SEVER6	.1667	.4842	.7845	.4523	.6571	1.0000	
SEVER7	.7093	.0709	.2473	.2020	.5615	.3152	1.0000

N of Cases = 30.0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
Scale	26.2333	4.3230	2.0792	7

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
SEVER1	22.4333	3.4264	.4854	.8080	.7962
SEVER2	22.6000	3.2828	.4504	.5525	.8059
SEVER3	22.3667	3.4816	.5595	.7332	.7868
SEVER4	22.5000	3.3621	.4599	.4948	.8016
SEVER5	22.6000	2.8690	.7310	.7883	.7490
SEVER6	22.4333	3.1506	.6972	.8737	.7609
SEVER7	22.4667	3.3609	.4926	.6398	.7953

Reliability Coefficients 7 items Alpha = .8109 Standardized item alpha = .8144

2. **ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์**

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	BENEFIT1	3.9333	.2537	30.0
2.	BENEFIT2	3.8667	.3457	30.0
3.	BENEFIT3	3.9000	.3051	30.0
4.	BENEFIT4	3.9333	.2537	30.0
5.	BENEFIT5	3.8667	.3457	30.0
6.	BENEFIT6	3.9000	.3051	30.0
7.	BENEFIT7	3.9333	.2537	30.0

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Correlation Matrix

	BEN1	BEN2	BEN3	BEN4	BEN5	BEN6	BEN7
BEN1	1.0000						
BEN2	.6814	1.0000					
BEN3	.8018	.8498	1.0000				
BEN4	-.0714	-.1048	-.0891	1.0000			
BEN5	.6814	1.0000	.8498	-.1048	1.0000		
BEN6	.8018	.8498	1.0000	-.0891	.8498	1.0000	
BEN7	-.0714	-.1048	-.0891	1.0000	-.1048	-.0891	1.0000

N of Cases = 30.0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
Scale	27.3333	2.2299	1.4933	7

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	**Scale Variance if Item Deleted**	**Corrected Item-Total Correlation**	**Squared Multiple Correlation**	**Alpha if Item Deleted**
BEN1	23.4000	1.6966	.7096	.	.8081
BEN2	23.4667	1.4299	.8229	.	.7814
BEN3	23.4333	1.4954	.8595	.	.7785
BEN4	23.4000	2.1103	.0748	.	.8850
BEN5	23.4667	1.4299	.8229	.	.7814
BEN6	23.4333	1.4954	.8595	.	.7785
BEN7	23.4000	2.1103	.0748	.	.8850

Reliability Coefficients 7 items Alpha = .8431 Standardized item alpha = .8249

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรค

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	BER1	2.5333	.5074	30.0
2.	BER2	2.6333	.4901	30.0
3.	BER3	3.3333	.4795	30.0
4.	BER4	2.5333	.5074	30.0
5.	BER5	3.2000	.4068	30.0
6.	BER6	2.5667	.5040	30.0

Correlation Matrix

	BER1	BER2	BER3	BER4	BER5	BER6
BER1	1.0000					
BER2	.5361	1.0000				
BER3	.2362	.3913	1.0000			
BER4	.4643	.5361	.3780	1.0000		
BER5	.3007	.2075	.7071	.4677	1.0000	
BER6	.5303	.4513	.3330	.8000	.4372	1.0000

N of Cases = 30.0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
Scale	16.8000	4.5793	2.1399	6

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
BER1	14.2667	3.3057	.5507	.4150	.8162
BER2	14.1667	3.3161	.5731	.4959	.8111
BER3	13.4667	3.4299	.5178	.5809	.8219
BER4	14.2667	3.0299	.7314	.6986	.7767
BER5	13.6000	3.5586	.5571	.6051	.8148
BER6	14.2333	3.0816	.7028	.6766	.7833

Reliability Coefficients 6 items Alpha = .8319 Standardized item alpha = .8318

4. ค่าความเที่ยงของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	DEPRESS1	.3333	.4795	30.0
2.	DEPRESS2	.4000	.4983	30.0
3.	DEPRESS3	.5333	.5074	30.0
4.	DEPRESS4	.5333	.5074	30.0
5.	DEPRESS5	.2333	.4302	30.0
6.	DEPRESS6	.4000	.4983	30.0
7.	DEPRESS7	.1000	.3051	30.0
8.	DEPRESS8	.3000	.4661	30.0
9.	DEPRES11	.1333	.3457	30.0
10.	DEPRES12	.2000	.4068	30.0
11.	DEPRES13	.1667	.3790	30.0
12.	DEPRES14	.7667	.5040	30.0

