

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2558
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF SELF-MANAGEMENT PROGRAM
ON EATING BEHAVIORS OF PERSONS WITH HEART FAILURE

Miss Sawangchit Kongpibarn



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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2015

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
โดย	นางสาวสว่างจิต คงภิบาล
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ร้อยตำรวจตรีหญิง ดร.ปชาณัญฐ์ ตันติโกสุม

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิริ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(ร้อยตำรวจตรีหญิง ดร.ปชาณัญฐ์ ตันติโกสุม)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งนภา ภาณีรัตน์)

สว่างจิต คงภิบาล : ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (THE EFFECT OF SELF-MANAGEMENT PROGRAM ON EATING BEHAVIORS OF PERSONS WITH HEART FAILURE) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
หลัก: ผศ. ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชาณัฐ
ตันติโกสุม, 157 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ตามทฤษฎีการจัดการตนเองของ Creer (2000) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอายุ 18-59 ปี ที่มารับการรักษาในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 คน โดยจับคู่ อายุ ระดับการศึกษา และระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการจัดการตนเอง แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามวัดพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โปรแกรมและเครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามวัดพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เท่ากับ .92 จากนั้นหาค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบค่าที่

ผลการวิจัยสรุปดังนี้

ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้ตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2558

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม

5677216036 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: SELF-MANAGEMENT/EATING BEHAVIOR/PERSONS WITH HEART FAILURE

SAWANGCHIT KONGPIBARN: THE EFFECT OF SELF-MANAGEMENT PROGRAM ON EATING BEHAVIORS OF PERSONS WITH HEART FAILURE. ADVISOR: ASST. PROF. DR.NORALUK UA-KIT, CO-ADVISOR: POL.SUB.LT. DR.PACHANUT TANTIKOSOOM, 157 pp.

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effect of self-management program on eating behaviors of persons with heart failure, using the self-management theory of Creer (2000). Adult patients with heart failure aged 18-59 years were recruited from the heart clinic, King Chulalongkorn Memorial Hospital. Both control (n=22) and the experimental (n=22) groups were matched with age, education, and the functional class of heart failure. While, the control group received the conventional usual care, the experimental group received the self-management program. Questionnaires were composed of demographic information, the measure for eating behavior (EB). The content validity index of EB validated by 5 experts were 0.92 . The internal consistency reliabilities of EB scales were .80. Descriptive and inferential (Student t-test) analyses were used to analyze the data. The results revealed that:

The mean score of eating behavior in patients with heart failure who received the self-management program was higher than that before receiving the self-management program at the significant level of .05.

The mean score of eating behavior in the group of patients with heart failure who received the self-management program was higher than that in the group of patients who received the usual care and knowledge at the significant level of .05.

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2015

Student's Signature

Advisor's Signature

Co-Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชาณัญญ์ ตันติโกสม อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าทั้งในเวลาปกติ และเวลาส่วนตัว เพื่อให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในทุกขั้นตอนของการทำวิจัยด้วยความเอาใจใส่ สนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัย ด้วยดีเสมอมา และช่วยเหลือเมื่อผู้วิจัยประสบปัญหาต่าง ๆ ทำให้ผู้วิจัยสามารถทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ผู้วิจัยกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งนภา วัฒนรัตน์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องในการทำวิทยานิพนธ์ และให้คำแนะนำในเรื่องสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และประสบการณ์ที่มีคุณค่าแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาของการศึกษา รวมถึงขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่สนับสนุนทุนวิจัยบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่ายิ่งในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับแก้ไขเครื่องมือให้เหมาะสมกับงานวิจัย ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเป็นอย่างดี และขอบพระคุณผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทุกท่านที่เสียสละเวลา และให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ ขอขอบพระคุณบิดา มารดา พี่ชาย ครอบครั้ว และเพื่อนๆ ที่ให้แรงบันดาลใจในการศึกษาต่อเป็นกำลังใจ กำลังทรัพย์ สนับสนุน และให้ความช่วยเหลือจนทำให้วิทยานิพนธ์สำเร็จได้ด้วยดี และขอความดีอันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอบแต่บุพการี คณาจารย์ และผู้ป่วยที่ภาวะหัวใจล้มเหลวทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	6
วัตถุประสงค์ และ/หรือปัญหาการวิจัย	6
แนวเหตุผล และ สมมติฐานการวิจัย	7
สมมติฐานการวิจัย	9
ขอบเขตการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
1. ภาวะหัวใจล้มเหลว.....	14
2. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	27
3. แนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเอง	33
4. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	39
5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	44
6. โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร.....	50
7. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	53

บทที่ 3 วิธีการดำเนินงานวิจัย	54
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	54
การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง	55
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	57
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย	58
การดำเนินงานวิจัย	64
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	69
การวิเคราะห์ข้อมูล	70
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล	72
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	82
สรุปผลการวิจัย	88
อภิปรายผลการวิจัย	88
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	95
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป	95
รายการอ้างอิง	97
ภาคผนวก.....	107
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ	108
ภาคผนวก ข ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ เอกสารการขอใช้เครื่องมือวิจัย จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และจดหมายขอพิจารณาจริยธรรมการ วิจัย	110
ภาคผนวก ค เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และเอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรม.....	116
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	123
ภาคผนวก จ สถิติที่ใช้ในการวิจัย และตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม	154
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	157

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	คุณสมบัติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จากการจับคู่ (Matched pairs) โดยพิจารณาองค์ประกอบด้าน อายุ ระดับการศึกษา ระดับความรุนแรงของโรค	56
ตารางที่ 2	จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ย/เดือน ดัชนีมวลกาย เส้นรอบวงเอว โรคร่วม ระยะเวลาที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ประสบการณ์ที่ได้รับความรู้ การรักษาที่ได้รับ ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว	73
ตารางที่ 3	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง เป็นรายบุคคล	78
ตารางที่ 4	คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง จำแนกตามระดับคะแนน ..	79
ตารางที่ 5	ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ($n_1 = n_2 = 22$).....	80
ตารางที่ 6	ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ($n_1 = n_2 = 22$).....	81
ตารางที่ 7	แสดงการทดสอบการแจกแจงของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05	156

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ในสหรัฐอเมริกา มีรายงานว่าในปี 2002 จำนวนผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้นถึง 9 แสนคน ในปี 2006 พบว่ามีผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวสูงถึง 5.8 ล้านคน และมีอัตราการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับ 1 ใน 5 ของการเสียชีวิต (American Heart Association, 2010) จากการสำรวจในประเทศที่พัฒนาแล้วมีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวถึงร้อยละ 1-3 ของประชากรทั้งหมด ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในประเศยุโรปมีประมาณ 6.5 ล้านคนและประเศญี่ปุ่น 2.4 ล้านคน (เสาวลักษณ์ ทามาก, 2552) สำหรับในประเทศไทยแม้ว่าจะยังไม่มีรายงานอุบัติการณ์ของภาวะหัวใจล้มเหลวที่เฉพาะ แต่เนื่องจากปัจจัยที่สำคัญที่นำมาสู่ภาวะหัวใจล้มเหลวนั้นคือการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจ และเนื่องจากโรคที่เกี่ยวข้องกับหัวใจและหลอดเลือดเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายจะทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2552) ดังนั้นเมื่ออุบัติการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจสูงขึ้น จึงส่งผลต่ออุบัติการณ์การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวสูงขึ้นตามไปด้วยเช่นกัน สำหรับในประเทศไทยจากสถิติแสดงอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคหัวใจขาดเลือดในประชากรไทยตั้งแต่ปี 2552 - 2556 พบว่า มีแนวโน้มสูงขึ้นโดยมีจำนวนผู้ป่วย 359.2 , 397.2 , 334.8 , 427.5 และ 435.2 ต่อ 100,000 ประชากร ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2558)

ภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ใช่โรคแต่เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่เกิดจากความพร่องในการทำหน้าที่ของหัวใจ จนกระทั่งมีการกำซาบของเนื้อเยื่อลดลง มีการคั่งของน้ำหรือมีภาวะน้ำเกิน และมีความทนในการทำกิจกรรมลดลง สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว คือ กล้ามเนื้อหัวใจตาย ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่เวเนตรีเคิลทำหน้าที่ผิดปกติ เกิดจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ สาเหตุรองลงมาคือ ความดันโลหิตสูง และลิ้นหัวใจตีบ ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยหลายๆปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ ความเครียดทางด้านร่างกายและจิตใจจนเพิ่มความต้องการออกซิเจนของหัวใจและร่างกาย การติดเชื้อ ภาวะโลหิตจาง ความผิดปกติของต่อมธัยรอยด์ การตั้งครรภ์ และภาวะที่มีการเพิ่มภาระการทำงานของหัวใจ เช่น โรคปอดเรื้อรัง (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555) อันก่อให้เกิดอาการแสดงออกทางคลินิก (clinical presentation) ต่างๆที่เป็นผลสืบเนื่องมาจากการขาด oxygen หรือ สารอาหาร รวมทั้งความบกพร่องในการกำจัดของเหลวและของเสียออกจากร่างกาย เนื่องจากการลดลงของเลือดที่ไปยังไต ตัวอย่างของอาการที่เกิดขึ้น เช่น อาการหายใจลำบากเวลาออกกำลัง

(dyspnea on exertion) หรือ เวลานอนราบ (orthopnea) เนื่องจากการคั่งค้ำของของเหลวที่ปอด อากาศบวมตามแขนขา (peripheral edema) เนื่องจากมีของเหลวคั่งค้ำอยู่ภายนอกหลอดเลือด โดยอยู่ในเนื้อเยื่อระหว่างเซลล์ (interstitium) มากกว่าปกติ อ่อนเพลียเนื่องจากเนื้อเยื่อขาด oxygen และสารอาหาร (ลดวาล์ว ฤทธิกล้า, 2555) โดยอาการเหนื่อยหอบ อาการบวม และอาการเหนื่อยล้า เป็นอาการที่แสดงถึงภาวะหัวใจล้มเหลวกำเริบ และเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายด้านที่สำคัญคือ ด้านตัวผู้ป่วย คือ การไม่ปฏิบัติตามให้สอดคล้องตามแผนการรักษา เช่น การไม่ควบคุมการรับประทานอาหารรสเค็มและไม่จำกัดน้ำดื่ม การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ถือเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิดการกำเริบของอาการได้มากที่สุดแต่สามารถป้องกันได้ (ณรรษา เรืองวิสัย, 2552) นอกจากนั้นด้านระบบบริการสุขภาพ คือ ความรีบเร่งในการรับบริการจนเป็นเหตุให้การได้รับข้อมูลไม่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการไม่ส่งผู้ป่วยปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจระหว่างเข้ารับการรักษา (รพีพันธ์ สุ่มหิรัญ, 2552)

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการรุนแรงมาจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถนำแผนการรักษาและแนวทางการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้านโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการบริโภคอาหารไปปรับสู่การดำรงชีวิตประจำวันได้ นั่นคือ มีการจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสมในเรื่องการรับประทานอาหารลดเค็ม โดยไม่ทราบว่าต้องใช้เกลือในการปรุงรสปริมาณเท่าไร (พวงเพ็ชร สมทรัพย์สิน, 2555) และเนื่องจากวัฒนธรรมการบริโภคอาหารของประชากรที่พบว่า ส่วนใหญ่มักใส่เครื่องปรุงรสเพื่อให้รสชาติอาหารดีขึ้น เช่น เกลือ น้ำปลา น้ำปลาร้า เป็นต้น (นรลักษณ์ เอื้อกิจ และพัชรวรรณ ศรีคง, 2556) เมื่อมีการจัดการตนเองไม่เหมาะสมจึงส่งผลต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมตามมา ดังการศึกษาของ จอม สุวรรณโณ (2551) พบมีผู้ป่วยเพียง 1 ใน 5 เท่านั้นที่ควบคุมการรับประทานอาหารเค็มน้อยและปริมาณโซเดียมในอาหารน้อย ที่เหลือส่วนใหญ่แม้จะรู้ว่าต้องจำกัดปริมาณการรับประทานอาหารเกลือและอาหารเค็มแต่ก็ควบคุมลำบากเนื่องจากไม่ได้เป็นผู้ปรุงอาหารเอง และต้องรับประทานอาหารที่ปรุงแบบเดียวกันกับคนอื่นๆในครอบครัว Price และคณะ (2007) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวร้อยละ 82 มีการรับประทานอาหารที่มีปริมาณเกลือโซเดียมเกินกว่าค่ามาตรฐานที่นักโภชนาการกำหนดให้ และจากการศึกษาของ Bentley และคณะ (2005) พบปัจจัยหลัก 3 อย่างที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม คือ การขาดความรู้ มีอุปสรรคในการดำรงชีวิตในสังคม และมีอาหารให้เลือกน้อย รวมถึงข้อมูลจากการที่นิสิตได้สอบถามผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและญาติ (2557) พบอีกปัจจัยที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง นั่นคือ มีปัญหายุ่งยากในการจัดเตรียมอาหารเฉพาะโรค รู้สึกเบื่อหน่ายกับอาหารรสจืด ไม่อร่อย ทั้งหมดนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยยังคงมีพฤติกรรมบริโภคอาหารไม่ถูกต้อง ทำให้ส่งผลโดยตรงต่อการควบคุมสมดุลของน้ำและหน้าที่ของระบบไหลเวียนให้ปกติ เพื่อลดภาระการทำงานของหัวใจและเพิ่มประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ (พวงเพ็ชร สมทรัพย์สิน, 2555) เนื่องจากในภาวะหัวใจล้มเหลว

พบว่า มีการเพิ่มขึ้นของเกลือโซเดียมคลอไรด์ทั้งภายในและภายนอกเซลล์ จากการที่หัวใจมีการบีบตัวลดลงทำให้ปริมาณเลือดมาเลี้ยงที่ไตน้อย จึงกระตุ้นให้ระบบ Renin Angiotensin-Aldosterone มีการดูดกลับโซเดียมและน้ำที่หลอดเลือดฝอยของไตมากขึ้น ทำให้เกิดอาการบวมของเนื้อเยื่อต่างๆของร่างกาย (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2552)

จากการทบทวนงานวิจัยทั้งของในประเทศและต่างประเทศพบว่า มีโปรแกรมการให้ความรู้ และให้การพยาบาลเป็นลักษณะมุ่งส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวม หลังการทดลองทุกๆ โปรแกรมมีคะแนนพฤติกรรมของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น จากการศึกษารายงานของ จันทรจิรา เกียรติสีสกุล (2551) พบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการคั่งของน้ำและโซเดียม แบ่งเป็น 4 ด้านย่อย พบคะแนนด้านการควบคุมอาหารรสเค็มต่ำสุด รองลงไปเป็นด้านการควบคุมน้ำดื่ม และด้านการค้นหาภาวะหัวใจล้มเหลว ตามลำดับ จากการศึกษารายงานของ จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ (2555) พบค่าเฉลี่ยคะแนนรายด้านของการจัดการดูแลตนเอง โดยแบ่งเป็น 5 ด้าน พบด้านการลดปริมาณเกลือในอาหารมีคะแนนต่ำที่สุด รองลงไปคือด้านการมีความรู้ที่ถูกต้องในการจัดการอาการที่เกิดขึ้นและด้านการขอคำแนะนำจากบุคลากร ตามลำดับ และจากการศึกษาของ พวงเพ็ชร สมทรัพย์สิน (2556) พบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองโดยไม่ใช้ยา โดยแบ่งเป็น 3 ด้านย่อย พบด้านพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนมีคะแนนต่ำสุด รองลงมาคือด้านพฤติกรรม การออกแรงทำกิจกรรม และพฤติกรรมควบคุมอาหาร ตามลำดับ จึงสรุปได้ว่าจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าคะแนนพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร/อาหารรสเค็มมีคะแนนต่ำอยู่ใน 3 อันดับสุดท้ายของทุกๆ งาน (จันทรจิรา เกียรติสีสกุล, 2551; จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์, 2555; ลดาวัลย์ ฤทธิกล้า, 2555; (พวงเพ็ชร สมทรัพย์สิน, 2555) และเมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม การบริโภคอาหาร พบว่า 1) ด้านตัวผู้ป่วยเอง 2) ด้านการสนับสนุนทางสังคมและสิ่งแวดล้อม 3) ด้านระบบบริการจากทีมสุขภาพ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวยังมีพฤติกรรมจัดการตนเองในการรับประทานอาหารได้ไม่ดี ดังที่กล่าวมาข้างต้น ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมอาหารที่เป็นปัจจัยให้เกิดอาการรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวนั้นคือพฤติกรรมรับประทานอาหารรสจัด และไขมันสูง ซึ่งพฤติกรรมบริโภคดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตของคนในปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นสังคมอุตสาหกรรม ทำให้พฤติกรรมบริโภคเปลี่ยนไปด้วยความเร่งรีบในการประกอบอาชีพ ประชาชนส่วนหนึ่งนิยมการรับประทานอาหารจานเดียว รับประทานอาหารนอกบ้าน หรือซื้อจากร้านค้า ทำให้ไม่สามารถควบคุมการปรุงอาหารได้

จากการศึกษาของจันทรจิรา เกียรติสีสกุล (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนให้ ความรู้ต่อความรู้ พฤติกรรมดูแลตนเอง และระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้ แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มเป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีกิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง เป็นการสนับสนุนให้ความรู้ข้างเตียงผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน 2 ครั้ง และการติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์

สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 3 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการคั่งของน้ำและเกลือโซเดียมหลังเข้าโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการคั่งของน้ำและเกลือโซเดียมมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสนับสนุนให้ความรู้ช่วยพัฒนาความรู้ และส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ สำหรับการศึกษารายงานของจันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อความสามารถในการทำกิจกรรมและการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยผสมผสานระหว่างทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม (Orem, 2001) และทฤษฎีระดับปฏิบัติการเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว (Riegel et al., 2004) ประกอบด้วย 3 กิจกรรมคือ การให้ความรู้ การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้าน โดยโปรแกรมจะทำการเป็นระยะๆ ใช้เวลา 12 สัปดาห์ พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมและการดูแลตนเองหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้เสนอแนะว่าโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้สามารถนำมาใช้ในการส่งเสริมความสามารถในการทำกิจกรรมและการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีประสิทธิภาพ และพบว่าในส่วนของการติดตามโดยใช้โทรศัพท์ส่งผลให้ผู้ช่วยมีทัศนคติต่อแพทย์พยาบาลเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีมากขึ้นจึงช่วยให้เกิดการซักถามข้อสงสัยและนำไปสู่การดูแลตนเองที่ดีขึ้น และการศึกษาของพวงเพ็ชร สมทรัพย์สิน (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยโปรแกรมการจัดการตนเองสร้างขึ้นตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) โดยโปรแกรมจะเน้นการให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองโดยใช้เวลา 8 สัปดาห์และหากมีปัญหาระหว่างการปฏิบัติโปรแกรมสามารถโทรศัพท์สอบถามผู้วิจัย พบว่า ผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการควบคุมอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการใช้ยาและพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเอง ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้เพื่อการดูแลจัดการตนเอง บางงานมีการติดตามอาการทางโทรศัพท์ รวมถึงบางงานมีการติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้วิจัยจึงจัดโปรแกรมให้ความรู้และการพยาบาลทางไกลโดยโทรศัพท์มาใช้ในโปรแกรม เนื่องจากว่าการโทรศัพท์ติดตามส่งผลให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีทัศนคติต่อแพทย์และพยาบาลเปลี่ยนไป ทำให้มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันเพิ่มมากขึ้น เกิดการซักถามประเด็นที่สงสัยและนำไปสู่การดูแลตนเองและความสามารถในการทำกิจกรรมที่ดีขึ้น (จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์, 2555) และเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

บริโภคอาหาร ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเอง ดังที่ Clark et al. (1991) กล่าวไว้ว่าการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ได้อยู่ในมือของเจ้าหน้าที่ แต่เป็น “การจัดการตนเองของผู้ป่วย” ซึ่งเป็นการกระทำของผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหาของตนเอง โดยปัจจัยสำคัญที่จะทำ ให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหาของตนเองได้ คือ ผู้ป่วยต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา เพื่อช่วย เกี่ยวกับการตัดสินใจในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยต้องมีทักษะที่จำเป็นที่จะกระทำพฤติกรรม และต้องม ีการรับรู้ความสามารถในการจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้นการจัดการตนเองส่งผลต่อ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจึงนับเป็นส่วนหนึ่งในการป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิด อาการกำเริบของภาวะหัวใจวาย (Bentley et al., 2005)

แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) เป็นแนวคิดที่ได้รับความสนใจในการนำมาใช้ ดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในปัจจุบัน จากการศึกษาของ ศิริวรรณ ตั้งวิจิตรสกุล (2550) เรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า โปรแกรม การจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น จึงควรนำ โปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยต่อไป Zuily (2010) ได้นำแนวคิดการ จัดการตนเองมาช่วยส่งเสริมการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าการจัดการตนเองสามารถช่วยลดอาการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลว ส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตดี ขึ้น และสามารถลดการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ โดยแนวคิดนี้เป็นกระบวนการเรียนรู้ในการ จัดการเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับภาวะความเจ็บป่วย เรื้อรัง รวมการติดตามและควบคุมภาวะเจ็บป่วย ซึ่งมีความเป็นพลวัตร โดย Creer (2000) กล่าวว่า การจัดการตนเองเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การประมวล และประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผล

จากประสบการณ์การทำงานในคลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย มีแนวทางในการให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉพาะในรายที่แพทย์ลง ความเห็นให้ส่งเข้าห้องสอนสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีแนวทางการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม นั่นคือ การให้ ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องการปฏิบัติตัว เช่น อาการและอาการแสดงที่ต้องมาโรงพยาบาล ก่อนวันนัด การรับประทานยาตามแผนการรักษา เป็นต้น แต่การที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมและถาวร สิ่งเหล่านี้ควรเกิดจากตัวผู้ป่วยเองโดยผู้ป่วยได้มีการเลือก เป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ ประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือกระทำ และการ ประเมินตนเอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงเชื่อว่า แนวคิดทฤษฎีของ Creer (2000) เป็นแนวทางการจัดการตนเอง ที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ทำให้สามารถจัดการตนเองให้มีพฤติกรรมบริโภค อาหารที่เหมาะสม

บทบาทของพยาบาลประจำการในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวคือ การให้คำแนะนำผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ในเรื่องของพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่เหมาะสม การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การนัดหมายวันมาตรวจ การให้การพยาบาลดังกล่าวนี้กระทำได้ทั้งในรูปแบบของการสอนทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม แต่พบว่ายังไม่มีการนำโปรแกรมการจัดการตนเองเข้ามาช่วยเสริมในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ไม่สามารถควบคุมระดับความรุนแรงของโรคได้ รวมถึงยังไม่มีบริการโทรติดตามให้การพยาบาลทางไกลโดยใช้โทรศัพท์ (Telephone Health Nursing) เพื่อประเมินการจัดการตนเอง ประเมินภาวะสุขภาพ และทบทวนทักษะการจัดการตนเอง การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการตนเองที่เหมาะสม จัดว่าเป็นอีกหนึ่งทักษะของการให้การพยาบาลเป็นการดูแลแบบผสมผสานที่สามารถทำร่วมกับการใช้ยาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแบบแผนการดำเนินชีวิต ไม่พบผลข้างเคียง เป็นวิธีที่ไม่รบกวนผู้อื่น สะดวกและยังสามารถประยุกต์ใช้ในเรื่องอื่นๆ ในการดำเนินชีวิต สามารถกระทำได้อย่างต่อเนื่องและเป็นพลวัตร

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อช่วยส่งเสริมความรู้ ความตระหนักในการปฏิบัติตน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวให้สามารถจัดการพฤติกรรมของตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยใช้แนวทางการจัดการตนเองมาเป็นแนวทางในการศึกษา โดยมุ่งหวังว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารที่จำเป็นในการควบคุมปัจจัยที่ก่อให้เกิดอาการกำเริบของโรคได้

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการบริโภคของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวแตกต่างกันหรือไม่
2. พฤติกรรมการบริโภคของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

วัตถุประสงค์ และ/หรือปัญหาการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการบริโภคของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการบริโภคของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผล และ สมมติฐานการวิจัย

แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) กล่าวว่า การจัดการตนเองเป็นการกระทำในการควบคุมภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยเป็นความสามารถในการติดตามและควบคุมภาวะเจ็บป่วยด้วยตนเอง รวมถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการควบคุมโรค โดยการส่งเสริมความรู้และทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตรและต่อเนื่องของการควบคุมตนเอง ซึ่งงานวิจัยครั้งนี้มีตัวแปรตามคือพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของ Creer ในเรื่องการใช้กระบวนการเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้วิจัยจึงนำทฤษฎีนี้มาประยุกต์ใช้ในโปรแกรม โดยมีกระบวนการดังนี้

1. การตั้งเป้าหมาย (Goal selecting) ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพที่ให้การดูแลร่วมกัน ตั้งเป้าหมายโดยการปรึกษาหารือและกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเองออกมา ได้แก่ การตั้งเป้าหมายในการควบคุมอาหารโดยไม่รับประทานอาหารรสเค็ม ไม่เติมน้ำปลาในอาหารที่ปรุงสำเร็จ ไม่รับประทานอาหารหมักดอง งดหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เป็นต้น โดยการตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเอง เป็นกระบวนการเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม

2. การรวบรวมข้อมูล (Information collection) สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวควรเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงสำคัญของภาวะน้ำคั่งในร่างกาย พร้อมกับมีการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึก ได้แก่ อาหารที่บริโภคทุกมื้อ ทุกวัน รวมถึงเฝ้าระวังและสังเกตอาการด้วยตนเองและบันทึกไว้ อาการแสดงของภาวะน้ำคั่งในร่างกาย ได้แก่ น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว อาการบวมกดบวมที่เท้าและหน้าแข้ง โดยฝึกริธีการประเมินอาการบวมและให้ทดลองปฏิบัติจนสามารถประเมินอาการบวมของตนเองได้ เป็นต้น การรวบรวมข้อมูลเป็นกระบวนการที่สิ่งสำคัญที่จะช่วยให้สามารถบรรลุตามเป้าหมายโดยจะต้องทำการบันทึกข้อมูลสุขภาพทุกวันเป็นข้อมูลที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีการเฝ้าระวังตนเอง เพื่อนำไปสู่ขั้นตอนการประเมินข้อมูลต่อไป

3. การประมวลและประเมินข้อมูล (Information processing and evaluation) เป็นการที่ผู้ป่วยรวบรวมข้อมูลที่ได้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง นำข้อมูลที่รวบรวมมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ซึ่งอาจเป็นค่ามาตรฐานสากลหรือค่าเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย โดยผู้ป่วยจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค อาการสำคัญของโรคและวิธีการสังเกตตนเอง ได้แก่ น้ำหนักตัว การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัว 1 กก. หมายถึง มีน้ำคั่งในร่างกาย 1 กก. การหยุดพักขณะทำกิจกรรมเมื่อมีอาการเหนื่อยหอบ ซึ่งอาการต่างๆอาจเกิดจากภาวะเกลือและน้ำคั่งในร่างกายจากอาหารที่ผู้ป่วยบริโภค เป็นต้น เพื่อนำข้อมูลที่เป็นสาเหตุของอาการกำเริบไปสู่ขั้นตอนการตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ

4. การตัดสินใจ (Decision making) เป็นขั้นตอนสำคัญของการจัดการตนเองหลังจากผู้ป่วยรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ และประเมินข้อมูลของตนเองเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ผู้ป่วยต้องสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมโดยอาศัยข้อมูลเป็นพื้นฐาน ได้แก่ การตัดสินใจถึงสาเหตุของภาวะบวม และลงมือแก้ไขได้ตรงจุด โดยการเลือกรับประทานอาหารลดเค็มเพื่อลดภาวะบวม เป็นต้น เพื่อเป็นแนวทางสู่ความสำเร็จของการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

5. การลงมือปฏิบัติ (Action) เป็นการใช้ทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมโรคให้เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ สิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง ประกอบด้วย การกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติด้วยตนเอง และการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เช่น การลงมือปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองในการควบคุมภาวะน้ำเกิน ภาวะบวม หรืออาการหายใจลำบาก โดยการปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้จะเป็นการกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอและประสบผลสำเร็จ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมียุทธศาสตร์การบริโภคอาหารที่เหมาะสมและยั่งยืน

6. การสะท้อนตนเอง (Self-reaction) เป็นการที่ผู้ป่วยประเมินความสามารถของตนเองว่าสามารถปฏิบัติการจัดการตนเองให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือต้องฝึกทักษะเพิ่มเติม หรือต้องปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งผู้ป่วยเรื้อรังควรทราบถึงข้อจำกัดของการจัดการตนเองในการควบคุมภาวะของโรค ผู้ป่วยควรรู้ว่าตนเองไม่สามารถใช้ทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมทุกๆ พฤติกรรมหรือภาวะของโรคของตนเอง เช่น ประเมินว่าในกระบวนการที่ปฏิบัตินั้นสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ และเป็นกระบวนการเพื่อจัดการปัญหาสุขภาพของตนเองจริงหรือไม่ เป็นต้น ซึ่งหากผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามวิธีการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจะสามารถควบคุมอาการของโรค ลดปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดอาการกำเริบของโรค ลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมภาวะหัวใจล้มเหลว โดยลดอาการกำเริบของโรค เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (ลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้า, 2555) และการนำแนวคิดการจัดการตนเองมาช่วยส่งเสริมการจัดการตนเองในการควบคุมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จะช่วยให้อาการของภาวะหัวใจล้มเหลวไม่กำเริบ ส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตและลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ (Zuily et al., 2010) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พวงเพ็ชร สมทรัพย์สิน (2556) พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งในหลายๆงานวิจัยยังไม่พบในเรื่องการนำเทคนิคการพยาบาลทางไกลโดยใช้โทรศัพท์มาช่วยติดตามการจัดการตนเอง ซึ่งการพยาบาลโดยใช้โทรศัพท์เป็นกลยุทธ์หนึ่งของการพยาบาลที่ใช้ติดตามกลุ่มตัวอย่างในการทบทวนเนื้อหาเกี่ยวกับ

ทักษะการจัดการตนเอง เน้นย้ำเป้าหมายที่กลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัยร่วมกันตั้งไว้ อีกทั้งสอบถามปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างพบขณะฝึกปฏิบัติการจัดการตนเองที่บ้าน จนเกิดความสัมพันธ์อันดีระหว่างกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัยส่งผลให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจและมุ่งมั่นตามเป้าหมาย และนำไปสู่พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตนเอง

สมมติฐานการวิจัย

1) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหลังได้รับโปรแกรม สูงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

2) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจ ด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลรัฐระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง อายุ 18-59 ปี ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการตนเอง

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวปฏิบัติ รวมถึงการแสดงออกที่ทำอยู่เป็นเวลานานจนเป็นความเคยชิน เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ตั้งแต่การเตรียมอาหาร การเลือกอาหาร การปรุงรสอาหาร เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง ซึ่งถ้าบุคคลนั้นได้ปฏิบัติตรงกับความต้องการของสุขภาพและโรคที่เป็นอยู่จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีสุขภาพดี ในทางตรงกันข้ามกันถ้าบุคคลนั้นมีการปฏิบัติไม่เหมาะสมจะส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพตามมา ประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารโดยประยุกต์แบบสอบถามของ ปารีชาติ คงเสื่อ และคณะ (2557)

โปรแกรมการจัดการตนเอง หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อให้มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ตามขั้นตอนการจัดการตนเอง (Self-Management) ของ Creer (2000) นำมาจัดกิจกรรมโดยใช้เวลา 12 สัปดาห์ นัดพบผู้ป่วย 3 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1, 4 และ 12 ที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจ โดยกิจกรรมสอดคล้องกับการฝึกทักษะการจัดการตนเองมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

พบครั้งที่ 1 พบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก สร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว และสอนทักษะเพื่อให้เกิดความเข้าใจโปรแกรมการจัดการตนเองทั้ง 6 ขั้นตอน

1) การตั้งเป้าหมาย (Goal selecting) เป็นการกำหนดพฤติกรรมในอนาคตหรือสิ่งที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้น ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่ให้การดูแลควรร่วมกันตั้งเป้าหมายโดยการปรึกษาดูตรงและกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเองออกมา ได้แก่ การตั้งเป้าหมายในการควบคุมอาหารโดยไม่รับประทานอาหารรสเค็ม ไม่เติมน้ำปลาในอาหารที่ปรุงสำเร็จ ไม่รับประทานอาหารหมักดอง งดหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง น้ำหนักลด 1 กก./เดือน เป็นต้น

2) การรวบรวมข้อมูล (Information collection) เป็นการเฝ้าระวังและสังเกตอาการของผู้ป่วยด้วยตนเองและบันทึกไว้ สำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวควรเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงสำคัญของภาวะน้ำคั่งในร่างกาย พร้อมกับมีการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึก เช่น น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว อาการบวมกดปุ่มที่เท้าและหน้าแข้ง เป็นต้น

3) การประมวลและประเมินข้อมูล (Information processing and evaluation) เป็นการรวบรวมข้อมูลที่ได้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง นำข้อมูลที่รวบรวมมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้ป่วยต้องเรียนรู้กระบวนการและการประเมินข้อมูลเกี่ยวกับตนเองและโรคที่เป็น เช่น ฝึกวิธีการประเมินอาการบวมและให้ทดลองปฏิบัติจนสามารถประเมินอาการบวมของตนเองได้ การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัว 1 กก. หมายถึง มีน้ำคั่งในร่างกาย 1 กก. การ

หยุดพักขณะทำกิจกรรมเมื่อมีอาการเหนื่อยหอบ ซึ่งอาการต่างๆอาจเกิดจากภาวะเกลือและน้ำคั่งในร่างกายจากอาหารที่ผู้ป่วยบริโภค เป็นต้น

4) การตัดสินใจ (Decision making) เป็นขั้นตอนสำคัญของการจัดการตนเองหลังจากผู้ป่วยรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ และประเมินข้อมูลของตนเองเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ผู้ป่วยต้องสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมโดยอาศัยข้อมูลเป็นพื้นฐาน การตัดสินใจของผู้ป่วยถือเป็นหัวใจของความสำเร็จในการจัดการตนเอง ได้แก่ การตัดสินใจลดอาหารรสเค็มเพื่อป้องกันภาวะบวม

5) การลงมือปฏิบัติ (Action) เป็นการใช้ทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมโรคให้เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ เช่น การลงมือปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองในการควบคุมภาวะน้ำเกิน ภาวะบวม หรืออาการหายใจลำบาก โดยการปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้จะเป็นการกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอและประสบความสำเร็จ เป็นต้น

6) การสะท้อนตนเอง (Self-reaction) เป็นการประเมินความสามารถของตนเองว่าสามารถปฏิบัติการจัดการตนเองให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือต้องฝึกทักษะเพิ่มเติม ซึ่งผู้ป่วยเรื้อรังควรทราบถึงข้อจำกัดของการจัดการตนเองในการควบคุมภาวะของโรค ผู้ป่วยควรรู้ว่าตนเองไม่สามารถใช้ทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมทุกๆ พฤติกรรมหรือภาวะของโรคของตนเอง เช่น ประเมินว่าในกระบวนการที่ปฏิบัตินั้นสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ และเป็นกระบวนการเพื่อจัดการปัญหาสุขภาพของตนเองจริงหรือไม่ เป็นต้น

พบครั้งที่ 2 และ 3 ที่คลินิกหัวใจแผนกผู้ป่วยนอก สัปดาห์ที่ 4 และ 12

ซักถามอาการทั่วไป วัดสัญญาณชีพ ติดตามเพื่อประเมินผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้บอกถึงผลที่เกิดขึ้น รับฟังปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีการฝึกทักษะในการจัดการตนเอง โดยผู้วิจัยคอยดูแลแนะนำตอบข้อสงสัยของผู้ป่วยและกำหนดการนัดหมายครั้งต่อไป สำหรับการพบครั้งที่ 2 เพิ่มเติมในเรื่องการฝึกทักษะการสะท้อนตนเองซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายของการจัดการตามแนวคิดทฤษฎีของ Creer และในการพบครั้งที่ 3 เพิ่มเติมในเรื่องผู้วิจัยกล่าวชมเชยและให้กำลังใจเพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมั่นใจในการจัดการตนเองต่อไป หลังจากนั้นผู้วิจัยแสดงความขอบคุณและยุติความสัมพันธ์

ระหว่างการพบครั้งที่ 1 2 และ 3 เป็นการให้การพยาบาลทางไกลโดยใช้โทรศัพท์และติดตามกลุ่มตัวอย่างสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เนื่องจากขั้นตอนการปฏิบัติผู้ป่วยฝึกปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองในขณะที่อยู่บ้าน ผู้วิจัยจะติดตามทักษะการปฏิบัติตนของผู้ป่วย เพื่อให้คำแนะนำเป็นที่ปรึกษาให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและหญิงอายุระหว่าง 18-59 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างน้อย 6 เดือน มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การปฏิบัติของพยาบาลประจำการในการให้การดูแลและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวรายบุคคล ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว การรักษาที่ได้รับ พฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นสาเหตุให้เกิดอาการกำเริบ เมื่อผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาในแต่ละครั้งที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีขึ้น ลดอาการแทรกซ้อนและลดอาการกำเริบที่ส่งผลให้ต้องนอนโรงพยาบาล
2. ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารที่เหมาะสม และได้คู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวไปใช้ประโยชน์ได้อย่างแพร่หลาย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวผู้ใหญ่มาก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง และเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวผู้ใหญ่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งภายในประเทศ และต่างประเทศ โดยสรุปรวบรวมสาระสำคัญและนำเสนอหัวข้อตามลำดับดังนี้

1. ภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 1.1 ความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 1.2 พยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 1.3 สาเหตุและปัจจัยของภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 1.4 อาการและอาการแสดง
 - 1.5 ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 1.6 ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบของภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 1.7 การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว
2. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร
 - 2.1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
 - 2.2 การประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
3. แนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเอง
 - 3.1 ความหมายของแนวคิดการจัดการตนเอง
 - 3.2 กระบวนการจัดการตนเอง
 - 3.3 การจัดการตนเองด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
4. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
7. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. ภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นโรคเรื้อรังที่มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น และมีอัตราผู้เสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ จากรายงานสถานการณ์ความรุนแรงขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO],2009) พบว่าในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่า 14 ล้านคนทั่วโลกและคาดว่าในปี พ.ศ. 2563 จะมีจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นถึง 25 ล้านคนทั่วโลก ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา จัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว จำนวน 6 ล้านคน และในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา 19 ล้านคน (Global burden of Disease;Lancet:1996)

ภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ใช่โรค แต่เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่เกิดจากความพร่องในการทำหน้าที่ของหัวใจ จนกระทั่งมีการกำซาบของเนื้อเยื่อลดลง มีการคั่งของน้ำหรือมีภาวะน้ำเกิน และมีความทนในการทำกิจกรรมลดลง สาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว คือ กล้ามเนื้อหัวใจตาย ตัวอย่างของอาการที่เกิดขึ้น เช่น อาการหายใจลำบากเวลาออกกำลังกาย (dyspnea on exertion) หรือ เวลานอนราบ (orthopnea) เนื่องจากการคั่งค้ำของเหลวที่ปอด อาการบวมตามแขนขา (peripheral edema) เนื่องจากมีของเหลวคั่งค้ำอยู่ภายนอกหลอดเลือด โดยอยู่ในเนื้อเยื่อระหว่างเซลล์ (interstitium) มากกว่าปกติ

1.1 ความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลว

เขาวภา บุญเที่ยง (2545) ให้ความหมายว่า เป็นภาวะที่หัวใจไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ มีการดำเนินโรคที่ไม่แน่นอน ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการกำเริบทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจตลอดจนครอบครัวและประเทศชาติ

สมเกียรติ แสงวัฒนโรจน์(2552) ให้ความหมายว่า เป็นภาวะความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ ทำให้ไม่สามารถบีบเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อและอวัยวะต่างๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอ เพื่อสนองกระบวนการเผาผลาญในร่างกายได้

ผ่องพรรณ อรุณแสง (2555) ให้ความหมายว่า เป็นภาวะที่หัวใจไม่สามารถบีบตัวส่งเลือดออกไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ซึ่งเป็นผลจากการล้มเหลวในการทำหน้าที่ของหัวใจหรือโครงสร้างที่ผิดปกติ จนทำให้ไม่สามารถจัดการกับปริมาตรเลือดที่ปกติได้ และจากหัวใจที่ปกติที่ไม่มีโรคแต่ไม่สามารถรับกับปริมาตรเลือดที่มากเกินไปจนทนที่ทนได้

McKelvie (2007) ให้ความหมายว่า เป็นการที่หัวใจทำงานผิดปกติอันมีสาเหตุมาจากอัตราการสูบฉีดกับความต้องการทางเมตาบอลิซึม มีความไม่สมดุลกัน ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยง่าย บวม น้ำ และมีโอกาสเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้น

สรุป ภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง ภาวะที่หัวใจทำงานผิดปกติ จนทำให้มีการกำซาบของเนื้อเยื่อลดลง ส่งผลให้บีบเลือดไปเลี้ยงอวัยวะและเนื้อเยื่อต่างๆของร่างกายได้ไม่เพียงพอ ทั้งขณะพักและขณะออกกำลังกาย การแสดงออกที่สำคัญของหัวใจล้มเหลวคือ หายใจลำบาก อ่อนเพลีย และมีน้ำในร่างกายเพิ่มขึ้น มีการคั่งของน้ำหรือมีภาวะน้ำเกินและมีความทนในการทำกิจกรรมได้น้อย เป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจทุกชนิดที่ไม่สามารถรักษาหรือควบคุมอาการของโรคได้ และยังสามารถเกิดขึ้นได้ในโรคอื่น ๆ ที่ไม่ใช่โรคหัวใจ แต่มีผลกระทบต่อการทำงานของหัวใจ โดยอาจจะเกิดขึ้นทั้งลักษณะเฉียบพลันและเรื้อรัง หากผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิตจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

1.2 พยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลว

ในภาวะปกติการทำงานของหัวใจขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ปริมาณของเลือดในห้องหัวใจก่อนการบีบตัว แรงต้านการไหลเวียนของเลือดขณะหัวใจบีบตัว และอัตราการเต้นของหัวใจ ที่มีการปรับตัวตลอดเวลาตามความจำเป็นของอวัยวะและเนื้อเยื่อที่ต้องการปริมาณเลือดมากหรือน้อย ผลของการปรับตัวทำให้อวัยวะและเนื้อเยื่อดังกล่าวได้รับเลือดไปเลี้ยงอย่างเพียงพอตลอดเวลา (Gould, 2002) เมื่อมีสาเหตุปัจจัยใดๆ เข้ามาแล้วมีผลทำให้หัวใจมีการทำงานผิดปกติ เช่น ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจากการมีหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีตีบหรือตันเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ภาวะความดันโลหิตสูง โรคลิ้นหัวใจพิการชนิดลิ้นหัวใจตีบหรือรั่ว โรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ และโรคกล้ามเนื้อหัวใจพิการ สาเหตุปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้ความสามารถในการบีบตัวของหัวใจลดลง ส่งผลให้ปริมาณของเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง (Timmis, 2003) อวัยวะหรือเนื้อเยื่อต่าง ๆ ของร่างกายจึงได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอต่อความต้องการ ทำให้หัวใจต้องรักษาระดับปริมาณเลือดให้คงที่

โดยอาศัยกลไกการปรับตัวชดเชยที่สำคัญซึ่งในระยะเริ่มต้นจะเป็นการทำงานผ่านระบบประสาทซิมพาเทติก และระบบเรนินแองจิโอเทนซิน โดยการกระตุ้นระบบดังกล่าว ทำให้เกิดการหลั่งของสารเคทีโคลามีน (catecholamine) ซึ่งจะออกฤทธิ์ที่กล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้มีการเพิ่มอัตราการเต้นของชีพจร และความแรงในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจออกฤทธิ์ที่หลอดเลือดทำให้มีการหดตัว และออกฤทธิ์ที่ท่อไตทำให้มีการดูดกลับน้ำ และเกลือเข้าสู่ร่างกาย เพื่อเพิ่มปริมาณเลือดไหลกลับเข้าสู่หัวใจมากขึ้น (Carelok & Clark, 2001) กลไกดังกล่าวทำให้ร่างกายปรับตัวได้อย่างเพียงพอและไม่เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว แต่ถ้ากลไกดังกล่าวนี้ยังคงดำเนินต่อไปเรื่อย ๆ โดยไม่ได้รับการแก้ไขสาเหตุ การกระตุ้นโดยผ่านระบบต่าง ๆ จะทำให้หัวใจห้องล่างมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น โดยหัวใจจะเปลี่ยนขนาด และรูปร่าง ค่อย ๆ ขยายขนาดห้องหัวใจให้โตขึ้น ทำให้ผนังห้องหัวใจถูกยืดขยายออกจนผนังบางลง มีการเปลี่ยนรูปร่างจากทรงกลมเป็นทรงรีแทน ส่งผลให้ความสามารถในการบีบตัวลดลง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้เป็นไปตามกฎของแฟรง-สตาร์ลิง (Frank-Starling law) คือ เมื่อใด

ก็ตามที่กล้ามเนื้อหัวใจถูกยึดถึงระดับสูงสุดที่ทำให้มีการบีบตัวได้แรงสุดแล้วไม่ว่าจะยึดกล้ามเนื้อหัวใจให้เพิ่มขึ้นอีกก็จะไม่เพิ่มแรงในการบีบตัวมากกว่าเดิม ดังนั้นการที่กล้ามเนื้อหัวใจถูกยึดขยายออกจนทำให้ผนังห้องหัวใจบางลงดังกล่าวส่งผลให้ประสิทธิภาพการบีบตัวลดลง ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง เป็นผลให้อวัยวะและเนื้อเยื่อต่าง ๆ ของร่างกายได้รับเลือดไม่เพียงพอต่อความต้องการจึงเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมา (Mann, 2004)

เมื่อมีความผิดปกติขึ้นที่หัวใจจะทำให้สมรรถภาพการทำงานของหัวใจลดลง ส่งผลให้ หัวใจมีการบีบตัวหรือการคลายตัวผิดปกติ ส่งผลให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ได้อย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2552)

1.3 สาเหตุและปัจจัยของภาวะหัวใจล้มเหลว

สาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลว แบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ สาเหตุพื้นฐานและสาเหตุชักนำ (ชวนพิศ ทานอง, 2545; สมจิต หนูเจริญกุล, 2541; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2550)

1.3.1 สาเหตุพื้นฐาน (Underlying cause) เป็นสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว แบ่งได้เป็น 2 อย่างคือ หัวใจต้องทำงานหนักเกินกำลังและมีความผิดปกติในการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ

1.3.1.1 หัวใจทำงานหนักเกินกำลัง การทำงานของหัวใจจะเพิ่มขึ้นอย่างมากเนื่องจากปริมาตรเลือดมากเกินไป (Volume overload) หรือหัวใจต้องบีบแรงเกินกำลัง (Pressure overload) จนกระทั่งไม่สามารถบีบตัวได้เพิ่มขึ้นอีกต่อไป สำหรับความผิดปกติที่ทำให้ปริมาตรเลือดก่อนหัวใจบีบตัว (Preload) เพิ่มมากขึ้นเกินไป ได้แก่ ลิ้นหัวใจรั่วเนื่องจากถูกทำลาย ภาวะที่ปริมาตรเลือดในระบบไหลเวียนมากเกินไป (Hypervolemia) ความพิการของหัวใจแต่กำเนิด ส่วนสาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลวที่หัวใจต้องบีบแรงเกินกำลังนั้น เกี่ยวข้องกับแรงต้านการไหลในขณะหัวใจบีบตัว (Afterload) ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความตึงตัวของหลอดเลือดเล็กๆ หัวใจร่างกาย ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดแดงเอออร์ตา ขนาดและความหนาของเวนตริเคิล ลิ้นเอออร์ติคตีบ และเลือดมีความหนืดมาก สำหรับความผิดปกติที่ทำให้หัวใจต้องบีบตัวเกินกำลังจนไม่สามารถจะบีบตัวได้เพิ่มขึ้นอีกต่อไป ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ ลิ้นหัวใจตีบ คือ ลิ้นเอออร์ติค ลิ้นไมตรัล และลิ้นพัลโมนิก แรงดันในปอดและแรงต้านในหลอดเลือดส่วนปลายสูง

1.3.1.2 ความผิดปกติในการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ เป็นภาวะที่มีการขัดขวางการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ อาจเกิดจากการมีพยาธิสภาพที่กล้ามเนื้อหัวใจโดยตรง เช่น กล้ามเนื้อหัวใจตาย กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรงหรือโรคหลอดเลือดหัวใจ หรืออาจเกิดจากการมีพยาธิสภาพจากภายนอกบีบรัดหัวใจทำให้หัวใจไม่สามารถรับเลือดและบีบตัวได้อย่างเต็มที่ เช่น ภาวะที่หัวใจถูกบีบรัดจากเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ หัวใจถูกบีบจากการมีปริมาตรของของเหลวในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ ทำให้เลือดไหลผ่านไม่สะดวก

1.3.2 สาเหตุชักนำ (Precipitating cause) เป็นสาเหตุที่เมื่อเกิดขึ้นแล้วมีผลต่อการทำงานของหัวใจ โดยทำให้หัวใจต้องทำงานหนักเพิ่มมากขึ้น จนเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมา สาเหตุชักนำ ได้แก่

1.3.2.1 ภาวะที่มีลิ่มเลือดอุดตันที่หลอดเลือดปอด (Pulmonary embolism) ผู้ป่วยที่มีปริมาตรเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาทีต่ำ ทำให้มีการค้างของเลือดในระบบไหลเวียนนานเกินไป และการที่ต้องนอนนานๆ จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุดตันในหลอดเลือดดำของขาหรืออวัยวะในอุ้งเชิงกรานได้ง่าย ลิ่มเลือดที่อุดตันนั้นจะไหลเวียนไปตามกระแสเลือดและในที่สุดจะไปอุดตันหลอดเลือดที่ปอด ซึ่งเป็นภาวะที่อันตรายมากทำให้เพิ่มความดันในหลอดเลือดปอดอย่างเฉียบพลัน หัวใจห้องล่างขวาจึงมีเลือดคั่งและขยายใหญ่ขึ้น เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวมากขึ้น ทำให้ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลงยิ่งขึ้น จนกระทั่งปริมาณเลือดที่ส่งไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ไม่เพียงพอ

1.3.2.2 การติดเชื้อ ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจอยู่แล้ว เมื่อเกิดการติดเชื้อขึ้นในร่างกาย จะชักนำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมาได้ เนื่องจากการติดเชื้อจะทำให้มีไข้ หัวใจเต้นเร็วขึ้น อัตราการเผาผลาญของร่างกายจะสูงขึ้น ระดับออกซิเจนในเลือดต่ำลง จึงทำให้หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น

1.3.2.3 ภาวะโลหิตจาง ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจอยู่ก่อนแล้ว ถ้ามีภาวะโลหิตจางจะทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมาได้ เนื่องจากภาวะโลหิตจางจะทำให้การขนส่งออกซิเจนไปสู่เซลล์และเนื้อเยื่อต่างๆ ลดลงการที่จะเพิ่มออกซิเจนในเซลล์และเนื้อเยื่อได้อย่างพอนั้น หัวใจจะต้องทำงานหนักมากขึ้นเพื่อเพิ่มปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที แต่เนื่องจากหัวใจมีพยาธิสภาพอยู่แล้วจึงไม่สามารถแบกรับภาระที่หนักเกินกำลังจึงเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวขึ้น ในรายที่ผู้ป่วยมีภาวะโลหิตจางอย่างเรื้อรัง หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น ในระยะแรกๆหัวใจจะสามารถชดเชยได้ แต่ถ้าภาวะโลหิตจางยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่องโดยไม่ได้รับการแก้ไข จะเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมาได้ แม้ว่าจะไม่ได้เป็นโรคหัวใจมาก่อนก็ตาม

1.3.2.4 ต่อมไทรอยด์เป็นพิษ ทำให้หัวใจเต้นเร็วและทำงานหนักขึ้น เนื่องจากเมตตาบอลิซึมของร่างกายสูงขึ้น

1.3.2.5 การตั้งครรภ์ ภาวณี้ร่างกายต้องการเลือดไปเลี้ยงมากขึ้น จึงทำให้หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น

1.3.2.6 ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ เกิดการบีบตัวของห้องหัวใจแต่ละห้องไม่สัมพันธ์กัน มีผลทำให้หัวใจทำงานมากขึ้นเพื่อให้ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีเพิ่มขึ้น การที่หัวใจเต้นผิดจังหวะเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้บ่อย

1.3.2.7 ใช้รูมาติกและกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ ทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจเลวลง บางครั้งมีการบีบรัดหัวใจจากการอักเสบของเยื่อหุ้มหัวใจ ทำให้เลือดไม่สามารถไหลเข้าห้องหัวใจล่างขวาได้ จึงเกิดหัวใจล้มเหลวและมีเลือดคั่ง

1.3.2.8 การออกกำลังกายอย่างรุนแรงทันทีและมีอารมณ์เครียด ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้นเนื่องจากอัตราการเผาผลาญเพิ่มขึ้น หรือมีการเปลี่ยนแปลงความดันเลือดและอัตราการเต้นของหัวใจทันทีทันใด

1.3.2.9 ความดันโลหิตสูง การที่ความดันในหลอดเลือดแดงสูงขึ้นเร็วเกินไป ซึ่งอาจเกิดขึ้นในโรคความดันโลหิตสูงที่มีสาเหตุมาจากโรคไต หรือการหยุดยาลดความดันโลหิต อาจจะทำให้หัวใจไม่สามารถชดเชยได้อีกต่อไป ทำให้เกิดหัวใจล้มเหลวได้

1.3.2.10 ภาวะโภชนาการ การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง เช่น การได้รับเกลือโซเดียมมากเกินไป ภาวะไม่สมดุลของระดับโซเดียมและโปรแตสเซียมในเลือด เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว

นอกจากสาเหตุที่เกิดจากหัวใจและหลอดเลือด และสาเหตุชักนำที่ทำให้ผู้ที่มีปัญหาโรคหัวใจอยู่เดิมเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวแล้ว ยังมีปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องซึ่งนำไปสู่การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ประกอบด้วย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล จากการศึกษาพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 เพศ ผลการศึกษาพบว่าเพศมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว โดยจากการสำรวจอุบัติการณ์การพักรักษาในโรงพยาบาลในทวีปเอเชียและแอฟริกา พบว่าเพศชายมีอัตราการป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวมากกว่าเพศหญิง (Robin, 2006) สำหรับในประเทศไทยพบผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในเพศชายมากกว่าเพศหญิงเช่นเดียวกัน จากสถิติอัตราการตายต่อแสนประชากรด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดของประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 - 2546 พบว่ามีอัตราการตายด้วยโรคนี้สูงถึง 108.4 ต่อแสนประชากร โดยเพศชายมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่าเพศหญิงคือ 131.2 และ 79.0 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552)

1.2 อายุ จากรายงานการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์ของภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยจากการศึกษาของ Framingham (Framingham heart study, 1999) พบว่าผู้ที่มีอายุ 45-54 ปี มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวที่ร้อยละ 0.2 และระหว่างอายุ 85- 94 ปี มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 0.4 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงอุบัติการณ์ของภาวะหัวใจล้มเหลวว่ามีอัตราเพิ่มขึ้นตามอายุ

1.3 อาชีพ จากการศึกษาพบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินชีวิต และการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (Gysele et al, 2004) เช่น การศึกษาของ Beltrame และคณะ (2007) พบว่าสิ่งแวดล้อมที่ทำงานมีผลต่อภาวะหัวใจล้มเหลว โดยผู้ที่ทำงานอยู่ในที่มีอากาศเปลี่ยนแปลง

อย่างรวดเร็ว เสียงดังยาวนาน มีการสั่นสะเทือน สารเคมีกำจัดวัชพืช มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวที่สูงขึ้น

1.4 การศึกษา ซึ่งจากการศึกษาของ Eva (2010) พบว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ มีการเกิดอาการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลวสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงถึงร้อยละ 28 นอกจากนี้จากการศึกษาของ Amy (2009) พบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลว โดยพบว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำมีการเกิดอาการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลวมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูง โดยผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่า (การศึกษาชั้นพื้นฐานน้อยกว่า 8 ปี) มีความเสี่ยงของการกำเริบของโรคหัวใจเพิ่มขึ้น ร้อยละ 31 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่เรียนสูงกว่า

1.5 ฐานะทางเศรษฐกิจ ซึ่งจากการศึกษาพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว องค์การอนามัยโลก (WHO, 2009) รายงานว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายสำคัญของประเทศกำลังพัฒนาที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง และจากการศึกษาของ Rathore และคณะ (2006) พบว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำมีประสิทธิภาพของการทำงานของหัวใจลดลงมากกว่าผู้ที่มีรายได้สูง และยังพบว่ามียัตราการเสียชีวิตและการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยอาการกำเริบสูงกว่าผู้ที่มีรายได้สูง สำหรับการศึกษาในประเทศไทยโดยนิตยา ศรีสุข (2551) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.232$)

2. พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เป็นสาเหตุที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจและการเกิดอาการกำเริบหรือมีความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้นได้ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 พฤติกรรมการรับประทานอาหารรสจัดหรือไขมันสูง จากการศึกษาวิถีชีวิตของคนในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไปเป็นสิ่งคมอุตสาหกรรม ทำให้พฤติกรรมการบริโภคเปลี่ยนไปด้วยความเร่งรีบในการประกอบอาชีพ ทำให้ประชาชนส่วนหนึ่งนิยมการรับประทานอาหารจานเดียว รับประทานอาหารนอกบ้านหรือซื้อจากร้านค้า ทำให้ไม่สามารถควบคุมการปรุงอาหารได้ โดยเฉพาะไขมันอิ่มตัวที่นำมาปรุงอาหาร ทำให้เกิดการสะสมของไขมันที่ไปเกาะตามผนังเส้นเลือด (plaque) ทำให้หลอดเลือดแดงเกิดการตีบแคบซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบตันเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวหรือทำให้โรคมีอาการรุนแรงมากขึ้น (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2552; Hooper, 2003) ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ส่วนใหญ่เกิดภาวะแทรกซ้อนและต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องมาจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในเรื่องการควบคุมอาหาร พบว่าการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (พัชรวรรณ ศรีคง และนรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2553) เนื่องมาจากคนไทยส่วนใหญ่นิยมรับประทานอาหารรสจัดโดยเฉพาะรสเค็ม รสเผ็ด ซึ่งอาหารเค็มจะมีส่วนผสมของเกลือแกง (sodium chloride) มากเมื่อรับประทานเข้าไปจะทำให้ร่างกายดูดน้ำกลับเข้ากระแสเลือดมากขึ้น

ปริมาณเลือดในร่างกายมากขึ้น หัวใจจะทำงานหนักขึ้น ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นซึ่งหากหัวใจและไตแข็งแรงก็อาจไม่พบปัญหาเพราะร่างกายมีขบวนการขับเกลือส่วนเกินออกตามธรรมชาติ แต่หากหัวใจทำงานไม่ปกติจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นและควบคุมได้ยากขึ้น เป็นผลให้ภาวะหัวใจล้มเหลวมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น โดยจะมีอาการหอบเหนื่อยหรือบวม หากมีไตเสื่อมหน้าที่หรือไตวายร่วมด้วยจะยิ่งมีอาการแสดงที่รุนแรงมากขึ้น (ดร.ณิวัลย์ วัชรอมวิจิตร, 2552; สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2552)

2.2 พฤติกรรมการดื่มน้ำมากเกินไป ดังที่กล่าวมาแล้วว่าการที่มีปริมาณน้ำเกินในระบบไหลเวียนเลือดจำนวนมากทำให้หัวใจต้องทำงานมากขึ้นในการบีบตัวส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจที่ลดลงทำให้เกิดการคั่งของเลือดที่หัวใจ ส่งผลให้เกิดอาการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลวตามมา (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2552)

2.3 การสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่จะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบโดยสารนิโคตินในบุหรี่ไปกระตุ้นที่สมองและต่อมหมวกไต ทำให้มีการหลั่งสารต่างๆ ออกมา เช่น nor-adrenaline dopamine serotonin ทำให้ความดันเลือดสูงขึ้นหัวใจเต้นเร็วขึ้น เส้นเลือดแดงหดตัวทำให้เส้นเลือดหัวใจตีบลึ้นของหัวใจมีการตีบตันจากลิ่มเลือดและเกล็ดเลือดไปจับตัวกันมีการหนาตัวขึ้น หัวใจทำงานหนักขึ้นเป็นผลให้เลือดเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอเกิดภาวะหัวใจขาดออกซิเจน และอาจเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมาได้ (American Heart Association [AHA], 2009; Mark et al, 2007)

2.4 การดื่มสุรา จากการศึกษาพบว่าแอลกอฮอล์ทำให้เส้นเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจตีบและยังทำให้เกิดความผิดปกติของกล้ามเนื้อหรือเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ และทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจถูกกระตุ้นให้บีบตัวเร็วขึ้น หัวใจทำงานหนักมากขึ้นซึ่งส่งผลในระยะยาวโดยทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น และกล้ามเนื้อหัวใจจะเริ่มหนาขึ้นนำไปสู่การเกิดภาวะหัวใจโตและเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมาได้ในที่สุด

2.5 ขาดการออกกำลังกาย การออกกำลังกายมีส่วนกระตุ้นกระบวนการเผาผลาญพลังงานของร่างกายมีผลให้ระดับไขมันในหลอดเลือดลดลง ลดการเกาะของไขมันบริเวณหลอดเลือด ดังนั้นผู้ป่วยที่ขาดการออกกำลังกายจะมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น (Rees, 2004)

2.6 ความเครียด จากการศึกษาพบว่าความเครียดมีผลทำให้อัตราการเต้นหัวใจเพิ่มมากขึ้นและเพิ่มความดันโลหิตรวมทั้งเพิ่มการหลั่งฮอร์โมน catecholamine โดยฮอร์โมน epinephrine เพิ่มความต้องการออกซิเจนในร่างกายทำให้อัตราการเผาผลาญสูงขึ้น (Janet, 2007) จากการศึกษาของริชาร์ด (Richard, 2008) พบว่าคนที่โกรธง่ายหรือ มีความเครียดสูงจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและมีอุบัติการณ์การเสียชีวิตสูงขึ้น

3. ปัจจัยอื่นๆจากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว โดยเฉพาะการมีโรคร่วม โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 ไขมันในเลือดสูง การมีระดับไขมันในเลือดสูงเพิ่มโอกาสการเกิดหลอดเลือดอุดตัน ตีบ แดก ได้ง่าย ทั้งนี้ไขมันในเลือดสูงมีผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจด้านซ้าย โดยผลกระทบนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ (Wang et al, 1999) จากการศึกษาของ Daniel (2009) ที่พบว่าผู้ที่มีระดับไขมันในเลือดสูง (total cholesterol) มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวมากกว่าปกติถึงร้อยละ 22.5

3.2 โรคความดันโลหิตสูง โรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดแรงกดที่ผนังหลอดเลือดมากผิดปกติ ผนังหลอดเลือดถูกทำลายได้ง่าย ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญสำหรับภาวะหัวใจล้มเหลวโดยในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีการขยายขนาดของหัวใจห้องซ้าย พร้อมกับการเกิดพังผืดและส่งผลให้การหดตัวของหัวใจลดลง ในที่สุดกล้ามเนื้อหัวใจไม่สามารถรักษาการเต้นของหัวใจให้เป็นปกติได้เป็นผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวด้านซ้ายเกิดขึ้น (Prakash, 1997) จากการศึกษาของ Daniel (1996) ที่ศึกษาในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว 5,143 คน พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว รายใหม่ 392 คน มีโรคความดันโลหิตสูงมาก่อนถึงร้อยละ 91

3.3 เบาหวาน โรคเบาหวานส่งผลให้ผนังหลอดเลือดหนาผิดปกติ จากการศึกษาพบว่าโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากโรคเบาหวานทำให้หลอดเลือดแข็งตัวซึ่งส่งผลต่อระบบการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงหัวใจ ทำให้เกิดภาวะหัวใจขาดเลือดและประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง นำไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลวตามมา (Dinesh, 2003)

จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยเสี่ยงหลายประการที่สามารถนำไปสู่การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว โดยปัจจัยที่สำคัญ คือ ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว และโรคร่วมที่ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว โดยทำให้โรคมีความรุนแรงมากขึ้น หากสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงให้เหมาะสมจะช่วยลดความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวได้

1.4 อาการและอาการแสดง

ในทางคลินิกนิยมแบ่งอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวออกเป็น 2 ชนิด คือ หัวใจล้มเหลวข้างซ้ายและหัวใจล้มเหลวข้างขวา (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2552)

1.4.1 อาการและอาการแสดงหัวใจล้มเหลวข้างซ้าย

ภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่มักเริ่มที่เวนตริเคิลซ้ายล้มเหลว และก้าวหน้าเป็นล้มเหลวทั้งสองซีก สาเหตุสำคัญของเวนตริเคิลซ้ายล้มเหลว คือ ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ โรคลิ้นหัวใจ เป็นต้น โดยจะมีอาการของเนื้อเยื่อได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ และมีอาการของเลือดคั่งในปอด ซึ่งมีอาการสำคัญ คือ ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อย (Dyspnea) ซึ่งเป็น

อาการเริ่มแรกที่พบบ่อยของภาวะหัวใจล้มเหลวผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบาก เมื่อเกิดความรุนแรงเพิ่มขึ้นผู้ป่วยจะมีอาการหอบไม่สามารถนอนราบได้ ผู้ป่วยต้องลุกนั่งหายใจ หรือต้องนอนหนุนหมอนสูง มักจะมีอาการหอบเหนื่อยเป็นพัก ๆ ในตอนกลางคืน อาการมักเกิดหลังจากผู้ป่วยเข้านอนแล้ว ประมาณ 2-3 ชั่วโมงผู้ป่วยจะตื่นขึ้น เพราะหายใจไม่ออกอย่างรุนแรง ผู้ป่วยบางรายจะมีอาการหายใจแบบหยุดเป็นพัก ๆ (Cheyne stoke respiration) คือลักษณะการหายใจสลับกันระหว่างการหายใจเร็วลึก แล้วค่อย ๆ ซาลง และตื่นจนหยุดหายใจ แล้วจึงเริ่มหายใจใหม่ พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่รับประทานยานอนหลับ หรือได้รับยาาระงับประสาทร่วมด้วย และมักจะมีอาการไอ ซึ่งเป็นอาการสำคัญที่เกิดจากหัวใจข้างซ้ายล้มเหลว ผู้ป่วยจะมีอาการไอแห้ง ๆ ระคายคอและต้องใช้แรงไอ มักไอตอนกลางคืน อาจเกิดร่วมกับอาการหายใจลำบาก จึงมักส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย และกล้ามเนื้ออ่อนแรง ซึ่งเกิดจากการที่เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อไม่เพียงพอ เนื่องจากการสูบฉีดเลือดออกจากหัวใจน้อยมาก หรืออาจเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยได้รับยาขับปัสสาวะมาก จึงมีการสูญเสียโพแทสเซียมออกจากร่างกายมากตามไปด้วย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการดังกล่าว

1.4.2 อาการและอาการแสดงของหัวใจล้มเหลวข้างขวา

เวนทริเคิลขวาล้มเหลวมักเกิดจากการที่เวนทริเคิลซ้ายล้มเหลว จากกล้ามเนื้อของเวนทริเคิลขวาเลือด หรือหลอดเลือดที่ปอดมีความดันสูง เวนทริเคิลขวาที่ล้มเหลวจะไม่สามารถบีบตัวเอาเลือดออกจากหัวใจได้ดี ดังนั้นปริมาตรเลือดและความดันในหลอดเลือดดำของร่างกายเพิ่มขึ้น อาการและอาการแสดงที่พบ คือ มีอาการบวม ซึ่งเกิดจากการคั่งของน้ำและโซเดียม โดยเริ่มที่อวัยวะส่วนปลายจนถึงบวมทั้งตัว ตั้งแต่ใบหน้า แขน หน้าอก จนถึงอวัยวะสืบพันธุ์ บางรายมีท้องมานร่วมด้วย และมักจะพบว่ามึลลือดดำที่คอโป่ง เนื่องจากเลือดที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจทางห้องข้างบนไม่สามารถไหลเข้าได้สะดวก เพราะความดันในห้องหัวใจข้างขวาสูง บางรายที่รุนแรงจะพบตับโตและกดเจ็บ เกิดจากการที่เลือดไม่สามารถไหลกลับเข้าสู่หัวใจห้องขวาได้ จึงเกิดการคั่งของเลือดดำตามอวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะที่ตับ น้ำจะขังอยู่ในช่องว่างระหว่างเซลล์ของตับมาก นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีอาการท้องโต จากการมีน้ำซึมออกจากเส้นเลือดดำและขังอยู่ในช่องท้องมาก ผู้ป่วยจะมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน แน่นท้อง ท้องอืด ท้องผูกได้ ซึ่งเป็นผลมาจากการมีเลือดคั่งในหลอดเลือดดำ และอาการอื่น ๆ ที่อาจพบได้ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น Diaphoresis, Cyanosis, Cardiac arrhythmia และ Cardiac cachexia ซึ่งเป็นอาการที่พบได้ในระยะสุดท้ายของภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการเมื่อเกิดความรุนแรงของโรค การจัดการตนเองเพื่อเฝ้าระวังอาการที่เปลี่ยนแปลงผู้ป่วยสามารถจัดการอาการตนเองเบื้องต้น และสามารถแก้ไขความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นได้