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

		Mean	Std Dev	Cases
13.	DEPRES15	.3000	.4661	30.0
14.	DEPRES16	.1000	.3051	30.0
15.	DEPRES17	.6333	.4901	30.0
16.	DEPRES18	.3000	.4661	30.0
17.	DEPRES19	.3333	.4795	30.0
18.	DEPRES20	.8333	.3790	30.0
19.	DEPRES21	.0000	.0000	30.0
20.	DEPRESS9	.0000	.0000	30.0
21.	DEPRES10	.0000	.0000	30.0

* * * DEPRESS9 has zero variance

* * * DEPRES10 has zero variance

* * * DEPRES21 has zero variance

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Correlation Matrix

	DE1	DE2	DE3	DE4	DE5	DE6	DE7	DE8	DE11	DE12	DE13	DE14	DE15	DE16	DE17	DE18	DE19	DE20
DE1	1.0000																	
DE2	.2887	1.0000																
DE3	.0945	.4910	1.0000															
DE4	.3780	.6274	.1964	1.0000														
DE5	.1115	.1930	.2001	-.1158	1.0000													
DE6	.1443	.1667	.2182	.2182	.6757	1.0000												
DE7	.4714	.1814	.3118	.3118	.3415	.4082	1.0000											
DE8	.3086	-.2376	.0292	.0292	-.0172	.0594	.2667	1.0000										
DE11	.3467	.4804	.3669	.3669	.2473	.2802	.5230	-.0428	1.0000									
DE12	.0000	-.2381	-.0334	-.0334	-.2758	.1021	.1111	.2182	-.1961	1.0000								
DE13	.0632	.0000	.0598	.0598	-.2467	.0000	-.1491	.0976	.0877	.6708	1.0000							
DE14	.0476	.1098	.3685	.2337	.2598	.2472	.3812	-.1321	.3826	-.1009	.0301	1.0000						
DE15	.1543	.2079	.4666	.1750	.1548	.3563	.5092	.3651	.3852	.4001	.2928	.3083	1.0000					
DE16	.2357	-.0454	.3118	.0891	.0788	.1814	.2593	.5092	-.1307	.1111	-.1491	-.0673	.5092	1.0000				
DE17	.3913	.3389	.1202	.3975	-.0709	.1977	.2536	-.1057	.2984	.2075	.3403	.2001	.1962	-.2075	1.0000			
DE18	.1543	.2079	.3208	.1750	.1548	.3563	.5092	.2063	.3852	.2182	.0976	.1615	.8413	.5092	.0453	1.0000		
DE19	-.0500	-.1443	-.0472	.0945	.1115	.1443	.2357	.3086	-.0693	.1768	-.1265	.0476	.3086	.4714	-.3424	.4629	1.0000	
DE20	.1265	.1826	.4781	.2988	-.1762	.0000	.1491	.0976	.1754	.2236	.2000	.1504	.2928	.1491	.2165	.2928	.3162	1.0000

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

N of Cases = 30.0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
Scale	6.8333	15.5920	3.9487	18

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
DEPRESS1	6.5000	13.9828	.3847	.	.7926
DEPRESS2	6.4333	14.1161	.3279	.	.7965
DEPRESS3	6.3000	13.5966	.4644	.	.7872
DEPRESS4	6.3000	13.8034	.4061	.	.7912
DEPRESS5	6.6000	14.7310	.2047	.	.8029
DEPRESS6	6.4333	13.7023	.4450	.	.7885
DEPRESS7	6.7333	13.9954	.6585	.	.7825
DEPRESS8	6.5333	14.5333	.2368	.	.8017
DEPRES11	6.7000	14.2172	.4814	.	.7887
DEPRES12	6.6333	14.7920	.2027	.	.8025
DEPRES13	6.6667	14.9195	.1806	.	.8032
DEPRES14	6.0667	14.0644	.3369	.	.7959
DEPRES15	6.5333	12.8092	.7690	.	.7671
DEPRES16	6.7333	14.6161	.3784	.	.7942
DEPRES17	6.2000	14.3034	.2828	.	.7993
DEPRES18	6.5333	13.2230	.6348	.	.7763
DEPRES19	6.5000	14.5345	.2264	.	.8027
DEPRES20	6.0000	14.4138	.3594	.	.7942