1.5 ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว

การแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวที่นิยมใช้ ได้แก่ การแบ่งโดยพิจารณาจากความสามารถในการทำกิจกรรมตามเกณฑ์ของสมาคมโรคหัวใจนิวยอร์ก (New York Heart Association functional classification , 2009) โดยแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่

ระดับที่ 1) (NYHA class I) หมายถึง มีกิจกรรมของร่างกายตามปกติในแต่ละวันไม่แสดงอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว

ระดับที่ 2) (NYHA class II) หมายถึง เหนื่อยง่ายกว่าปกติเมื่อออกกำลังกาย แต่ยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้

ระดับที่ 3) (NYHA class III) หมายถึง มีอาการเหนื่อยง่ายแม้ออกกำลังกายเพียงเล็กน้อยหรือแม้ทำกิจวัตรประจำวันเบา ๆ

ระดับที่ 4) (NYHA class IV) หมายถึง มีอาการเหนื่อยแม้ในขณะพัก

การแบ่งระดับความรุนแรงดังกล่าวนี้ เป็นการแบ่งเพื่อบ่งบอกถึงอาการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ อาจจะไม่สะท้อนความรุนแรงของพยาธิสภาพเสมอไป โดยที่ระดับความรุนแรงของอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวดังกล่าวสามารถเปลี่ยนแปลงกลับไปกลับมาได้ระหว่างระดับที่ 1-4 ในงานวิจัยครั้งนี้เลือกศึกษาในผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวตามเกณฑ์ของสมาคมโรคหัวใจนิวยอร์ก ระดับ 2 และ 3 เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการคงที่สามารถเข้าร่วมแผนกิจกรรมการพยาบาลตามทฤษฎีการจัดการตนเอง เพื่อส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม

1.6 ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบของภาวะหัวใจล้มเหลว

หัวใจล้มเหลวเป็นภาวะเรื้อรังที่รักษาไม่หาย และมีการดำเนินโรคที่รุนแรงเพิ่มมากขึ้นหากได้รับการดูแลรักษาที่ไม่ดีพอ และหากมีโรคแทรกซ้อนร่วมด้วยจะก่อให้เกิดผลกระทบหลายอย่าง

1) ด้านร่างกาย เนื่องจากหัวใจเป็นอวัยวะที่สำคัญมีหน้าที่ในการสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกาย การที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายได้อย่างเพียงพอ ประสิทธิภาพการสูบฉีดเลือดลดลงทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย หายใจลำบาก เจ็บแน่นหน้าอก (เรวัตร์ พันธุ์กิ่งทองคำ , 2552) ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ดังนี้

1.1 เกิดความทุกข์ทรมานจากอาการกำเริบ จากการรายงานของสมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทย (AHA, 2009) พบว่ามีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวประมาณ 5,000,000 ราย โดยภาวะหัวใจล้มเหลวมีผลต่อการทำงานของระบบต่างๆในร่างกายจากการที่หัวใจทำการสูบฉีดไปเลี้ยงร่างกายไม่เพียงพอ ซึ่งภาวะหัวใจล้มเหลวมีผลทำให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยและครอบครัวจากโรคและการดูแลรักษาที่ยาวนาน (Tanya et al., 2010)

1.2 ความสามารถในการทำกิจวัตรลดลง จากการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของหัวใจมีผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ จากการศึกษาของ Emma (2010) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วยต่อข้อจำกัดทางด้านร่างกายในการทำกิจวัตรประจำวันเมื่อมีอาการหัวใจล้มเหลว โดยศึกษาในผู้ป่วย จำนวน 15 ราย พบว่าภาวะหัวใจล้มเหลวทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของร่างกายทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน

2) ด้านจิตใจ เนื่องจากการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลวทำให้มีความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้นและส่งผลกระทบต่อความทนในการทำกิจกรรมของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ทำให้ความทนลดลงและต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจตามมาหลายประการ (Braunwald, 2001) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ภาวะซึมเศร้า ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การดำเนินของโรคมักเป็นไปในทางลบ จากการศึกษาของ พัชรวรรณ ศรีคง และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2553) พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่สำคัญในการจัดการตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างๆ รวมถึงการควบคุมอาหาร ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความแตกต่างของอายุ ประสบการณ์ ระดับความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งการปรับตัวต่อการเกิดโรคที่เหมาะสมของบุคคลด้วย

2.2 ความวิตกกังวล ความวิตกกังวลในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นปัญหาด้านจิตใจที่พบบ่อย จากการศึกษาของ Ying-Tai Wu (2010) พบว่าในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการวิตกกังวลร้อยละ 48

3) ด้านเศรษฐกิจและสังคม

3.1 ค่าใช้จ่ายในการรักษา และเศรษฐกิจของผู้ป่วย จากการศึกษาวิจัยเรื่องร้องต้องได้รับการรักษาที่ยาวนานส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาและเศรษฐกิจของผู้ป่วย จากการศึกษาของโอเกลและคณะ (Ogale et al., 2008) ที่ศึกษาวิเคราะห์ภาระทางเศรษฐกิจในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในรัฐหลุยเซียน่า ที่ศึกษาข้อมูลย้อนหลังในช่วงปี 1999 - 2000 ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวนทั้งหมด 13,947 คน พบว่าใช้ค่ารักษาใน 1 ปี ทั้งหมด 182 ล้านดอลลาร์

3.2 ไม่สามารถทำกิจกรรมทางสังคมได้เหมือนเดิม เช่น ไปทำบุญ ไปเที่ยวต่างจังหวัด การศึกษาของ Emma (2010) พบว่าการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลวทำให้เกิดการสูญเสียทางด้านสังคมและการทำกิจกรรมร่วมกับสังคมและครอบครัว เนื่องจากข้อจำกัดทางด้านร่างกาย

4) คุณภาพชีวิต หมายถึง การมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ มีความรู้สึกพึงพอใจในตนเอง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองอย่างมีความสุขและยังสามารถช่วยเหลือบุคคลอื่นและเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่มีอยู่ในสังคมได้ (Rector, 2005; เกษม วัฒนชัย, 2532; พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2525; ลัดดาวัลย์ สิงห์คาฟู, 2532) จากการที่ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นความเจ็บป่วยที่เรื้อรังที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

พบว่าภาวะหัวใจล้มเหลวทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง โดยสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการ การเกิดอาการกำเริบและการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการรักษาที่ยาวนาน

1.7 การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว

1.7.1 การรักษาที่ไม่ใช่ยา (non-pharmacological therapy)

การรักษาที่ไม่ใช่ยาเป็นการจัดการดูแลตนเอง และเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญสำหรับแผนการรักษาที่ใช้ควบคู่ไปกับการรักษาโดยใช้ยา การรักษาที่ไม่ใช่ยาส่งผลที่สำคัญให้เกิดการติดตามอาการแสดงของตนเอง ส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น เกิดความผาสุก และการพยากรณ์โรคดีขึ้นทำให้อัตราการตายลดลง ส่งผลให้อัตราการรอดชีวิตยาวนานขึ้น (Crosbie, Coppinger & Waywell, 2009; Dickstein et al., 2008) มีดังนี้

1.7.1.1 การจำกัดโซเดียม (Sodium restriction) การจำกัดโซเดียมเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเพื่อป้องกันการคั่งของน้ำ สำหรับผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวทั่วไปควรบริโภคโซเดียมไม่เกิน 2-3 กรัมต่อวัน สมาคมโรคหัวใจสหรัฐอเมริกาแนะนำว่าในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการสามารถบริโภคโซเดียม 3-4 กรัมต่อวัน และน้อยกว่า 2 กรัมในผู้ป่วยที่มีการรุนแรง การจำกัดโซเดียมเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งในโปรแกรมการจัดการโรคหัวใจล้มเหลว ซึ่งมีผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวจำนวนเป็นล้านๆคนในทุกๆวันที่ประกอบอาหารโดยมีส่วนประกอบของโซเดียมต่ำ (Low-sodium diet) จึงเป็นการรักษาที่ไม่ใช่ยาที่พบทั่วไปในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

1.7.1.2 การจำกัดปริมาณน้ำดื่ม ส่วนหนึ่งที่สำคัญของการรักษาที่ไม่ใช่ยา สำหรับผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว คือการจำกัดน้ำ การจำกัดน้ำช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น การทำหน้าที่ของหัวใจและความสามารถในการมีกิจกรรมดีขึ้นและลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการปานกลางถึงรุนแรง จำเป็นต้องจำกัดน้ำดื่มไม่ควรเกินวันละ 1,500 มิลลิลิตรต่อวันหรือให้น้ำได้เพียง 1,000 มิลลิลิตรต่อวัน

1.7.1.3 การชั่งน้ำหนัก ผู้ป่วยควรชั่งน้ำหนักทุกวันเป็นประจำในทุกเช้า ก่อนรับประทานอาหารเช้าและหลังจากปัสสาวะแล้ว ควรสวมเสื้อผ้าที่ใกล้เคียงกัน ไม่สวมรองเท้าและควรชั่งด้วยเครื่องชั่งเครื่องเดียวกันตลอด ถ้าน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 3 ปอนด์ (1.3 กก.) หรือมากกว่าใน 1 วัน หรือรวมแล้วเพิ่มขึ้น 5 ปอนด์(2.3 กก.) หรือมากกว่าใน 1 สัปดาห์ หรือน้ำหนักลดมากกว่า 1.5 กก. ในเวลา 3 วันขึ้นไปต้องไปพบแพทย์

1.7.1.4 การงดการดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเล็ดคั่งควรงดการดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากกวดการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจทำให้ความสามารถในการหดตัวของหัวใจลดลง

1.7.1.5 การเลิกสูบบุหรี่ ผู้ป่วยควรเลิกสูบบุหรี่เนื่องจากการสูบบุหรี่มีผลต่อการไหลเวียนโลหิต โดยกระตุ้นให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นเพิ่มความดันในระบบหลอดเลือดและความดันในหลอดเลือด

เลือดปอดสูงขึ้นเล็กน้อย มีแรงต้านทานที่เส้นเลือดส่วนปลายหัวใจห้องล่างซ้ายและที่ปอด ทำให้ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลง

1.7.1.6 คาเฟอีน (Caffeine) ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวควรที่จะจำกัดการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เนื่องจากคาเฟอีนจะกระตุ้นให้หัวใจเกิดความเครียด

1.7.2 การรักษาที่ใช้ยา (pharmacological therapy)

1.7.2.1 ยากลุ่มขับปัสสาวะ (diuretic drug) ใช้ในภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีการคั่งของน้ำและเกลือแร่หรือมีอาการบวม มักใช้ในระยะเวลาแรกๆ ของภาวะหัวใจล้มเหลวโดยเฉียบพลัน โดยการให้ยาขับปัสสาวะและการจำกัดน้ำดื่ม ถ้ามีการทำงานของไตดีและมีการคั่งของน้ำที่ปอดไม่มากจะพิจารณาให้ยากลุ่มไทอะไซด์ (Thiazide) แต่ถ้ามีการทำงานของไตไม่ดี โดยเฉพาะมีค่าการกรองของไตน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อนาที หรือมีอาการรุนแรงมากอาจพิจารณาให้ยาขับปัสสาวะ (Furozamide) ซึ่งออกฤทธิ์ที่ท่อไต (Loop of Hale)

1.7.2.2 ยากลุ่มดิจิทาลิส โกลโคไซด์ (Digitalis glycoside) ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งเอนไซม์โซเดียม โปแทสเซียม เอทีพีเอส (Na⁺/K⁺ ATPase) ทำให้โซเดียมเข้าเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น ซึ่งจะเพิ่มความสามารถในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้เลือดที่ถูกบีบออกจากกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มมากขึ้น (Dewald et al, 2000; Murray et al., 2001)

1.7.2.3 ยากลุ่มยับยั้งการเปลี่ยนเอนไซม์แองจิโอเทนซิน ACE-I (Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors) ใช้ในภาวะหัวใจล้มเหลว ยากลุ่มนี้จะออกฤทธิ์ลดแรงต้านของหัวใจโดยการขยายหลอดเลือดจัดเป็นทางเลือกอันดับแรกที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ การบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายลดลง (Brown & Vaughan, 1998)

1.7.2.4 ยากลุ่มที่ต้านตัวรับแองจิโอเทนซินทู (Angiotensin II Receptor Antagonists [ARB]) ยาออกฤทธิ์ลดแรงต้านของหัวใจโดยการขยายหลอดเลือด ใช้ในกรณีที่มีผลข้างเคียงของยากลุ่ม ACE-I ทำให้ไม่สามารถใช้ยา ACE-I ไม่ได้หรืออาจใช้ร่วมกับยา ACE-I ได้โดยพิจารณาใน ผู้ป่วยแต่ละราย (Michale & Parnell, 1998)

1.7.2.5 ยากลุ่มต้านเบต้า (Beta blocker) ออกฤทธิ์ในการต้านตัวรับอะดีเนอร์จิก (Beta-adrenergic) ลดการหลั่งอะดรีนาลิน (Adrenaline) ทำให้ลดอัตราการเต้นของหัวใจทำให้เพิ่มระยะเวลาของการไหลเวียนของเลือดจากหัวใจห้องบนสู่ห้องล่างให้นานขึ้น ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจจึงมากขึ้น ยากลุ่มนี้สามารถลดอัตราการนอนโรงพยาบาลและอัตราการเสียชีวิตได้ (Michale & Parnell, 1998)

1.7.2.6 ยากลุ่ม hydralazine ร่วมกับยา nitrate ใช้ในกรณีที่ไม่สามารถใช้ ACE-I หรือ ARB ได้ อันเนื่องจากไตวาย (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2552)

2. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

พฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นปัจจัยสำคัญลำดับต้นๆ ที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพของบุคคล โรคหลายโรคมียสาเหตุมาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมของบุคคล เช่น อาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง (Cholesterol) เป็นสาเหตุของการเกิดโรคหัวใจโคโรนารี (coronary heart disease) นอกจากนี้ยังพบปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างที่ไม่ใช่พฤติกรรมโดยตรงแต่เป็นผลมาจากพฤติกรรม เช่น ภาวะอ้วน (Obesity) เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวาน ซึ่งการบริโภคอาหารที่มีแคลอรีสูงและขาดการออกกำลังกายจะเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะอ้วน เราเรียกการบริโภคอาหารที่มีแคลอรีสูงกับการขาดการออกกำลังกายนี้ว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงทางอ้อมของโรคเบาหวาน ดังนั้นการใส่ใจในการบริโภคอาหารจึงมีความสำคัญอย่างมาก (วิชา เพ็ญศรีสิริกุล, 2555)

พฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด ความรู้สึก เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายในจิตใจและภายนอก อาจทำไปโดยรู้ตัว ไม่รู้ตัว อาจเป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และไม่พึงประสงค์ ผู้อื่นอาจสังเกตการกระทำนั้นได้และสามารถใช้เครื่องมือทดสอบได้ (ราชบัณฑิตยสถาน , 2546 อ้างถึงใน ธีระพล ชัยสงคราม, 2552)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การปฏิบัติที่เคยชินจนเป็นนิสัยในการรับประทาน อาหาร ซึ่งครอบคลุมถึงประเภทอาหาร ชนิดของอาหารที่รับประทาน วิธีการรับประทาน ความถี่ในการรับประทานอาหาร และอุปกรณ์ที่ต้องใช้ รวมทั้งสุขนิสัยในการรับประทานอาหารด้วย (องค์การอนามัยโลก WHO อ้างถึงใน จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์, 2554)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (Food behavior) หมายถึง สิ่งที่บุคคลกระทำ หรือปฏิบัติ ในการเลือกสรรหาอาหารมาบริโภค และการนำอาหารไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย รวมถึงการเลือกชนิดอาหาร การเตรียม การปรุง ตลอดจนการบริโภคอาหาร หรือหมายถึง การแสดงออกของบุคคลที่สังเกตได้ หรือไม่ได้ก็ตาม ทั้งการพูด ความรู้สึกนึกคิด การตัดสินใจเลือก กิริยาการแสดงออก และการกระทำในการบริโภคอาหาร (นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2548)

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกที่กระทำอยู่เป็นประจำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ซึ่งแสดงออกทางด้าน การเลือก การเตรียม การบริโภค การรับประทานอาหารหรือการไม่รับประทานอาหารตามความชอบหรือความเคยชินเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง ซึ่งถ้าบุคคลนั้นปฏิบัติได้เหมาะสมกับความต้องการทางสุขภาพและเหมาะสมกับโรค ก็จะส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีและในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลมีการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเหมาะสมกับสุขภาพหรือโรคที่เป็นอยู่ก็จะส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา (อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์, 2550)

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร หมายถึง การกระทำของบุคคลที่แสดงออกหรือปฏิบัติเป็นประจำ หากมีการปฏิบัติตนในการเลือกรับประทานอาหารที่ดี มีประโยชน์แล้ว โดยการคำนึงถึง

ประโยชน์และความสมดุลของอาหารที่เลือกรับประทาน คำนึงถึงสัดส่วนปริมาณการรับประทานอาหาร รวมถึงการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีความเสี่ยงก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การเลือกรับประทานอาหารไขมันต่ำ การหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารตามความเคยชินโดยเฉพาะการปรุงรส การเลือกรับประทานผักสดและผลไม้ เป็นต้น (ปารีชาติ คงเสื่อ, 2556)

จากความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่า พฤติกรรมบริโภคอาหาร หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกที่กระทำอยู่เป็นประจำของบุคคลเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร รวมถึงการกระทำของบุคคลที่แสดงออกหรือปฏิบัติเป็นประจำ เช่น การเลือกรับประทานอาหาร การปรุงรส การจัดเตรียมอาหาร ตามลักษณะนิสัย ความเคยชิน โดยการกระทำนั้นเป็นการกระทำที่บุคคลกระทำด้วยความเต็มใจ กระทำโดยไม่ขัดกับความรู้สึกนึกคิด ซึ่งหากบุคคลนั้นมีการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดี มีประโยชน์แล้ว จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่ดี แต่หากบุคคลเลือกรับประทานอาหารตามใจตนเอง โดยไม่ได้คำนึงถึงประโยชน์ หรือผลเสียที่อาจตามมาในระยะยาว

2.1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

พฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นผลมาจากความเกี่ยวเนื่องของพฤติกรรมหลายอย่าง เช่น การเลือกอาหาร การเตรียมอาหาร การสั่งอาหาร การรับประทานอาหาร คนส่วนใหญ่จะมีข้อมูลเกี่ยวกับชนิดอาหาร สถานที่ซื้อหรือที่รับประทาน รวมถึงการรับประทานอาหารกับใคร พฤติกรรมเหล่านี้ล้วนมีความซับซ้อนและสัมพันธ์กัน พฤติกรรมเหล่านี้ไม่เพียงแต่มีความซับซ้อนแต่เป็นผลมาจากปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรม ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่ภาวะหัวใจล้มเหลวจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า

1. ด้านผู้ป่วยเอง โดยการศึกษาของ Bentley และคณะ (2005) พบปัจจัยหลัก 3 อย่างที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม คือ การขาดความรู้ มีอุปสรรคในการดำรงชีวิตในสังคม และมีอาหารให้เลือกน้อย พบมีผู้ป่วยเพียง 1 ใน 5 เท่านั้นที่ควบคุมการรับประทานอาหารเค็มน้อยและปริมาณโซเดียมในอาหารน้อย ที่เหลือส่วนใหญ่แม้จะรู้ว่าต้องจำกัดปริมาณการรับประทานเกลือและอาหารเค็มแต่ก็ควบคุมลำบากเนื่องจากไม่ได้เป็นผู้ปรุงอาหารเองและต้องรับประทานอาหารที่ปรุงแบบเดียวกันกับคนอื่นๆในครอบครัว (จอม สุวรรณโณ, 2551) รวมถึงการที่ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามให้สอดคล้องตามแผนการรักษา เช่น การไม่ควบคุมการรับประทานอาหารรสเค็ม (ณรชา เรื่องวิสัย, 2552) รวมถึงประสบการณ์และระดับความรุนแรงของโรคที่ไม่เท่ากัน อาจทำให้ขาดความสนใจในการลดปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดอาการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลว นั่นคือ การบริโภคอาหารไขมันสูงและมีรสเค็ม

2. ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม วิธีชีวิตของคนในปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นสังคมอุตสาหกรรม ทำให้พฤติกรรมการบริโภคเปลี่ยนไปด้วยความเร่งรีบในการประกอบอาชีพ ประชาชนส่วนหนึ่งนิยมการรับประทานอาหารจานเดียว รับประทานอาหารนอกบ้านหรือซื้อจากร้านค้า ทำให้

ไม่สามารถควบคุมการปรุงอาหารได้ทั้งในเรื่องน้ำมันและการปรุงรส นอกจากนี้ยังพบว่าวัฒนธรรมการบริโภคอาหารของประชากรที่พบว่า ส่วนใหญ่มักใส่เครื่องปรุงรสเพื่อให้รสชาติอาหารดีขึ้น เช่น เกลือ น้ำปลา น้ำปลาร้า เป็นต้น (นรลักษณ์ เอื้อกิจ และพัชรวรรณ ศรีคง, 2556)

3. ด้านระบบบริการและทีมสุขภาพ สืบเนื่องมาจากความรีบเร่งในการรับบริการจนเป็นเหตุให้การได้รับข้อมูลไม่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการไม่ส่งผู้ป่วยปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจระหว่างเข้ารับการรักษา (รพีพันธ์ สุ่มหิรัญ, 2552) นอกเหนือจากนั้นยังรวมถึงการที่ผู้ป่วยไม่สามารถนำแผนการรักษาและแนวทางการปฏิบัติตัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการบริโภคอาหารไปปรับสู่การดำรงชีวิตประจำวันได้ นั่นคือ มีการจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสมในเรื่องการรับประทานอาหารลดเค็ม โดยไม่ทราบว่าต้องใช้เกลือในการปรุงรสปริมาณเท่าไรจึงจะเหมาะสม (พวงเพชร สมทรัพย์สิน, 2555)

นอกจากปัจจัยที่กล่าวข้างต้นการศึกษาของวสุนตรี เสรีสุชาติ (2543) พบว่ายังมีการศึกษาในรูปแบบอื่นที่สามารถนำมาอธิบายถึงการเกิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้อีก นั่นคือ

1. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ

1.1. ภาวะเศรษฐกิจ รายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งซึ่งเป็นตัวกำหนดการตัดสินใจในการเลือกซื้อ หรือไม่ซื้ออาหารชนิดต่างๆ และอำนาจการซื้อมีผลต่อการมีอาหาร แต่อยู่ภายใต้อิทธิพลของการโฆษณา

1.2 เวลา ปัจจัยเรื่องเวลาเป็นปัจจัยแวดล้อมที่สำคัญโดยพบว่าสภาพการจราจรติดขัดในกรุงเทพมหานคร ทำให้คนมีพฤติกรรมภารกิจที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม และความสะดวกมีบทบาทในการกำหนดโดยตรงต่อการรับประทานอาหารเช้ารูป และการรับประทานอาหารนอกบ้าน

1.3 สื่อมวลชน สิ่งตีพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ หรืออื่นๆ ล้วนมีส่วนทำให้ทัศนคติของคนที่มีต่ออาหารเปลี่ยนไป เช่น การรณรงค์ให้คนไทยลดการบริโภคน้ำตาล หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้อ้วน การรณรงค์ให้ประชาชนไทยบริโภคผักและผลไม้สดกันมากขึ้น การเตือนภัยจากสารปนเปื้อนในอาหาร ให้เลือกซื้อผักปลอดสารพิษ ซึ่งถือว่ามีผลทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป

1.4 ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ได้แก่ การผลิตและการกระจายอาหารที่ผลิตในท้องถิ่นคนในท้องถิ่นอาจไม่ได้รับประทานก็ได้เพราะผู้ผลิตอาหารนั้นเอาไปขายที่อื่น ซึ่งได้ราคาแพงกว่า

2. ปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี

2.1 ปัจจัยแวดล้อมทางกายภาพ ภาวะแวดล้อมของชุมชน ดินฟ้าอากาศ ความอุดมสมบูรณ์หรือแห้งแล้งของพื้นที่ แหล่งเพาะปลูก และความสะดวกในการคมนาคมติดต่อกับชุมชนอื่น เมื่อในพื้นที่ไม่มีรับประทาน ก็ไม่รับประทาน ทำให้มีนิยมนับประทาน หรือรับประทานไม่เป็น

2.2 ปัจจัยทางวัฒนธรรม วัฒนธรรมในที่นี้หมายถึงวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับอาหาร ซึ่งหมายถึง การที่คนในแต่ละชาติ แต่ละภาษา แต่ละวัฒนธรรมยึดถือว่าอะไรเป็นหรือไม่เป็นอาหารที่

ควรกิน ผู้ที่อยู่ในสังคมที่มีทรัพยากรอาหารจำกัดในธรรมชาติแวดล้อมอาจพบจากประสบการณ์ว่า พืช สัตว์ แม้แต่หนอนและแมลงนั้นกินได้ในขณะที่คนอีกสังคมหนึ่งไม่ถือว่าเป็นอาหาร นอกจากนี้วัฒนธรรมยังมีความหมายไปถึงสถาบันทางสังคมที่เข้ามามีบทบาทในการกำหนดให้บริโภค หรืองดเว้นการบริโภคอาหารบางชนิดด้วย เช่น สถาบันครอบครัว สถาบันศาสนา เป็นต้น

2.3 ปัจจัยแวดล้อมทางสังคมและปัจจัยทางสังคมเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม การบริโภคนั้นเป็นกฎเกณฑ์ที่ไม่ปรากฏเป็นกฎหมายบังคับแต่รับรู้ได้ด้วยขนบธรรมเนียมประเพณีในสังคมย่อยๆ แต่ละสังคมซึ่งอาจจะมีอาหารประจำสังคมหรือประจำชาติของตน แต่มีได้หมายความว่าทุกคนในสังคมจะมีโอกาสหรือมีสิทธิ์ที่จะบริโภคอาหารที่มีอยู่ในสังคมของตนได้เสมอกันหมด เพราะว่าแต่ละสังคมมักกำหนดสถานภาพของแต่ละบุคคลไว้ต่างกันตามเพศ วัย ฐานะ ศักดิ์ศรี และความสำคัญของแต่ละบุคคล เมื่อสังคมกำหนดสภาพตามประเภทของบุคคลต่างๆ ไว้เช่นนี้ มักมีกฎเกณฑ์เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่สอดคล้องกันไว้ด้วย

2.4 กลุ่มเพื่อนซึ่งมีอิทธิพลต่อเด็กมากและยังมีอิทธิพลต่อผู้ใหญ่ด้วย เช่น เพื่อน นักกีฬาหรือดาราที่ชื่นชอบ นิยมรับประทานอาหารประเภทใดก็พยายามเลียนแบบ

2.5 ครอบครัวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมบริโภคมากเพราะครอบครัวมีความสำคัญในการถ่ายทอดสิ่งต่างๆ รวมทั้งการปฏิบัติในการรับประทานอาหาร โดยแต่ละครอบครัวจะถ่ายทอดหรือให้ความรู้ในลักษณะที่ต่างกัน แม้ว่าจะอยู่ในสังคมขนบธรรมเนียมและวัฒนธรรมเดียวกันก็ตาม การถ่ายทอดเป็นสิ่งสำคัญเพราะจะได้รับทั้งความมีเหตุมีผล และการแสดงออกซึ่งอารมณ์ ทำให้เกิดการเรียนรู้สิ่งต่างๆ รวมทั้งทัศนคติในการยอมรับ หรือปฏิเสธและความชอบหรือไม่ชอบอาหารนั้น

2.6 ปัจจัยด้านจิตวิทยา คนไทยรับประทานข้าวที่ขาวสะอาด ซึ่งห่างจากข้าวสารที่ขัดสีจนขาว ทั้งที่ความรู้ทางด้านโภชนาการนั้นกล่าวว่า ข้าวขาวนั้นมี คุณค่าของอาหารไม่เท่ากับข้าวซ้อมมือ ซึ่งมีวิตามิน มีประโยชน์ต่อร่างกาย แต่ทั้งที่รู้ก็ยังไม่ยอมข้าวขาว เนื่องจากถือว่า ข้าวแดงนั้นเป็นข้าวของคนคูก

2.7 อิทธิพลของการศึกษา ผู้ที่มีการศึกษาก็จะมีความรู้ในเรื่องอาหารโดยรู้ว่าสิ่งใดมีประโยชน์หรือไม่ประโยชน์ โดยเฉพาะการศึกษาของแม่บ้านจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคของครอบครัวมากเพราะแม่บ้านเป็นผู้ที่รับผิดชอบอาหารภายในบ้านทั้งหมด

3. ปัจจัยตัวบุคคล

3.1 สุขภาพร่างกาย โดยปกติพฤติกรรมการบริโภคที่ดีและสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงมักไปด้วยกัน ในบางชุมชนมีผลการศึกษาในเรื่องพฤติกรรมการบริโภคที่ดีแต่กลับมีปัญหาด้านสุขภาพอนามัย เช่น มีภาวะโลหิตจาง จึงจำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยอื่นๆประกอบด้วย เช่น การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมเป็นอย่างไรมีการติดเชื่อโรคพยาธิหรือไม่หรือความผิดปกติของการย่อยอาหารและการดูดซึมอาหารภายใน

ร่างกายผิดปกติหรือความผิดปกติของฮอร์โมน สิ่งเหล่านี้จะทำให้ความต้องการอาหารและอัตราการใช้สารอาหารในร่างกายผิดปกติไปด้วย

3.2 ความสามารถในการรับรสสัมผัส ความรู้สึกเกี่ยวกับรสชาติของอาหาร เช่น เปรี้ยวหวาน เค็ม และขม จะกระตุ้นปุ่มสัมผัสของลิ้นซึ่งแต่ละบุคคลจะต่างกัน นอกจากนั้นยังขึ้นอยู่กับอายุอีกด้วย กล่าวคือเด็กจะมีปุ่มสัมผัสประมาณ 9,000 และน้อยลงตามอายุที่มากขึ้น ซึ่งจะคงเหลือประมาณ 3,000 เพราะฉะนั้นเด็กจะมีการรับรสได้ไวกว่าผู้ใหญ่ ด้วยเหตุนี้ความนิยมอาหารของเด็กและผู้ใหญ่จึงต่างกัน

3.3 รสชาติและความชอบ มีความแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล และสังคม เช่น ในบางเผ่าของอินเดียจะห้ามกินงูเห่า เสือเพราะเป็นสัตว์ดุร้ายหรือลิงเพราะมีความเชื่อว่าเป็นต้นกำเนิดของมนุษย์บางเผ่าห้ามกินสัตว์ที่ตายไม่รู้สาเหตุเป็นความฉลาดที่ว่าสัตว์อาจมีเชื้อโรคมารูคน ความหลากหลายของรสชาติและความชอบที่มีอยู่ในสังคมต่างๆ ไม่มีสังคมใดที่ยอมรับอาหารที่ได้รับการวิเคราะหว่าป็นอาหารดีมีคุณค่าในสภาพแวดล้อมและความชอบอาหารดังกล่าวว่ามีคุณค่ามากที่สุดแม้แต่การเพาะปลูกพืชที่มีความสัมพันธ์เล็กน้อยระหว่างคุณค่าทางโภชนาการและปริมาณที่บริโภค

3.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์และจิตใจ จิตใจมีอิทธิพลต่อการกินอาหารทำให้มีผลต่อพฤติกรรมการกินอาหารทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น ความอยากกินจะเกี่ยวข้องกับอาหารที่ได้เคยรู้รสชาติมาก่อนและส่วนมากจะเป็นอาหารที่มีรสชาติถูกปากเมื่อได้เห็นอาหารนั้นอีกถึงแม้จะอิ่มแล้วก็ยังสามารถกินได้อีก เป็นต้น

เนื่องจากโปรแกรมงานวิจัยเป็นการให้ความรู้ และการฝึกทักษะการจัดการตนเองรายบุคคล และจากการทบทวนกรรมถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยจึงมีการจับคู่ (Matched Pairs) ด้านปัจจัยส่วนบุคคลในเรื่อง อายุ (ลดาวัลย์ ฤทธิกล้า, 2555) ระดับการศึกษา (Eva, 2010) และระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว (NYHA, 2009) ให้มีความเหมือนหรือใกล้เคียงกันมากที่สุดเพื่อเป็นการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

2.2 การประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

การประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารสามารถทำได้หลายวิธี (กัลยา กาลสัมฤทธิ์, 2553) โดยมีรูปแบบการประเมินดังนี้

1. การซักถามเกี่ยวกับอาหารที่รับประทานในเวลา 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา (24 hours dietary recall) คือ การสัมภาษณ์ถึงอาหารที่บริโภคในช่วงเวลา 24 ชั่วโมง ซึ่งเป็นการวัดในเชิงปริมาณ บางครั้งต้องใช้อุปกรณ์ในการคาดคะเนปริมาณอาหาร และมีอาหารจริง อาหารจำลอง หรือรูปภาพประกอบการประเมิน ซึ่งเป็นวิธีที่การประเมินที่ราคาถูกและง่ายต่อการเก็บข้อมูล

2. การบันทึกรายการอาหารที่รับประทานในเวลา 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา (24 hours dietary record) เป็นวิธีที่ใช้กันแพร่หลายในการศึกษาเกี่ยวกับภาวะโภชนาการและเป็นวิธีการที่ให้ข้อมูลที่

ถูกต้องที่สุดวิธีนี้จะให้ผู้ป่วยบันทึกรายการอาหารที่รับประทานในช่วงเวลา 24 ชั่วโมงโดยบันทึกเป็นเวลา 3-7 วัน ซึ่งต้องอาศัยความเข้าใจและความร่วมมือจากผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่

3. แบบสอบถามความถี่ของอาหารที่บริโภค (Food frequency questionnaires; FFQ) เป็นการบันทึกความถี่ของการบริโภคอาหารชนิดต่างๆ ในหน่วยเวลาที่กำหนด อาจเป็นชนิดที่ใช้ประเมินโดยการสัมภาษณ์หรือให้ผู้ถูกประเมินตอบแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือ รายการอาหารชนิดต่าง ๆ และความถี่ในการรับประทานอาหารแต่ละชนิด จำนวน ความถี่ต้องมีความต่อเนื่องกัน เช่น จำนวนครั้งต่อวัน จำนวนครั้งต่อสัปดาห์ จำนวนครั้งต่อเดือน รูปแบบคำถามอาจจะเพิ่มเติมคำถามที่เกี่ยวกับขนาดและปริมาณของอาหารที่รับประทานเข้าไปด้วยแบบสอบถามชนิดนี้เรียกว่า “semi-quantitative food frequency questionnaires:SFFQ” สามารถใช้ศึกษาแบบแผนการบริโภคในกลุ่มประชากรได้ และเป็นวิธีการที่เสียค่าใช้จ่ายน้อย สะดวกกว่าวิธีอื่น แต่มีข้อจำกัดคือ ไม่สามารถประเมินรายละเอียดของอาหารที่บริโภคได้ทั้งนี้การประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุจะนิยมใช้แบบสัมภาษณ์เป็นส่วนใหญ่เนื่องจากไม่มีความยุ่งยากประหยัดเวลาในการตอบ ไม่รบกวนผู้สูงอายุมากเกินไป อีกทั้งสามารถอ่านให้ฟังแล้วให้ผู้สูงอายุตอบได้

แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จากการทบทวนวรรณกรรมพบแบบประเมินดังนี้

1. แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ของ จริญญา คมเฉียบ (2556) ซึ่งเป็นเครื่องมือเพื่อประเมินพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจากแบบสอบถาม The Low Sodium Eating Behaviors Scale ที่พัฒนาจากแนวคิด Common Sense Model of illness Representation framework จำนวน 17 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือระดับน้อยที่สุดถึงระดับมากที่สุด ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.96

2. แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารสำหรับประชาชนทั่วไป ของ สุวรรณา เชียงขุนทด (2556) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ ลักษณะของแบบประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า มี 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.79

3. แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารของ อรุณลดา นางแย้ม (2550) ซึ่งสร้างตามแนวคิดของ Becker (1974) มีข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นชนิดมาตรา

สวณประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) ตามความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.82

4. The Dutch eating behavior Questionnaire ของ Antonios และคณะ (2013) เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินการตั้งเป้าหมายในการรับประทานอาหารของประชาชนทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามที่ประเมินพฤติกรรมส่วนบุคคล มีทั้งหมด 33 ข้อ ค่าความเชื่อมั่น 0.77

5. แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ของ ปารีชาติ คงเสื่อ (2557) ซึ่งใช้เครื่องมือ Thai version of Heart Healthy Eating ของ Maegaret (2003) แปลเป็นภาษาไทยโดย ปชานันท์ ตันติโกสมุและคณะ (2553) โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ทุกข้อเป็นข้อคำถามเชิงบวก การแปลผลคะแนนใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยรับประทานอาหารประเภทนี้เลย ปฏิบัติเดือนละครั้ง มีการปฏิบัติเดือนละ 2-3 ครั้ง มีการปฏิบัติสัปดาห์ละ 4-5 ครั้ง และ มีการปฏิบัติทุกวัน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .70

ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยพิจารณาใช้แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารจากแบบ ประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารของ ปารีชาติ คงเสื่อ (2557) เนื่องจากในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย ศึกษากลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหัวใจและ หลอดเลือดทำให้อยู่ในบริบทใกล้เคียงกันมากที่สุด นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างต้องเป็นบุคคลทั้งเพศชายและ หญิงอายุระหว่าง 18-59 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างน้อย 6 เดือน

3. แนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเอง

การจัดการตนเองมีแนวคิดพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ประกอบด้วยทฤษฎีย่อยที่มีความสัมพันธ์กัน คือ กระบวนการของจิตวิทยา-สรีระวิทยา (Psychophysiology) จิตวิทยาการรู้คิด(Cognitive psychology) และพฤติกรรมทางจิตวิทยา (Behavior psychology) รูปแบบของทฤษฎีนี้มีความหมายเกี่ยวข้องกับกระบวนการรู้คิด แรงจูงใจ สรีระวิทยาและพฤติกรรมเพื่อการดำรงไว้ซึ่งบทบาทหน้าที่ของบุคคล (Karoly & Kanfer, 1982)

3.1 ความหมายของแนวคิดการจัดการตนเอง การจัดการตนเอง (Self- management) เป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ ทางสังคม (Social cognitive theory) เป็นแนวคิดที่ได้รับการพัฒนาในหลายวิชาชีพ เช่น สาขากการแพทย์ การพยาบาล

กายภาพบำบัด จิตวิทยาสุขภาพ และสุขศึกษา โดยการจัดการตนเอง เป็นส่วนหนึ่งของการดูแล ซึ่งมีผู้ที่ให้ความหมายของการจัดการตนเองไว้ 3 อย่าง ได้แก่ 1) การกระทำ (Activity) หรือพฤติกรรม 2) ความสามารถหรือสมรรถนะ (Competency) และ 3) กระบวนการ (Process) วิธีการกลยุทธ์ ดังนี้

3.1.1 ความหมายการจัดการตนเองเป็นพฤติกรรม ได้แก่

Clark et al. (1991) ให้ความหมาย การจัดการตนเองว่า เป็นการกระทำ ในแต่ละวันด้วยตนเองเพื่อควบคุมหรือลดผลกระทบของโรคที่มีต่อภาวะสุขภาพด้านร่างกาย โดยการจัดการตนเองต้องปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน และมีทีมสุขภาพเป็นผู้ให้คำแนะนำและชี้แนะกลยุทธ์ในการจัดการตนเอง

Schilling et al. (2002) ให้ความหมาย การจัดการตนเองว่า เป็นการกระทำที่เกิดขึ้นตลอดเวลาเป็นพลวัตร มีการปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน โดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมรับผิดชอบ และ ตัดสินใจให้เกิดความสำเร็จในการควบคุมโรค

Song & Lipman (2008) ให้ความหมายการจัดการตนเองว่า เป็นการกระทำหรือพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับการเจ็บป่วย และการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วย

3.1.2 ความหมายการจัดการตนเอง เป็นความสามารถของบุคคล ได้แก่

Barlow et al. (2002) การจัดการตนเอง เป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานมาจาก ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social cognitive theory) ซึ่งมีผู้ที่ให้ความหมายของการจัดการตนเอง ดังนี้ การจัดการตนเองเป็นความสามารถของบุคคลในการจัดการกับอาการ การรักษาที่เกิดผลกับร่างกายและจิตสังคมและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตเพื่อให้สอดคล้องกับโรคเรื้อรัง

Newman et al. (2004) การจัดการตนเอง เป็นความสามารถของบุคคล ในการจัดการกับอาการ การรักษาร่างกาย และผลทางจิตสังคมที่เกิดตามมารวมถึงการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

Curtin & Mapes (2005) การจัดการตนเอง เป็นความสามารถของผู้ป่วย ในการมีส่วนร่วมจัดการกับภาวะสุขภาพ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดทางด้านสุขภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ควบคุมอาการไม่ให้อาการกำเริบ โดยร่วมมือกับทีมสุขภาพเพื่อลดความรุนแรงของโรค และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข ในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

3.1.3 ความหมายการจัดการตนเองเป็นกระบวนการ วิธีการหรือกลยุทธ์ ได้แก่

Coates & Boore (1995) ให้ความหมายการจัดการตนเองว่า เป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมใหม่ โดยเกิดจากกระบวนการเรียนรู้ของผู้ป่วยเองเมื่อผู้ป่วยประเมิน และตัดสินใจแล้วว่าพฤติกรรมนั้นมีประโยชน์ ก็จะส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

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

Methakanjanasak (2005) ให้ความหมาย การจัดการตนเอง ว่าการจัดการตนเองประกอบด้วยภารกิจ 4 รูปแบบ คือ 1) การเสาะแสวงหาความรู้เพื่อจัดการตนเอง 2) การเฝ้าระวังตนเองเพื่อมิให้มีอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆจากโรคและการรักษา 3) การพัฒนาทักษะที่เฉพาะเจาะจงเพื่อการควบคุมการดำเนินโรคและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น 4) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสภาวะการเปลี่ยนแปลงของโรคและการรักษา

Rigel, Carson, & Glaser (2000) ให้ความหมาย การจัดการตนเอง ว่าเป็นกระบวนการภายใต้กระบวนการเรียนรู้ การตัดสินใจ เกี่ยวกับการจัดการความเจ็บป่วยเพื่อคงไว้ ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงในอาการและอาการแสดงที่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วย 2) การประเมินการเปลี่ยนแปลง 3) การลงมือปฏิบัติ 4) ประเมินประสิทธิผลของการปฏิบัติผู้ป่วยที่จัดการตนเองได้จะต้องเตือนตนเองและรับรู้ได้ในเรื่องของอาการสำคัญต่างๆที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น เลือกรักษาทำ ได้หากผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดี

จะเห็นได้ว่า แนวคิดการจัดการตนเอง เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการจัดการตนเองในสถานการณ์ต่างๆ ได้เหมาะสมตามสภาวะสุขภาพจากการกระทำ ความสามารถ กระบวนการและกลยุทธ์ของบุคคลในการจัดการตนเองเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน และหากทิมสุขภาพเป็นผู้ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง กระตุ้นให้ผู้ป่วยยอมรับและปฏิบัติตามแผนการรักษา จะช่วยพัฒนาความสามารถให้กับผู้ป่วย และเสริมแรงให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการจัดการตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะนำไปสู่ความสามารถในการจัดการตนเอง สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) มาใช้ในงานวิจัยเนื่องจากการจัดการตนเองที่เป็นกระบวนการอย่างเป็นพลวัตร เพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนลักษณะพฤติกรรมในการจัดการควบคุมความเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยตนเอง

3.2 กระบวนการจัดการตนเอง จากแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) ได้เสนอแนวคิดของกระบวนการ ในการจัดการตนเองไว้ 6 ขั้นตอน ดังนี้

1) การเลือกเป้าหมาย (Goal Selection) เป็นการกำหนดพฤติกรรมในอนาคต หรือสิ่งที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้น ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพที่ให้การดูแลควรร่วมกันตั้งเป้าหมาย โดยการปรึกษาหารือและกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเองออกมา การตั้งเป้าหมายร่วมกันจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติให้สำเร็จเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งเป้าหมายที่ตั้งควรเป็นลักษณะ เป้าหมายเชิงพฤติกรรมหรือผลลัพธ์ที่มีความเฉพาะเจาะจงสามารถวัดได้ ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะสามารถตั้งเป้าหมายได้ ผู้ป่วยจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาและทักษะในการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเจ็บป่วย การตั้งเป้าหมายเป็นการกำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการและยังเป็นการเพิ่มข้อผูกมัดแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติตนให้บรรลุเป้าหมาย ได้แก่ การตั้งเป้าหมายในการควบคุมอาหารโดยไม่รับประทานอาหารรสเค็ม ไม่เติมน้ำปลาในอาหารที่ปรุงสำเร็จ ไม่รับประทานอาหารหมักดอง งดหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เป็นต้น

2) การรวบรวมข้อมูล (Information collection) เป็นการเฝ้าระวังและสังเกตอาการของผู้ป่วยด้วยตนเองและบันทึกไว้ สำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวควรเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงสำคัญของภาวะน้ำคั่งในร่างกาย พร้อมกับมีการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึก โดยพื้นฐานแล้วการรวบรวมข้อมูลหรือการเฝ้าระวังตนเอง (Self-monitoring) หรือ การบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง (Self-recording) เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้สามารถบรรลุตามเป้าหมาย แนวทางการเฝ้าระวังตนเองที่จะช่วยให้การจัดการตนเองประสบความสำเร็จ สุดท้ายในการรวบรวมข้อมูลการสังเกตและบันทึกข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญ ได้แก่ อาหารที่บริโภคทุกมื้อ ทุกวัน รวมถึงเฝ้าระวังและสังเกตอาการด้วยตนเองและบันทึกไว้ อาการแสดงของภาวะน้ำคั่งในร่างกาย ได้แก่ น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว อาการบวมกดบุ๋มที่เท้าและหน้าแข้ง โดยฝึกวิธีการประเมินอาการบวมและให้ทดลองปฏิบัติจนสามารถประเมินอาการบวมของตนเองได้

3) การประมวลและประเมินข้อมูล (Information processing and evaluation) เป็นการ รวบรวมข้อมูลที่ได้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง นำข้อมูลที่รวบรวมมาวิเคราะห์ เปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ซึ่งอาจเป็นค่ามาตรฐานสากลหรือค่าเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย โดยผู้ป่วยจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค อาการสำคัญของโรคและวิธีการสังเกตตนเอง โดยผู้ป่วยต้อง สามารถเรียนรู้และประเมินได้ว่าการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นแล้ว ผู้ป่วยต้องเรียนรู้กระบวนการและการประเมินข้อมูลเกี่ยวกับตนเองและโรคที่เป็น โดยผู้ป่วยจะต้องใช้ความรู้ที่ได้จากการเลือกเป้าหมายและการรวบรวมข้อมูล เพื่อประเมินและรับรู้ถึงอาการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่เกิดขึ้นกับตนเองที่ผิดปกติ โดยเฉพาะภาวะน้ำคั่งในร่างกายที่ทำให้เกิดอาการบวมและอาการหายใจลำบากเพื่อให้สามารถแก้ไขอาการเปลี่ยนแปลงนั้นได้ด้วยตนเอง รวมทั้งการวิเคราะห์อาการที่ทำให้

เกิดการเปลี่ยนแปลงและผลที่เกิดตามมาจากการทำงานนั้นเพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการดำเนินในขั้นตอนการตัดสินใจ ได้แก่ น้ำหนักตัว การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัว 1 กก. หมายถึง มีน้ำคั่งในร่างกาย 1 กก. การหยุดพักขณะทำกิจกรรมเมื่อมีอาการเหนื่อยหอบ ซึ่งอาการต่างๆอาจเกิดจากภาวะเกลือและน้ำคั่งในร่างกายจากอาหารที่ผู้ป่วยบริโภค เป็นต้น

4) การตัดสินใจ (Decision making) เป็นขั้นตอนสำคัญของการจัดการตนเอง หลังจากผู้ป่วยรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ และประเมินข้อมูลของตนเองเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ผู้ป่วยต้องสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมโดยอาศัยข้อมูลเป็นพื้นฐาน การตัดสินใจของผู้ป่วยถือเป็นหัวใจของความสำเร็จในการจัดการตนเอง แนวทางในการตัดสินใจมีดังนี้ 1) ในแต่ละครั้งพิจารณาอาการที่กำลังเกิดขึ้นแยกจากกัน 2) กำหนดแนวทางในการดูแลรักษาเพื่อให้ใน ผู้ป่วยได้พิจารณาเป็นทางเลือก 3) ใช้ข้อมูลของผู้ป่วยเป็นพื้นฐานในการเลือกวิธีการจัดการที่เหมาะสมที่สุด 4) กำหนดวิธีการจัดการเป็นขั้นตอนให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของระดับความรุนแรงของโรค 5) หลีกเลี่ยงความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการจัดการกับอาการกำเริบของโรค 6) คำนึงถึงความเป็นไปได้ในการปฏิบัติของผู้ป่วย

5) การลงมือปฏิบัติ (Action) เป็นการใช้ทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมโรคให้เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ สิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง ประกอบด้วยการกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติด้วยตนเอง และการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งการปฏิบัติจะประสบผลสำเร็จต้องให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติด้วยตนเองตามแนวทางที่วางไว้ เช่น การลงมือปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองในการควบคุมภาวะน้ำเกิน ภาวะบวม หรืออาการหายใจลำบาก โดยการปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้จะเป็นการกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอและประสบผลสำเร็จ เป็นต้น

6) การสะท้อนตนเอง (Self-reaction) เป็นการประเมินความสามารถของตนเองว่าสามารถปฏิบัติการจัดการตนเองให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือต้องฝึกทักษะเพิ่มเติม หรือต้องปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งผู้ป่วยเรื้อรังควรทราบถึงข้อจำกัดของการจัดการตนเองในการควบคุมภาวะของโรค ผู้ป่วยควรรู้ว่าตนเองไม่สามารถใช้ทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมทุกๆ พฤติกรรมหรือภาวะของโรคของตนเอง เช่น ประเมินว่าในกระบวนการที่ปฏิบัตินั้นสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ และเป็นกระบวนการเพื่อจัดการปัญหาสุขภาพของตนเองจริงหรือไม่ เป็นต้น ซึ่งหากผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามกิจกรรมตามวิธีการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจะสามารถควบคุมอาการของโรค ลดปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดอาการกำเริบของโรค และลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

สำหรับในต่างประเทศ Dewald และคณะ (2000) ทำการทดสอบโปรแกรมการจัดการเฉพาะโรคในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีความสามารถในการอ่านเขียนต่ำ โปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรค อาการและอาการแสดง การรับประทานยา อาหารลดเค็ม และการสอนที่มุ่งเน้นการ

พัฒนาทักษะในการจัดการตนเองด้านการเฝ้าระวังน้ำหนักตัว อาการ และการปรับขนาดยาขับปัสสาวะมากกว่าการให้ความรู้ทั่วไป จากนั้นติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์ 7 ครั้งตลอด 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยไม่เพิ่มขึ้นหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม แต่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ชั่งน้ำหนักตัวเป็นประจำเพิ่มขึ้น และการนำแนวคิดการจัดการตนเองมาช่วยส่งเสริมการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จะช่วยให้อาการของภาวะหัวใจล้มเหลวไม่กำเริบ ส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตและลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ (Zuily et al., 2010)

ปัจจุบันแนวคิดการจัดการตนเองกำลังได้รับความสนใจในการนำมาใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยกลุ่มนักวิจัยได้สนับสนุนการจัดการตนเองเป็นประเด็นหนึ่งในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic Care Model) ที่เสนอโดย Wagner (1999) โดยเชื่อว่าการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นปัญหาที่ต้องการการปรับเปลี่ยนโดยตัวผู้ที่เจ็บป่วยโดยร่วมมือกับทีมสุขภาพเนื่องจากปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรังมีมากเกือบครึ่งหนึ่งของประชากรโดยเฉพาะในประเทศสหรัฐอเมริกา นอกจากนี้ยังมีการเจ็บป่วยด้วยโรคร่วมหลายโรคซึ่งต้องการการจัดการดูแลไปพร้อมๆ กัน โดยปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่เกิดจากการไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ การขาดการประสานการดูแล ขาดการติดตามผลการดูแล และผู้เจ็บป่วยไม่ได้รับการฝึกในการจัดการกับความเจ็บป่วยอย่างเหมาะสมซึ่งการสนับสนุนการจัดการต้องไปพบแพทย์ ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะเปลี่ยนตนเอง (Self - management support) เป็นการสร้างความตระหนักและความสามารถในการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายของการรักษา เข้าใจถึงอุปสรรคและข้อจำกัดของตนเอง รวมทั้งสามารถประเมินภาวะสุขภาพของตนเองได้ว่าสามารถดูแลจัดการด้วยตนเองหรือพฤติกรรมเพื่อรักษาสุขภาพตนเองได้นั้นจำเป็นต้องมีแรงจูงใจที่จะดูแลตนเอง มีความรู้ ความเข้าใจในโรคของตนเอง มีทักษะในการแก้ปัญหา มีความมั่นใจที่จะดูแลตนเองโดยสามารถบอกถึงปัญหาอุปสรรคของการจัดการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และขอรับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคลากรทีมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

3.3 การจัดการตนเองด้านพฤติกรรมกรบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด หากผู้ป่วยมีการจัดการตนเองไม่เหมาะสม ได้แก่ ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาเรื่องการรับประทานอาหารลดเค็ม การจำกัดน้ำดื่ม ไม่มาพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ รวมทั้งไม่มาตรวจตามนัด (จอมสุวรรณ์ โณ (2551) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถปฏิบัติการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมภาวะเจ็บป่วยได้ จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีเพียงการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ว่าเป็นการกระทำของผู้ป่วยเมื่อมีการเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพให้บรรเทา

จากการเจ็บป่วย หรือให้มีอาการที่ตีขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญและเหมาะสมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวประกอบด้วยพฤติกรรมใน 10 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การไม่ใช้สารให้โทษการรับประทานยา การพักผ่อน การดูแลสุขภาพจิต การออกกำลังกาย การขับถ่าย การป้องกันการติดเชื้อ การสังเกตอาการผิดปกติและการมาตรวจตาม (ปนัดดา สุวรรณ, 2551; พวงเพชร สมทรัพย์สิน, 2555) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งพบว่าเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยต้องได้รับการรับประทานอาหารอย่างเพียงพอและเรียนรู้อาหารที่เหมาะสมสำหรับการรับประทานโดยไม่เกิดโทษแก่ร่างกาย ควรงดหรือรับประทานอาหารชนิดใดมากน้อยเพียงใด โดยหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันหรือโคเรสเตอรอลสูง เช่น เครื่องในสัตว์ ไข่แดง หมูสามชั้น เป็นต้น ควรเน้นการรับประทานอาหารที่มีกากใยมากเพื่อช่วยลดการดูดซึมไขมันและป้องกันท้องผูก บริโภคเกลือน้อยกว่า 2 กรัมต่อวัน ร่วมกับการไม่เติมเกลือ น้ำปลาหรือซีอิ๊ว ในอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารกระป๋อง อาหารจานด่วน อาหารสำเร็จรูป ควรอ่านฉลากแสดงส่วนประกอบทางโภชนาการเพื่อดูปริมาณส่วนผสมของเกลือหรือโซเดียมคลอไรด์ในอาหารนั้นๆ (รังสฤษดิ์ กาญจนะวณิชย์, 2547) รวมทั้งการควบคุมภาวะโภชนาการโดยผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน ควรลดน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติเพราะภาวะอ้วนทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้นและมีขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงเพิ่มขึ้น จากรายงานการศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่สามารถลดน้ำหนักลงได้ พบว่ามีระดับความรุนแรงของอาการหัวใจล้มเหลวตีขึ้นถึงร้อยละ 90 หัวใจห้องล่างทำหน้าที่ในการบีบตัวและคลายตัวตีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Colonna et al., 2003)

4. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จากการศึกษาหาวิธีที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพตนเองหลายงานวิจัย ซึ่งผลการวิจัยพบว่าวิธีการเหล่านั้นพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทที่สำคัญยิ่งในการผลักดันให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการซึ่งก็คือ การลดปัจจัยเสี่ยงและปรับพฤติกรรมต่างๆ ที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ หรือรุนแรงมากขึ้น และเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีเป้าหมายที่สำคัญ คือ การเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยได้และควบคุมอาการได้อย่างเหมาะสม (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555) โดยบทบาทเหล่านั้น ได้แก่

1. ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจในการบีบเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อและอวัยวะต่างๆ ได้ดีขึ้น ทำให้ลดการคั่งของน้ำในร่างกาย โดยให้การพยาบาลดังนี้

1.1 จัดทำผู้ป่วยให้พักผ่อนบนเตียงอย่างสมบูรณ์ (Absolute bed rest) หรือจัดทำ นิ่งกึ่งนอนโดยให้ศีรษะสูง 30-90 องศา เพื่อช่วยลดปริมาตรเลือดที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจและช่วยให้ ปอดขยายตัวดีขึ้น

1.2 ตรวจวัดสัญญาณชีพเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลง โดยการวัดอัตราการเต้นของ หัวใจทุก 1 ชั่วโมง เนื่องจากหัวใจที่เต้นเร็วส่งผลให้ความต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น เป็นผลมาจากการ ที่มีปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีลดลง วัดความดันโลหิตทุก 1 ชั่วโมง เนื่องจากระดับความดัน โลหิตสามารถแปลผลกับปริมาตรเลือดได้ นั่นคือ ระดับความดันโลหิตต่ำแสดงถึงปริมาตรเลือดที่ ส่งออกต่อนาทีลดลง ส่วนระดับความดันโลหิตสูงแสดงถึงว่าอาจเกิดการคั่งของเลือดในปอดเพิ่มขึ้น และสุดท้ายการประเมินอัตราการหายใจทุก 1 ชั่วโมง โดยสังเกตอัตรา ความลึก และลักษณะการ หายใจ เพื่อประเมินการได้รับออกซิเจน หากอัตราการหายใจเพิ่มขึ้นแสดงให้ทราบถึงการได้รับ ออกซิเจนไม่เพียงพอ แต่หากพบอัตราการหายใจที่ช้าลงแสดงถึงการเกิดภาวะหายใจล้มเหลวร่วมกับการ ฟังเสียงปอดทุก 1-2 ชั่วโมงเพื่อประเมินภาวะน้ำท่วมปอดมักได้ยินเสียงกรอบแกรบ (Crepitation) บริเวณชายปอดด้านล่างทั้ง 2 ข้าง

1.3 ฟังเสียงหัวใจทุก 2-4 ชั่วโมง เพื่อประเมินความผิดปกติของเสียงได้แก่ เสียง 3 ที่เกิดจากหัวใจห้องล่างไม่สามารถคลายตัวได้ทำให้เกิดภาวะน้ำเกิน และเสียง 4 ที่เกิดจากการยืด ขยายตัวที่ผิดปกติของหัวใจห้องล่าง

1.4 ให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา เพื่อช่วยเพิ่มความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ช่วยลดภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำที่เกิดจากปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีลดลงและช่วยให้การ แลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้น โดยในรายที่อาการไม่รุนแรงดูแลให้ออกซิเจนทางแคนนูลา (Cannular) ประมาณ 4-6 ลิตร/นาที ถ้าอาการรุนแรงดูแลให้ออกซิเจนทางหน้ากาก O₂ mask ประมาณ 8-10 ลิตร/นาที แต่ถ้าหากมีภาวะขาดออกซิเจนรุนแรงมากต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือโดยการใส่ เครื่องช่วยหายใจ

1.5 ให้อาตามแผนการรักษารวมถึงติดตามประเมินผลของยา ดังนี้

1) ยาดิจิทาลิส (Digitalis) ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวเพิ่มมากขึ้น ช่วยเพิ่ม ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจ การให้ยาชนิดนี้พยาบาลควรจับชีพจรก่อนให้ยาทุกครั้ง หากมีชีพจรต่ำกว่า 60 หรือมากกว่า 100 ครั้ง/นาที หรือเต้นด้วยจังหวะไม่สม่ำเสมอ ควรดื้อยาและรายงานแพทย์ ทราบ หลังให้ยาควรมีการสังเกตอาการไม่พึงประสงค์จากยาดังนี้ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ตา มัว การมองเห็นสีผิดปกติ เป็นต้น และควรมีการติดตามระดับยาในเลือดเป็นระยะๆ โดยเฉพาะค่า โปแตสเซียม ซึ่งยาตัวนี้จะส่งผลให้เกิดภาวะโปแตสเซียมต่ำได้

2) ยาโดปามีน (Dopamine) เป็นยากระตุ้นหัวใจให้บีบตัวแรงขึ้น ซึ่งการ ออกฤทธิ์ของโดปามีนจะมีการแบ่งขนาดเป็น 3 ระดับ คือ ขนาดต่ำ (0.5-2ug/kg/min) จะช่วยเพิ่ม

ปริมาณเลือดไปเลี้ยงไตทำให้มีการขับปัสสาวะเพิ่มขึ้น ขนาดปานกลาง (2-10ug/kg/min) จะช่วยกระตุ้นให้หัวใจบีบตัวเร็วขึ้นแรงขึ้นเพื่อเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ และสุดท้ายขนาดสูง (มากกว่า 10ug/kg/min) ทำให้หลอดเลือดหดตัวเพื่อเพิ่มความดันโลหิต แต่อาจทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงไตลดลง พยาบาลควรประเมินสัญญาณชีพ บันทึกสารน้ำเข้า-ออก และปริมาณปัสสาวะทุกชั่วโมง หากพบอาการไม่พึงประสงค์ เช่น ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ปริมาณปัสสาวะออกน้อยลง หัวใจเต้นผิดจังหวะ เป็นต้น ต้องหยุดยาทันที

3) ยาไนโตรกลีเซอริน (Nitroglycerine) ช่วยขยายหลอดเลือดดำและแดงส่วนปลาย ทำให้ช่วยเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจได้ พยาบาลต้องติดตามค่าความดันโลหิตเพราะอาจเกิดภาวะความดันโลหิตสูง อาการปวดศีรษะได้ บรรเทาอาการโดยการให้กระเป๋าน้ำแข็งประคบศีรษะ

4) ยากลุ่ม ACE inhibitor เป็นยาช่วยในการขยายหลอดเลือดเช่นกันแต่ให้ผลดีกว่ากลุ่มไนเตรท ยาที่นิยมใช้ได้แก่ Captopril, Enalapril การให้ยาเหล่านี้พยาบาลต้องติดตามวัดความดันโลหิตทุก 1 ชั่วโมง และติดตามระดับ Creatinine ในเลือดเพื่อดูการทำงานของไต และสังเกตอาการไม่พึงประสงค์ เช่น ไอ หากพบควรแจ้งให้แพทย์ทราบทันที

5) ยาขับปัสสาวะ เป็นยาช่วยลดปริมาณเลือดที่ไหลกลับเข้าหัวใจ โดยช่วยให้มีการขับปัสสาวะออกมากขึ้น ซึ่งการขับน้ำออกมากจะทำให้เกิดภาวะโ้ดแตสเซียมต่ำร่วมด้วย ดังนั้นพยาบาลควรแนะนำผู้ป่วยในเรื่องการเปลี่ยนท่าทาง อิริยาบถต่างๆ เพราะอาจเกิดการวิงเวียนหน้ามืดได้ จากการมีระดับความดันโลหิตต่ำและปริมาณโ้ดแตสเซียมในร่างกายลดลง จึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานผลไม้ที่มีปริมาณโ้ดแตสเซียมสูง เช่น กล้วย ส้ม

1.6 บันทึกสารน้ำเข้า-ออกในร่างกาย เพื่อประเมินความสมดุลของสารน้ำในร่างกายที่แสดงถึงการทำหน้าที่ของไต ซึ่งในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมักพบภาวะน้ำเกิน

1.7 ชั่งน้ำหนักตัวผู้ป่วยทุกวันในเวลาเดิมคือ ตอนเช้าหลังจากปัสสาวะเพื่อประเมินภาวะน้ำเกิน หากมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น 2 กิโลกรัมภายใน 1 วัน แสดงถึงภาวะน้ำเกินประมาณ 2 ลิตร ร่วมกับประเมินอาการบวมบริเวณ แขน-ขา และรอบกระบอกตา เป็นการบ่งชี้ถึงภาวะน้ำเกินจากการเสียหน้าที่ของไต

1.8 จำกัดน้ำในแต่ละวันตามแนวทางการรักษา ในรายที่อาการไม่รุนแรงให้จำกัดปริมาณน้ำ 800-1,000 ซีซี/วัน พยาบาลต้องควบคุมการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเข้มงวด ควรใช้เครื่องควบคุมปริมาณสารน้ำ และในการผสมยาฉีดหรือการให้น้ำสำหรับทาน ต้องใช้น้ำในปริมาณน้อยที่สุด

2. ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจวายได้ ผู้ป่วยที่มีปัญหาภาวะหัวใจล้มเหลว จะมีผลกระทบด้านจิตใจ คือเกิดความวิตกกังวล ความกลัว ความเครียด ซึ่งสภาวะจิตใจมีผลต่อร่างกายของผู้ป่วย ส่งผลให้โรคดำเนินไปได้รวดเร็วรุนแรงมากขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องได้รับการสนับสนุน ประคับประคองทางด้านจิตใจไปพร้อมๆกับด้านร่างกาย พยาบาลต้องอาศัย

กระบวนการการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยด้านจิตใจ และพิจารณากระบวนการในการนำมาใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย พุดคุยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก รับฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยวิตกกังวลและให้ความหวังใย พร้อมทั้งร่วมแก้ไขปัญหโดยให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง (สายรุ้ง บัวระพา,2547) โดยบทบาทของพยาบาลมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ประเมินความรู้สึกและปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วย รวมถึงซักถามความต้องการของผู้ป่วย โดยพยาบาลควรให้เวลาและตั้งใจรับฟังปัญหาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทราบและเข้าใจปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย

2.2 กระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกไม่สบายใจที่มีอยู่ ความกลัว ความเครียด ความวิตกกังวล พยาบาลต้องรับฟังความรู้สึกต่างๆ ของผู้ป่วยและอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้ตามปกติ เพราะการให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกเป็นการช่วยลดความเครียด ความกังวลลงได้

2.3 สอนแนะนำเทคนิคการผ่อนคลายให้สอดคล้องกับความสนใจของผู้ป่วยโดยฝึกให้ผู้ป่วยสามารถนำเทคนิคการผ่อนคลายมาปฏิบัติได้จริง เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย

2.4 กระตุ้นให้ครอบครัว ญาติ ผู้ดูแลใกล้ชิดมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น ป้อนอาหาร เช็ดตัว ดูแลการขับถ่าย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่ดี และลดความวิตกกังวลได้

2.5 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและการเปลี่ยนแปลงของอาการที่อาจเกิดขึ้นทั้งในทางที่ดีและไม่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบแนวทางและมีกำลังใจลดความวิตกกังวล รมั้ตระวังการให้ข้อมูลมากเกินไปจนสร้างความวิตกกังวลให้ผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

3. ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงและปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำหรือรุนแรงมากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ดังนี้

3.1 ประเมินความพร้อมในของการรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงประเมินวิถีชีวิตของผู้ป่วยโดยพิจารณาตามอายุ อาชีพ บุคลิกภาพ แรงจูงใจ รวมไปถึงความร่วมมือในการรักษา

3.2 ดูแลจัดการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุ กลไกการเกิด อาการของภาวะ การรักษาที่ต้องได้รับ พฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว รวมถึงการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเพื่อช่วยป้องกันอาการกำเริบ โดยครอบคลุมรายละเอียดดังนี้

1) พยาบาลสอนให้ผู้ป่วยเข้าใจในโรคของตนเอง เริ่มตั้งแต่การแนะนำถึงรูปร่างและหน้าที่ของหัวใจโดยใช้ภาพประกอบ ชี้ให้เห็นว่าหัวใจของผู้ป่วย มีความผิดปกติที่ตำแหน่งใด เช่น ลิ้นหัวใจ ผนังกันระหว่างหัวใจ หรือหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ เป็นต้น และผลจากการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ควรให้ผู้ป่วยได้รู้จักอาการเริ่มแรกของภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น น้ำหนักเพิ่ม ผิวหนังตึง ไอบ่อย รู้สึกเพลียและทำกิจวัตรประจำวันได้ช้าลง

2) การทำกิจกรรมและออกกำลังกาย ในการทำกิจกรรมสามารถทำได้ตามปกติ แต่ต้องไม่หักโหมเกินไป ในช่วงพักฟื้นคือ 1-2 สัปดาห์แรก การทำงานต่างๆ ควรนั่งแทนการยืนและควรมีญาติอยู่เป็นเพื่อนคอยให้การช่วยเหลือ ควรออกกำลังกายเล็กน้อยถึงปานกลาง เช่น การเดิน โทเท็ก ซี่กิ้ง ส่วนผู้ป่วยที่ยังมีอาการเหนื่อยง่ายช่วยเหลือตนเองได้น้อยควรมีญาติคอยช่วยเหลือ การออกกำลังกายควรทำด้วยลักษณะการผ่อนคลายลมหายใจ และการเคลื่อนไหวแขนขาบนเตียงแทนการเดิน

3) การรับประทานอาหารที่เหมาะสม เน้นที่การควบคุมอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงโดยการจำกัดเกลือไม่เกิน 2 กรัม/วัน ไม่ควรเติมเกลือหรือเครื่องปรุงรสต่างๆ เพิ่ม เช่น น้ำปลา ซอส ซีอิ๊ว ผงชูรส ไม่ควรรับประทานอาหารสำเร็จรูปเพราะมักมีปริมาณเกลือโซเดียมผสมอยู่ ไม่รับประทานอาหารหมักดอง อาหารที่มีส่วนผสมจากผงฟู หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ เนื่องจากสารเหล่านี้จะกระตุ้นเผาผลาญของร่างกายส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวกำเริบได้ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง คอเลสเตอรอลสูง เนื่องจากทำให้เกิดภาวะไขมันอุดตันหลอดเลือดหัวใจได้ รวมถึงทำให้เกิดโรคอ้วนซึ่งการอ้วนทำให้หัวใจต้องทำงานหนัก ควรงดสูบบุหรี่เนื่องจากสารนิโคตินในบุหรี่ทำให้หลอดเลือดหดตัว การไหลเวียนของเลือดไม่สะดวก และทำให้เกิดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ที่มีผลต่อการนำออกซิเจนเข้าสู่เนื้อเยื่อ อาหารที่ผู้ป่วยควรเลือกรับประทานคืออาหารย่อยง่าย ไม่มีกากใยมากเกินไป เพราะการย่อยอาหารทำให้หัวใจต้องทำงานหนัก ควรทานอาหารทีละน้อยๆ บ่อยครั้งเพื่อหลีกเลี่ยงอาการแน่นท้อง และต้องมีการควบคุมปริมาณน้ำดื่มให้สมดุลกับปริมาณปัสสาวะในแต่ละวัน

4) การพักผ่อนนอนหลับ ควรนอนหลับอย่างน้อย -10 ชั่วโมง/วัน และควรหาเวลานอนพักผ่อนหรืองีบในช่วงบ่ายและควรเข้านอนเร็วขึ้น ทำนอนที่ช่วยได้สุขสบายคือ การหนุนหมอนสูง และควรใช้เทคนิคการผ่อนคลายเพื่อช่วยให้หลับง่ายขึ้น เช่น สวดมนต์ อ่านหนังสือ ทำสมาธิ ฟังเพลง เป็นต้น

5) สอนให้สังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น เช่น สอนการนับชีพจรในแต่ละวันและทำการบันทึกไว้เป็นระยะๆ โดยเฉพาะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยาตีจิตาลิส หากชีพจรเต้นน้อยกว่า 60 ครั้ง/นาที หรือมากกว่า 100 ครั้ง/นาที ให้งดรับประทาน แนะนำให้ชั่งน้ำหนักทุกวันในเวลาเดิมคือตอนเช้าหลังจากปัสสาวะ หากน้ำหนักตัวเพิ่มมากกว่า 1.4 กิโลกรัมใน 2 วัน แสดงว่ามีการคั่งของสารน้ำ หรือเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น แขน-ขาบวม แน่นอึดอัดท้อง เหนื่อย นอนราบไม่ได้ ใจสั่น ไอแห้งๆ แนะนำให้รีบมาพบแพทย์ทันที

6) เน้นความสำคัญของการมาตรวจตามนัดของแพทย์จนกว่าจะควบคุมโรคได้ และเน้นเรื่องการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยปฏิบัติคู่กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับภาวะหัวใจล้มเหลว

3.3 คู่มือจัดทำคู่มือหรือแผ่นพับแนะนำเกี่ยวกับอาหาร หลักการควบคุมเกลือโซเดียม วิธีการเลือกรับประทานอาหาร เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัววางแผนจัดการตนเอง รวมถึงวิธีการจำกัดน้ำ การสังเกตอาการผิดปกติ และการแก้ไขปัญหาเบื้องต้น

5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อรุณลดา นางแย้ม (2550) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการรักษาพยาบาลที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 198 ราย เครื่องมือเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับอาหารเฉพาะโรค และแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคอยู่ในระดับมาก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ระยะเวลาที่เป็นโรค ($r = .288$) ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค ($r = .368$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ($r = .372$) การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($r = .271$) การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารเฉพาะโรค ($r = .399$) และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารเฉพาะโรค ($r = -.175$)

จันทร์จิรา เกียรติสีสกุล (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนให้ความรู้ ต่อความรู้พฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ในการป้องกันการคั่งของน้ำและเกลือโดยรวมเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่าหลังเข้าโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว การควบคุมน้ำดื่ม การรับประทานยาตามแผนการรักษา และการค้นหาภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้น แสดงว่ารูปแบบของโปรแกรมสนับสนุนให้ความรู้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นแหล่งสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการพัฒนาความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการคั่งของน้ำและเกลือได้ แต่ยังมีข้อเสนอแนะในการควบคุมอาหารในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ยาก เนื่องจากผู้ป่วยยังขาดความรู้ความเข้าใจในการเลือกซื้ออาหารและการประกอบอาหาร

ศิริวัฒน์ วงศ์พุทธคา (2551) ศึกษาผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยการให้ความรู้และฝึกทักษะการจัดการตนเองในเรื่องอาหารการจำกัดน้ำและการเฝ้าระวังอาการกำเริบ การคำนวณค่าความดันเฉลี่ยหลอดเลือดแดงด้วยตนเอง การออกกำลังกายโดยวิธีการปั่นจักรยานหรือเดินเร็ว หรือวิ่งเหยาะๆ นาน 30 นาที จำนวน 4 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยติดตามเยี่ยมบ้านใน 3 สัปดาห์แรก หลังจากนั้นในสัปดาห์ที่ 4-11 ติดตามเยี่ยมทาง

โทรศัพท์ และในสัปดาห์ ที่ 12 ติดตามเยี่ยมบ้าน พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ธนากรณ แก้วยก (2553) ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบากและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 ราย ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบากต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พัชรวรรณ ศรีคง และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554). ศึกษาการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร คือ เพศ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย วัยผู้ใหญ่ จำนวน 132 ราย เลือกโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ที่มารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลรัฐประจำจังหวัด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค แบบประเมินภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ การจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .525, .436$ และ $.369$ ตามลำดับ) ขณะที่การรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.389$) เพศและภาวะซึมเศร้า ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

อมรรัตน์ สมมิตร (2554) ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองหลังการทดลองสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อความสามารถในการทำกิจกรรมและการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการใช้โปรแกรม

การสนับสนุนและการให้ความรู้ ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำ กิจกรรมของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) และเปรียบเทียบระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ลดวาลย์ ฤทธิกล้า (2555) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อภาวะหายใจลำบาก การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบและคุณภาพชีวิต พบว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) ซึ่งประกอบด้วยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจล้มเหลวและการฝึกทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเป็นรายบุคคลและการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองสามารถลดอาการหายใจลำบากและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนอาการหายใจลำบากระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีอาการหายใจลำบากลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) และผลการเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองคะแนนคุณภาพชีวิตมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

พวงเพ็ชร สมทรัพย์สิน (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองโดยรวม และรายด้าน ได้แก่ การจัดการตนเองโดยการใช้ยา คือ พฤติกรรมการใช้ยา และการจัดการตนเองโดยไม่ใช้ยา ซึ่งได้แก่ พฤติกรรมควบคุมอาหาร พฤติกรรมออกกำลังกายและพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อน สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองเนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในอาการของโรค วิธีการรักษา การจัดการกับอาการหรือการปรับพฤติกรรมจัดการตนเองให้เหมาะสมกับอาการของโรคที่เป็นอยู่

ณัฐรยาน์ สุวรรณคฤหาสน์ (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมรับประทานอาหาร การทำกิจกรรมทางกาย และควบคุมเมตาบอลิกในผู้ป่วยมีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดจำนวน 86 คน ทำการสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 44 คน และกลุ่มควบคุม 42 คน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองที่ออกแบบโดยผู้วิจัย สร้างขึ้นโดยอาศัยโมเดลการจัดการตนเองแบบ 5A ของกลาสโว์และคณะในปี ค.ศ.2002 ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐาน การดำเนินการโปรแกรมใช้เวลา 3 เดือน มีการเข้ากลุ่มทั้งหมด 6 ครั้ง ซึ่ง 4 ครั้งแรกจะเข้ากลุ่มทุกสัปดาห์ โดยสัปดาห์แรกจะเป็นการให้ความรู้ในเรื่องการรับประทานอาหารและการทำกิจกรรมทางกาย ครั้งที่ 2-4 เป็นการฝึกทักษะการจัดการ

ตนเอง ส่วนครั้งที่ 5-6 เป็นการอภิปรายกลุ่ม โดยมีระยะห่างกัน 1 เดือน การเก็บรวบรวมข้อมูล พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การทำกิจกรรมทางกาย การควบคุมเมตาบอลิกรักษา 3 ครั้ง คือ เริ่มต้น ที่ 3 และ 6 เดือน การประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารใช้สมุดบันทึกการรับประทาน อาหารภายใน 7 วัน เพื่อคำนวณหาสารอาหารที่ได้รับในแต่ละวันด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับการทำกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้นทั้งที่ 3 และ 6 เดือน นอกจากนี้ ที่ 6 เดือนพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับเอสดีแอลคอเรสเตอรอลเพิ่มสูงขึ้นและระดับน้ำตาลในเลือด ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อรวรรณ ประภาศิลป์ (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อ พฤติกรรมการจัดการตนเอง ภาวะอ้วน ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดและการหาย ของภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในกลุ่มตัวอย่าง 90 ราย โดยส่งเสริมสมรรถนะในการจัดการตนเองที่ พัฒนาจากทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) และแนวคิดการจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้น ตามแนวคิดของ Creer (2000) ผลการศึกษาพบว่าหลังเข้าโครงการ 4 และ 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมี คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนเข้าโครงการและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติหลังเข้าโครงการ 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าดัชนีมวลกายความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพศหญิงมีเส้นรอบวงเอวต่ำกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนเพศชายมีเส้นรอบวงเอวเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มี นัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้พบว่ากลุ่มทดลองหายจากภาวะเมตาบอลิกซินโดรมมากกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปาริชาติ คงเสื่อ (2557) ศึกษา ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อ พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางน้ำ เป็รี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน ด้านการศึกษาและอายุ แบ่งเป็นกลุ่มๆละ 22 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับ โปรแกรมท และกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บข้อมูลทั้งหมด 4 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 2 สัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 30-45 นาที เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดพฤติกรรมการ รับประทานอาหาร แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง ผลการวิจัยพบว่า คะแนนพฤติกรรมการ รับประทานอาหารของผู้ป่วยหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการ พยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ และคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยหลัง ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ หลังเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้สูง กว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Wright et al. (2003) ศึกษากระบวนการจัดการตนเองในโปรแกรมการจัดการ โรคหัวใจล้มเหลว จำนวน 197 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วม กลุ่มการสอน 3 ครั้งได้รับแบบบันทึกน้ำหนักประจำวันตามแผนการปฏิบัติเมื่อน้ำหนักเปลี่ยนแปลง ได้รับการเยี่ยมจากพยาบาลที่เชี่ยวชาญโรคหัวใจล้มเหลวและการดูแลอย่างดีเกี่ยวกับยา การจัดการเกี่ยวกับอาหารโดยติดตาม 12 เดือน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้ในการจัดการตนเอง และมีพฤติกรรมชั่งน้ำหนักตัวและการบันทึกน้ำหนักตัวเป็นประจำมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Martensson et al. (2005) ศึกษาผลการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวนผู้ป่วย 153 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับความรู้ในเรื่องโรคและการจัดการตนเองในเรื่องการจำกัดอาหารเกลือโซเดียม การจำกัดน้ำดื่ม การเฝ้าระวังน้ำหนักตัว และอาการของภาวะน้ำเกิน เช่น อาการเหนื่อย หอบ บวม และการปรับขนาดยาขับปัสสาวะตามอาการ การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เดือนละหนึ่งครั้งเป็นเวลา 12 เดือน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่าจากการติดตามเดือนที่ 3 และเดือนที่ 12 พบว่ากลุ่มทดลองมีความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Price et al. (2007) ศึกษาภาวะโภชนาการและการควบคุมอาหารที่รับประทานของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุ ที่จำหน่ายออกจากแผนกอายุรกรรม แผนกโรคหัวใจ และแผนกอายุรกรรมผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาล Royal Victoria และโรงพยาบาล Ninewells พบว่าผู้ป่วยจำนวนมากประมาณร้อยละ 82 มีการรับประทานเกลือโซเดียมมากกว่า 2,000 mg/day และจากจำนวน 2 ใน 3 ของผู้ป่วยที่ศึกษาพบว่าการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงเกินกว่ามาตรฐานที่โภชนาการกำหนด

Gallagher et al. (2010) ศึกษาความสัมพันธ์ของการจัดการตนเองและการกำกับอาการด้วยตนเองต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวในชุมชน จำนวน 63 รายในโรงพยาบาลตติยภูมิใน Sydney ประเทศออสเตรเลีย พบว่า คะแนนการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายอยู่ในระดับปานกลาง และการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์กับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.65$)

Mc Manus et al. (2010) ศึกษาแนวคิดการจัดการตนเองโดยเน้นเรื่องการจัดการตนเองเพื่อติดตามควบคุมระดับความดันโลหิต (self monitoring) และการปรับลดขนาดยาลดความดันด้วยตนเอง (self titration drug) ร่วมกับการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ พบว่า ระดับความดันโลหิตลดลง 12.9 มิลลิเมตรปรอท ใน 6 เดือนและ 17.6 มิลลิเมตรปรอท ใน 12 เดือน ซึ่งลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม 3.7 และ 5.4 มิลลิเมตรปรอท

Bennett et al. (2011) ศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับยาและความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้ป่วย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการที่ Veterans Affairs medical center (101 ราย) และกลุ่มที่ 2 คือกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน (205 ราย) พบว่าผู้ป่วย 1 ใน 3 ของทั้งหมดไม่ทราบประโยชน์ของการรับประทานยาขับปัสสาวะที่ช่วยลดภาวะการณหายใจหอบเหนื่อย จึงมีโอกาสนี้จะไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา และทำให้เกิดอาการหอบเหนื่อยเพิ่มขึ้น และผู้ป่วย 2 ใน 3 ของทั้งหมดไม่จำกัดการบริโภคที่มีเกลือโซเดียม เนื่องจากรสชาติไม่อร่อย มีความยุ่งยากในการจัดหาเมื่อต้องออกไปรับประทานอาหารนอกบ้าน ขาดงบประมาณในการทำอาหารและไม่มีเวลาประกอบอาหารเอง

Gerdes et al. (2013) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อพัฒนาทักษะการจัดการตนเองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพแก่ผู้ป่วยนอกที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า 1) อัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำภายใน 30 ของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .021$) 2) อัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำที่ 60 และ 180 วัน ของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมเพียงเล็กน้อย ซึ่งถือว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.89$) 3) จากการศึกษาพบว่าทั้ง 2 กลุ่ม ยังมีการสั่งจ่ายและใช้ยา beta blockers, ACEIs และ ARBs แต่มีการสั่งจ่ายลดลงกว่าเดิม

Corrine et al. (2013) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม Heart failure symptom training intervention (HF SMART) โดยวัดการคงไว้ซึ่งการดูแลตนเอง การจัดการตนเอง พบว่ามีรายงานเหตุการณ์ของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.216$) 2. กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการจัดการตนเองและการดูแลตนเองดีขึ้นมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ความตระหนักเรื่องอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว ได้ผลในระยะแรกเท่านั้น ในระยะ 90 วันหลังโปรแกรม อัตราการรอดชีวิตไม่แตกต่างกันระหว่าง 2 กลุ่ม แต่ก็ยังมีคะแนนการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นในกลุ่มทดลอง

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ พบว่ามีโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง การจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่มากมาย และทุกๆ โปรแกรมมีคะแนนพฤติกรรมของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมทั้งหมด แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านย่อย พบว่ามี 3 ด้านที่คะแนนพฤติกรรมต่ำ นั่นคือด้านการควบคุมอาหารรสเค็มและน้ำดื่มได้คะแนนต่ำที่สุด ส่วนพฤติกรรมด้านการเฝ้าระวังจัดการกับอาการกำเริบและพฤติกรรมรับประทานยาเป็นคะแนนต่ำรองลงมา ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎีการจัดการตนเองของ Creer มาพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองโดยเน้นไปที่พฤติกรรมบริโภคอาหาร เนื่องจากพฤติกรรมบริโภคอาหารรสจัดและไขมันสูงเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวมากขึ้น และที่สำคัญเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยสามารถจัดการได้ด้วยตนเองเพื่อป้องกันความทุกข์ทรมานจากอาการกำเริบ ซึ่ง

อาหารเฉพาะของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวควรจัดการควบคุมมีลักษณะเฉพาะนั้นคือ อาหารที่มีโคเรสเตอรอลสูงซึ่งทำให้เกิดปัญหาภาวะโภชนาการโดยผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน ทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้นและมีขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงเพิ่มขึ้น และอาหารลดเค็มโดยเน้นการบริโภคเกลือน้อยกว่า 2 กรัมต่อวัน ซึ่งจะมีผลโดยตรงต่อการควบคุมสมดุลของน้ำและหน้าที่ของระบบไหลเวียนให้ปกติ เพื่อลดภาระการทำงานของหัวใจและเพิ่มประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ

6. โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เพื่อให้ดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพที่ดี บรรเทาจากการเจ็บป่วยหรือไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยเน้นพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญและเหมาะสมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นการจัดการกิจกรรมตามทฤษฎีการจัดการตนเองของ Creer (2000) ใช้เวลา 12 สัปดาห์ นัดพบผู้ป่วย 3 ครั้ง ห่างกันทุกๆ 4 และ 8 สัปดาห์ ที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจ โดยกิจกรรมสอดคล้องกับการฝึกทักษะการจัดการตนเองมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

พบครั้งที่ 1 พบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก ใช้เวลาประมาณ 40 นาที เริ่มจากสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว และสอนเพื่อให้เกิดทักษะการจัดการตนเองทั้ง 6 ขั้นตอน ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

1) การตั้งเป้าหมาย (Goal selecting) เป็นการกำหนดพฤติกรรมในอนาคตหรือสิ่งที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้น ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพที่ให้การดูแลควรร่วมกันตั้งเป้าหมายโดยการปรึกษาคู่ตรงและกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเองออกมา ได้แก่ การตั้งเป้าหมายในการควบคุมอาหารโดยไม่รับประทานอาหารรสเค็ม ไม่เติมน้ำปลาในอาหารที่ปรุงสำเร็จ ไม่รับประทานอาหารหมักดอง งดหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง น้ำหนักลด 1 กก./เดือน เป็นต้น จากการศึกษาของ พวงเพ็ชร สมทรัพย์สิน (2555) พบว่า การเลือกเป้าหมาย เป็นขั้นตอนแรกที่กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการเข้ารับโปรแกรมการจัดการตนเอง ซึ่งผู้ป่วยในกลุ่มทดลองสามารถเลือกเป้าหมายในการจัดการตนเอง โดยมีการปรึกษาและกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเองร่วมกับผู้วิจัยจากการมีส่วนร่วมในการเลือกเป้าหมายจะทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในเป้าหมายที่สามารถกระทำเพื่อให้สามารถนำความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ทักษะการจัดการตนเองไปเป็นแนวทางที่จะปฏิบัติ และเมื่อกลุ่มทดลองมีความรู้และเข้าใจบทบาทของตนเองในการจัดการตนเองกับโรคที่เป็นอยู่

2) การรวบรวมข้อมูล (Information collection) เป็นการเฝ้าระวังและสังเกตอาการของผู้ป่วยด้วยตนเองและบันทึกไว้ สำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวควรเฝ้าระวังอาการและอาการแสดง

สำคัญของภาวะน้ำคั่งในร่างกาย พร้อมกับมีการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึก เช่น น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว อาการบวมกดบวมที่เท้าและหน้าแข้ง เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของพวงเพชร สมทรัพย์สิน (2555) เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีเป้าหมายในการจัดการตนเอง การรวบรวมข้อมูลเป็นกระบวนการที่สิ่งสำคัญที่จะช่วยให้สามารถบรรลุตามเป้าหมายโดยกลุ่มทดลองจะต้องทำการบันทึกข้อมูลสุขภาพทุกวันเป็นข้อมูลที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีการเฝ้าระวังตนเอง โดยเฉพาะอาการที่ได้กำหนดไว้เป็นเป้าหมาย คือ อาการบวมกดบวม อาการหายใจลำบาก น้ำหนักตัว ปริมาณเม็ดยาขับปัสสาวะ โดยทำการบันทึกอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่ขั้นตอนการประเมินข้อมูลต่อไป

3) การประมวลและประเมินข้อมูล (Information processing and evaluation) เป็นการรวบรวมข้อมูลที่ได้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง นำข้อมูลที่รวบรวมมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เช่น ฝึกวิธีการประเมินอาการบวมและให้ทดลองปฏิบัติจนสามารถประเมินอาการบวมของตนเองได้ การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัว 1 กก. หมายถึง มีน้ำคั่งในร่างกาย 1 กก. การหยุดพักขณะทำกิจกรรมเมื่อมีอาการเหนื่อยหอบ ซึ่งอาการต่างๆอาจเกิดจากภาวะเกลือและน้ำคั่งในร่างกายจากอาหารที่ผู้ป่วยบริโภค เป็นต้น

4) การตัดสินใจ (Decision making) เป็นขั้นตอนสำคัญของการจัดการตนเองหลังจากผู้ป่วยรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ และประเมินข้อมูลของตนเองเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ผู้ป่วยต้องสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมโดยอาศัยข้อมูลเป็นพื้นฐาน การตัดสินใจของผู้ป่วยถือเป็นหัวใจของความสำเร็จในการจัดการตนเอง

5) การลงมือปฏิบัติ (Action) เป็นการใช้ทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมโรคให้เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ เช่น การลงมือปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองในการควบคุมภาวะน้ำเกิน ภาวะบวม หรืออาการหายใจลำบาก โดยการปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้จะเป็นการกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอและประสบผลสำเร็จ เป็นต้น

6) การสะท้อนตนเอง (Self-reaction) เป็นการประเมินความสามารถของตนเองว่าสามารถปฏิบัติตามการจัดการตนเองให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือต้องฝึกทักษะเพิ่มเติม ซึ่งผู้ป่วยเรื้อรังควรทราบถึงข้อจำกัดของการจัดการตนเองในการควบคุมภาวะของโรค ผู้ป่วยควรรู้ว่าตนเองไม่สามารถใช้ทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมทุกๆ พฤติกรรมหรือภาวะของโรคของตนเอง เช่น ประเมินว่าในกระบวนการที่ปฏิบัตินั้นสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ และเป็นกระบวนการเพื่อจัดการปัญหาสุขภาพของตนเองจริงหรือไม่ เป็นต้น

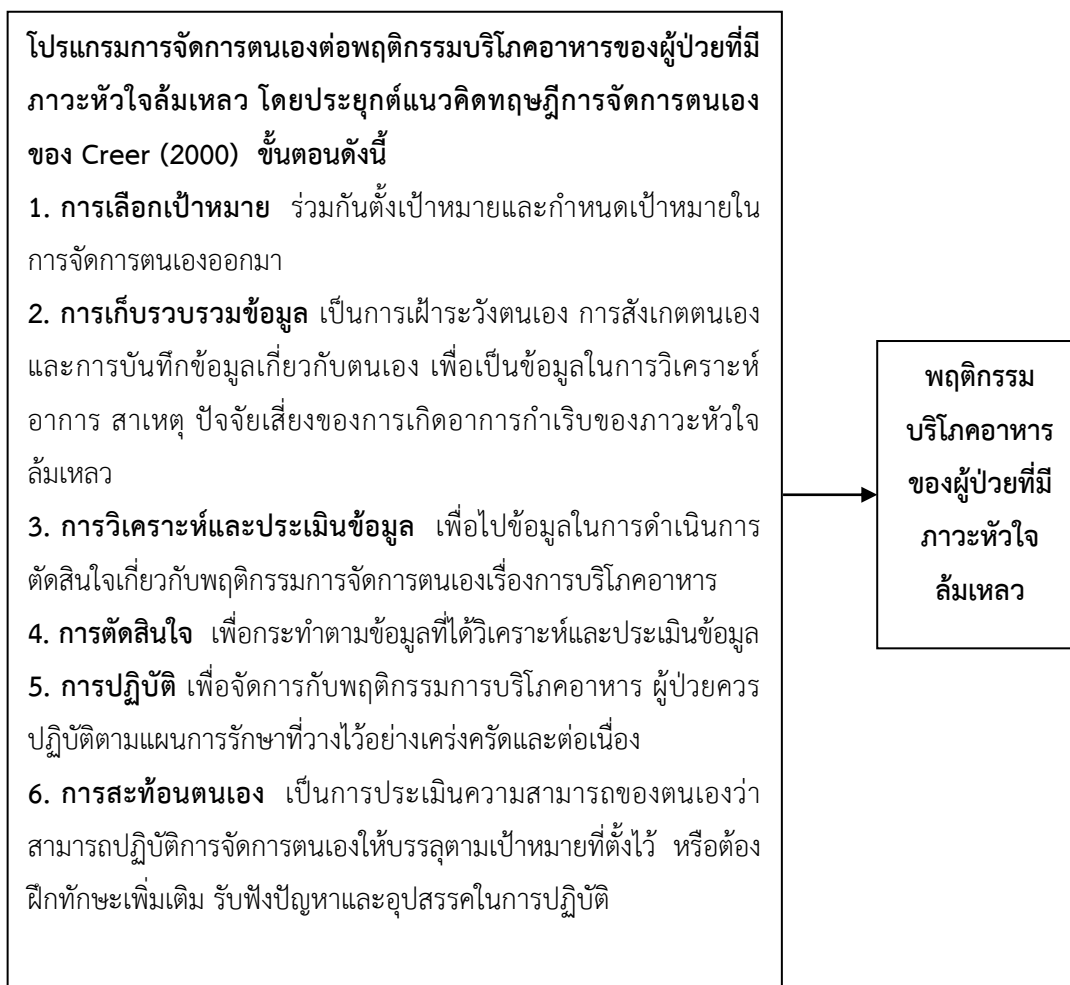
พบครั้งที่ 2 และ 3 ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ที่คลินิกหัวใจแผนกผู้ป่วยนอก

ซักถามอาการทั่วไป ตรวจวัดสัญญาณชีพ และฝึกทักษะการประเมินผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จากการบันทึกในสมุดบันทึก

การจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้บอกถึงผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ รับฟังปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตนตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีการฝึกทักษะในการจัดการตนเอง โดยผู้วิจัยคอยดูแลแนะนำตอบข้อสงสัยของผู้ป่วยและกำหนดการนัดหมายครั้งต่อไป ตามนัดของแพทย์ที่คลินิกโรคหัวใจ และเน้นย้ำให้นำคู่มือการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรบริโภคอาหารสำหรับผู้ที่มีภาวะโรคหัวใจล้มเหลวมาด้วยทุกครั้ง

สรุปกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการตนเองโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเอง (Creer, 2000) ใช้เวลา 12 สัปดาห์ นัดพบผู้ป่วย 3 ครั้ง ห่างกันทุกๆ 4 และ 8 สัปดาห์ ที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจ ในแต่ละครั้งที่พบผู้ป่วยใช้เวลา 30-40 นาที และระหว่างการพบครั้ง 1 2 และ 3 เป็นการให้การพยาบาลทางไกลโดยใช้โทรศัพท์และติดตามกลุ่มตัวอย่างสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 10-15 นาทีเนื่องจากขั้นตอนการปฏิบัติผู้ป่วยฝึกปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองในระยะแรกขณะอยู่บ้าน ผู้วิจัยจะติดตามทักษะการปฏิบัติตนของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดโดยการโทรศัพท์ เพื่อให้คำแนะนำเป็นที่ปรึกษาให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

7. กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีการดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ตามรูปแบบการวิจัยและแบบแผนการทดลองดังนี้

กลุ่มควบคุม	O ₁		O ₂
กลุ่มทดลอง	O ₃	X	O ₄

- O₁ คือ คะแนนพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง
- O₂ คือ คะแนนพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มควบคุมหลังการทดลองหลังเสร็จโปรแกรมในการพบครั้งที่ 3
- X คือ การได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง
- O₃ คือ คะแนนพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการพยาบาลตามปกติ
- O₄ คือ คะแนนพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในการพบครั้งที่ 3 ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลววัยผู้ใหญ่ ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลรัฐระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง อายุ 18-59 ปี ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างน้อย 6 เดือน และเป็นผู้ป่วยรายเก่าที่มีระดับ Functional Heart Classification อยู่ใน Class 2- 3
2. การมองเห็นและการได้ยินเป็นปกติ

3. มีสติสัมปชัญญะดี มีสภาพการรับรู้ บุคคล เวลา สถานที่อยู่ในระดับปกติ ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางระบบประสาทหรือโรคจิตจากประวัติในเวชระเบียน
4. มีโทรศัพท์บ้าน หรือ โทรศัพท์มือถือที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารได้
5. สามารถสื่อสารภาษาไทย พูด อ่าน เขียน ได้และยินดีเข้าร่วมการวิจัยจนสิ้นสุดโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกร่วมตัวอย่างออก (Exclusion criteria)

มีการเปลี่ยนแปลงการรักษาของแพทย์หรือมีอาการกำเริบ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก เหนื่อยมากจนต้องเข้าอนโรพยาบาล เป็นต้น

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยกำหนดอำนาจในการทดสอบ .80 ค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลาง .50 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 จากการเปิดตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน (Burns & Grove, 2009) ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 44 คน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่าง 22 คนแรกจัดให้เป็นกลุ่มควบคุม หลังจากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอีก 22 คน จัดเข้ากลุ่มทดลอง และดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะเหมือนกันโดยการจับคู่ (matched pairs) ให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มีคุณสมบัติเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุดในด้าน อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี (ลดาวัลย์ ฤทธิกล้า, 2555) ระดับการศึกษา (Eva, 2010) และระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว (NYHA, 2009)

ตารางที่ 1 คุณสมบัติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จากการจับคู่ (Matched pairs) โดยพิจารณาองค์ประกอบด้าน อายุ ระดับการศึกษา ระดับความรุนแรงของโรค

คู่ที่	กลุ่มควบคุม (n=22)			กลุ่มทดลอง (n=22)		
	อายุ	ระดับการศึกษา	ระดับความรุนแรงของโรค	อายุ	ระดับการศึกษา	ระดับความรุนแรงของโรค
1	56	มัธยม	2	59	มัธยม	2
2	59	มัธยม	2	59	มัธยม	2
3	59	ประถม	2	59	ประถม	2
4	57	ประถม	2	57	ประถม	2
5	59	ประถม	3	59	ประถม	3
6	50	ประถม	2	51	ประถม	2
7	59	ปริญญาตรี	2	59	ปริญญาตรี	2
8	47	มัธยม	2	46	มัธยม	2
9	55	ประถม	2	58	ประถม	2
10	43	มัธยม	2	45	มัธยม	2
11	53	ประถม	2	53	ประถม	2
12	42	มัธยม	2	42	มัธยม	2
13	56	มัธยม	2	56	มัธยม	2
14	58	อนุปริญญา	2	58	อนุปริญญา	2
15	55	ปริญญาตรี	2	57	ปริญญาตรี	2
16	52	ปริญญาโท	2	55	ปริญญาโท	2
17	55	มัธยม	2	52	มัธยม	2
18	48	มัธยม	2	46	มัธยม	2
19	58	มัธยม	2	59	มัธยม	2
20	51	ประถม	2	51	ประถม	3
21	51	อนุปริญญา	3	48	อนุปริญญา	2
22	50	ประถม	2	51	ประถม	2

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยมีวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าในการศึกษา ดังนี้

กลุ่มควบคุม (เริ่ม 11 กุมภาพันธ์ 2559 – 12 พฤษภาคม 2559)

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนทุกบ่ายวันจันทร์และพุธ เพื่อเตรียมความพร้อมในการเก็บข้อมูลทุกวันอังคาร และพฤหัสบดี คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก ตั้งแต่เวลา 8.00-16.00 น. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ (Inclusion criteria) จากเวชระเบียนประวัติการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ ที่มาตรวจตามนัดประจำวันที่เก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยเป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเองโดยการตรวจสอบจากเวชระเบียนที่ละฉบับ เพื่อเลือกให้เข้าเป็นกลุ่มควบคุมก่อน 22 คนแรก

2. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และอธิบายรายละเอียด วัตถุประสงค์การวิจัย แนวทางการดำเนินงานวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ การนัดหมายวันเวลา การติดตาม การใช้โทรศัพท์ติดตามขอความร่วมมือการเก็บรวบรวมข้อมูล และเปิดโอกาสให้ซักถาม เพื่อพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย รวมถึงให้ผู้ป่วยอ่านเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม เข้าร่วมในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจึงจัดกลุ่มตัวอย่าง 22 คนแรกนั้นเป็นกลุ่มควบคุมก่อน เพื่อเป็นอิสระจากกลุ่มทดลอง

4. ระหว่างการเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมไม่พบกรณีกลุ่มตัวอย่างสูญหายตลอดระยะเวลาดำเนินงานวิจัยทั้ง 12 สัปดาห์

กลุ่มทดลอง (เริ่ม 1 มีนาคม 2559 – 2 มิถุนายน 2559)

1. ขณะเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมผู้วิจัยเริ่มทยอยเก็บข้อมูลกลุ่มทดลอง โดยหลังจากที่ได้กลุ่มควบคุมครบ 22 คนแรกแล้ว ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มทดลองโดยการจับคู่ (matched pairs) ให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มีคุณสมบัติเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุดในด้าน อายุ (ลดาวัลย์ ฤทธิกล้า, 2555) ระดับการศึกษา (Eva, 2010) ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว (NYHA, 2009) เพื่อทำการคัดเลือกเป็นกลุ่มทดลอง

2. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนทุกบ่ายวันจันทร์และพุธ เพื่อเตรียมความพร้อมในการเก็บข้อมูลทุกวันอังคาร และพฤหัสบดี คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก ตั้งแต่เวลา 8.00-16.00 น. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ (Inclusion criteria) จากเวชระเบียนประวัติการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ ที่มาตรวจตามนัดประจำวันที่เก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยเป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเองโดยการตรวจสอบจากเวชระเบียนที่ละเล่ม เพื่อเลือกให้เข้ากลุ่มทดลอง 22 คน

3. เมื่อได้คุณสมบัติครบตรงตามที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตเข้าแนะนำตัว อธิบายลักษณะของการเข้าร่วมงานวิจัย ลักษณะการจัดกลุ่มตัวอย่าง วัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัย และกำหนดการให้กลุ่มตัวอย่าง
4. เมื่อผู้วิจัยอธิบายเสร็จแล้ว ผู้วิจัยสอบถามความเข้าใจจากกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจึงจัดกลุ่มตัวอย่าง 22 คน หลัง เป็นกลุ่มทดลอง ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนกระทั่งครบ 22 คน
5. ระหว่างการเก็บข้อมูลกลุ่มทดลองไม่พบกรณีกลุ่มตัวอย่างสูญหายตลอดระยะเวลาดำเนินงานวิจัยทั้ง 12 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบไปด้วย

ส่วนที่ 1 โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากการศึกษาดำรง เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Creer (2000) มีทั้งหมด 6 ขั้นตอน ผู้วิจัยนำมาสอนให้ความรู้และเน้นการฝึกทักษะผ่านสไลด์คอมพิวเตอร์ช่วยสอน (Power point) และสมุดคู่มือบันทึกพฤติกรรมบริโภคอาหาร ใช้เวลา 12 สัปดาห์ นัดพบผู้ป่วย 3 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1, 4 และ 12 ที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจ

โดยมีขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับทฤษฎีการจัดการตนเองตามขั้นตอนกระบวนการของการจัดการตนเองตามทฤษฎีของ Creer (2000) ร่วมกับการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำทฤษฎีการจัดการตนเองมาใช้
2. กำหนดขั้นตอนของการทำงาน ประกอบไปด้วยขั้นตอนเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ขั้นตอนการให้ความรู้และการสร้างเป้าหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์และประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การปฏิบัติ และการสะท้อนตนเอง รวมถึงการกำหนดจำนวนครั้งที่จะพบกลุ่มตัวอย่าง ความถี่ ระยะเวลาในการติดตามผล
3. กำหนดเนื้อหาให้ครอบคลุม เรื่องความรู้และการฝึกทักษะในการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับการปฏิบัติตัวในเรื่อง พฤติกรรมบริโภคอาหารกับภาวะหัวใจล้มเหลว อาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
4. จัดทำแผนการสอน ได้แก่ แผนการสอนเรื่องทฤษฎีการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนจัดการตนเองได้ถูกต้อง รวมถึงสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคให้

เหมาะสมได้ โดยผู้วิจัยได้พัฒนาจากการศึกษาค้นคว้าตำรา และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับ กระบวนการจัดการตนเองของ Creer (2000) ทักษะการจัดการจัดการตนเองที่เหมาะสม

5. จัดทำสื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอน (Power point) และแผนการสอนเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว สาเหตุ การดำเนินของโรค การรักษาและการปฏิบัติตัว รวมถึงยาและการติดตามอาการที่เปลี่ยนแปลง ภาวะน้ำเกิน อาการหายใจลำบาก การชั่งและบันทึกน้ำหนักตัว รวมทั้งการออกกำลังกาย กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย

โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมบริโภคอาหาร มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

การพบครั้งที่ 1 สัปดาห์แห่งการสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองที่ดี แบ่งการฝึกทักษะในขั้นตอนที่ 1-5 ใช้เวลาประมาณ 40 นาทีเพื่อให้เกิดทักษะการจัดการตนเองที่เหมาะสม

1) การตั้งเป้าหมาย (Goal selecting) โดยการฝึกทักษะการกำหนดพฤติกรรมในอนาคตหรือสิ่งที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้น ผู้วิจัยและผู้ป่วยควรร่วมกันตั้งเป้าหมายโดยการปรึกษาต่อรองและกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเอง ลักษณะเป้าหมายเชิงพฤติกรรมหรือผลลัพธ์ที่มีความเฉพาะเจาะจงสามารถประเมินได้ชัดเจน เช่น ไม่รับประทานอาหารรสเค็ม ไม่เติมน้ำปลาในอาหารที่ปรุงสำเร็จ ไม่รับประทานอาหารหมักดองหรืออาหารแปรรูป ดงหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง หรือน้ำหนักตัวคงที่/ลดลงจากเดิม

2) การรวบรวมข้อมูล (Information collection) ฝึกทักษะวางแผนทางการเฝ้าระวังตนเองที่จะช่วยให้การจัดการตนเองประสบความสำเร็จ ในการรวบรวมข้อมูลการสังเกตและบันทึกข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญ เช่น ปริมาณ/ลักษณะ/เมนูอาหารที่บริโภคทุกมื้อ ทุกวัน น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว คือเพิ่มขึ้น 1-2 กิโลกรัมภายใน 1-2 วันหรืออาการบวมกดบุ๋มที่เท้าและหน้าแข้ง โดยเฉพาะอาการที่ได้กำหนดไว้เป็นเป้าหมายที่ตั้งไว้ในขั้นตอนแรก คือ อาการบวมกดบุ๋มอาการหายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ น้ำหนักตัว ปริมาณเม็ดยาขับปัสสาวะ โดยทำการบันทึกอย่างต่อเนื่องเพื่อนำไปสู่ขั้นตอนการประเมินข้อมูลต่อไป

ฝึกทักษะประเมินอาการบวม : โดยการใช้นิ้วโป้งกดลงไปตรงบริเวณหน้าแข้งหรือตาตุ่มด้านในกดให้แรงพอควร นานประมาณ 15-30 นาที หากปรากฏพบรอยบุ๋มของนิ้วมืออย่างชัดเจนก็แสดงว่าบวม

3) การประมวลและวิเคราะห์ข้อมูล (Information processing and evaluation) ฝึกทักษะโดยการรวบรวมข้อมูลที่ได้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยตนเองนำข้อมูลที่รวบรวมมาวิเคราะห์ เปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์สาเหตุของอาการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและนำข้อมูลไปใช้ในการดำเนินในขั้นตอนการตัดสินใจ

4) การตัดสินใจ (Decision making) ฝึกทักษะการตัดสินใจเป็นขั้นตอนสำคัญของการจัดการตนเองหลังจากผู้ป่วยรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ และประเมินข้อมูลของตนเองเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกำหนดแนวทางปฏิบัติในการจัดการตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกำหนดแนวทางปฏิบัติในการจัดการตนเองได้

5) การลงมือปฏิบัติ (Action) ฝึกทักษะเกี่ยวกับการจัดการตนเองเพื่อควบคุมอาการ โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคจนกระทั่งบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะและสามารถลงมือปฏิบัติการจัดการตนเองได้ขณะอยู่บ้าน และปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง

รวมถึงผู้วิจัยแจกคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และหลักในการเลือกรับประทานอาหาร และสอนการบันทึกข้อมูลลงสมุดบันทึกประจำตัวเพื่อบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร อาการ อาการแสดงที่ผิดปกติ รวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การพบครั้งที่ 2 สัปดาห์แห่งการกระตุ้นเตือนและเพิ่มพูนทักษะ ฝึกทักษะการประเมินผลซึ่งเป็นขั้นตอนที่ 6 ขั้นตอนสุดท้ายของการจัดการตนเองของ Creer (2000) ใช้เวลาประมาณ 30 นาที เพิ่มการให้ความรู้ขั้นตอนสุดท้ายการสะท้อนตนเอง (Self-reaction) ฝึกทักษะให้ผู้ป่วยประเมินความสามารถของตนเองว่าสามารถปฏิบัติการจัดการตนเองให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือต้องฝึกทักษะเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะและสามารถประเมินตนเองได้ รวมถึงผู้วิจัยให้คำแนะนำเพิ่มเติมเสนอทางเลือกในการแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วย พร้อมทั้งให้กำลังใจในการปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

พบครั้งที่ 3 สัปดาห์แห่งความเข้าใจเพิ่มพูนกำลังใจในการดูแลสุขภาพ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที เริ่มจากทบทวนสมุดบันทึกพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองที่แจกหลังจากที่ผู้ป่วยนำทักษะการจัดการตนเองไปปฏิบัติ ซักถามถึงปัญหาที่เกิดขึ้น รวมถึงการสรุปผลประเมินความเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารจากทักษะการจัดการตนเอง รวมถึงประเมินความสำเร็จของการทำกิจกรรม

ส่วนที่ 2 แผนการสอน คู่มือและแบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

โดยมีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ศึกษาขั้นตอนกระบวนการของการจัดการตนเองตามทฤษฎีของ Creer (2000) ร่วมทั้งการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนำทฤษฎีการจัดการตนเองมาใช้

2. กำหนดเนื้อหาให้ครอบคลุม เรื่องการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พฤติกรรมการบริโภคอาหารกับภาวะหัวใจล้มเหลว อาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

3. จัดทำแผนการสอน ได้แก่ แผนการสอนเรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนจัดการตนเองได้ถูกต้อง รวมถึงสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคให้เหมาะสมได้ โดยผู้วิจัยได้พัฒนาจากการศึกษาค้นคว้าตำรา และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยมีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับ สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการการแสดง ภาวะแทรกซ้อนและการป้องกัน รวมถึงการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

4. จัดทำคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นคู่มือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยการศึกษาจากตำราเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยแนวทางในการประเมินและการจัดการตนเองตามรูปแบบการจัดการตนเองของ Creer (2000)

5. จัดทำสื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอน (Power point) และแผนการสอนเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว สาเหตุ การดำเนินของโรค การรักษาและการปฏิบัติตัว รวมถึงยาและการติดตามอาการที่เปลี่ยนแปลง ภาวะน้ำเกิน อาการหายใจลำบาก การชั่งและบันทึกน้ำหนักตัว รวมทั้งการออกกำลังกาย กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ประกอบไปด้วยแผนการสอนให้ความรู้และทักษะในการจัดการตนเอง แผนการสอนเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว สื่อคู่มือและแบบบันทึกพฤติกรรมการจัดการตนเอง สื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอน (Power Point) ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบไปด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรศาสตร์หัวใจ 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยหัวใจวัยผู้ใหญ่ 2 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยหัวใจ 2 คน ตรวจสอบเนื้อหา โดยตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม ความครอบคลุมของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ว่าเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหรือไม่ โดยใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 คน จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 3 คน ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่ม

ตัวอย่างเพื่อประเมินแผนการสอนและอุปกรณ์สื่อการสอนต่างๆ และทดสอบความเป็นปรนัยเพื่อดูความชัดเจนของภาษาและความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา สรุปผลดังนี้

1. โปรแกรมการจัดการตนเอง เรื่อง “โปรแกรมการจัดการตนเองตามทฤษฎีของ Creer และแผนการสอน เรื่อง “การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวและการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมบริโภคอาหาร” หลังจากได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน จึงนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ซึ่งมีคำแนะนำเพิ่มเติมให้ควรมีการจัดหมวดหมู่ให้ชัดเจน เพื่อลดปัญหาความซ้ำซ้อนและเป็นการเรียงเนื้อหาให้เกิดความเข้าใจง่ายเวลานำไปใช้จริง และควรมีการกำหนดเวลาที่ชัดเจนของแต่ละหัวข้อ ได้แก่ ในส่วนของแผนการสอนมีการแยกหัวข้อการให้ความรู้ของภาวะหัวใจล้มเหลวและการฝึกทักษะจัดการตนเองต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารออกจากกัน และแก้ไขความถูกต้องของข้อมูลให้ชัดเจน ได้แก่ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำกัดการรับประทานเกลือน้อยกว่า 2 - 3 กรัมต่อวันให้ระบุไปเลยว่าคือปริมาณแค่ไหน ปริมาณที่ช้อนชา จากนั้นนำไปเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์อีกครั้ง

2. สื่อคู่มือและแบบบันทึกพฤติกรรมบริโภคอาหาร มีคำแนะนำ แก้ไขปรับปรุงเนื้อหาบางส่วนเพิ่มเติมเนื้อหาบางส่วน ได้แก