Reliability Coefficients Alpha = .8020 Standardized item alpha = .8080

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

5. ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	SOCIAL1	4.4667	.5074	30.0
2.	SOCIAL2	3.6667	.6065	30.0
3.	SOCIAL3	4.5000	.5085	30.0
4.	SOCIAL4	4.1667	.3790	30.0
5.	SOCIAL5	3.3667	.4901	30.0
6.	SOCIAL6	2.4000	.4983	30.0

Correlation Matrix

	SOCIAL1	SOCIAL2	SOCIAL3	SOCIAL4	SOCIAL5	SOCIAL6
SOCIAL1	1.0000					
SOCIAL2	.7470	1.0000				
SOCIAL3	.9354	.7826	1.0000			
SOCIAL4	.4781	.4000	.4472	1.0000		
SOCIAL5	.3975	.1933	.4842	.4021	1.0000	
SOCIAL6	.3273	.1141	.4082	.3651	.9319	1.0000

N of Cases = 30.0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
Scale	22.5667	5.2195	2.2846	6

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
SOCIAL1	18.1000	3.4724	.7877	.8863	.7969
SOCIAL2	18.9000	3.5414	.5741	.6761	.8447
SOCIAL3	18.0667	3.3747	.8489	.9150	.7842
SOCIAL4	18.4000	4.2483	.5296	.3165	.8462
SOCIAL5	19.2000	3.8207	.6047	.8832	.8326
SOCIAL6	20.1667	3.9368	.5232	.8733	.8474

Reliability Coefficients 6 items Alpha = .8514 Standardized item alpha = .8543

6. ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการจัดการตนเอง

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	SM1	3.8000	.5509	30.0
2.	SM2	4.7000	.7944	30.0
3.	SM3	2.7667	.6261	30.0
4.	SM4	4.5667	.8172	30.0
5.	SM5	4.6333	.6687	30.0
6.	SM6	4.5667	.5683	30.0
7.	SM7	3.9333	1.0148	30.0
8.	SM8	4.5000	.5724	30.0
9.	SM9	4.5333	.5713	30.0
10.	SM10	2.9000	.6618	30.0
11.	SM11	2.3000	.4661	30.0
12.	SM12	3.4000	.4983	30.0

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Correlation Matrix

	SM1	SM2	SM3	SM4	SM5	SM6	SM7	SM8	SM9	SM10	SM11	SM12
SM1	1.0000											
SM2	.3310	1.0000										
SM3	.1600	.4784	1.0000									
SM4	.2604	.8021	.4695	1.0000								
SM5	.1685	.6946	.2004	.7720	1.0000							
SM6	.2643	.5423	.1906	.4727	.3841	1.0000						
SM7	.0987	.5304	.4089	.3798	.5217	.3069	1.0000					
SM8	.1094	.4930	.1443	.5529	.7658	.3710	.4749	1.0000				
SM9	.1315	.5166	.2635	.5859	.7100	.4177	.4797	.9490	1.0000			
SM10	-.0568	.1378	.1914	.3635	.3039	.0642	.0924	.2276	.2371	1.0000		
SM11	.2417	.0652	-.1064	.0815	.2545	-.1432	-.0292	.0646	.0259	.5478	1.0000	
SM12	.1759	.1394	-.0221	.1016	.3519	-.2192	.1227	.1209	.0727	.3346	.8018	1.0000

N of Cases = 30.0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
Scale	46.6000	23.6276	4.8608	12

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
SM1	42.8000	21.9586	.2645	.3403	.8471
SM2	41.9000	17.8862	.7606	.7780	.8097
SM3	43.8333	20.9713	.3949	.5196	.8398
SM4	42.0333	17.6885	.7669	.8521	.8087

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
SM5	41.9667	18.5161	.8105	.8687	.8086
SM6	42.0333	21.0678	.4287	.4656	.8374
SM7	42.6667	18.0920	.5219	.5022	.8372
SM8	42.1000	19.8862	.6688	.9367	.8221
SM9	42.0667	19.7885	.6910	.9253	.8207
SM10	43.7000	21.1828	.3295	.6129	.8448
SM11	44.3000	22.4241	.2234	.8056	.8481
SM12	43.2000	22.1655	.2587	.7441	.8467

Reliability Coefficients 12 items Alpha = .8438 Standardized item alpha = .8386

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวพัชรวรรณ ศรีคง เกิดวันที่ 4 มิถุนายน พ.ศ. 2523 ที่จังหวัดยโสธร สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2546 และสำเร็จการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ปี พ.ศ. 2550 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ ปฏิบัติงานหน้าที่ห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 3 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย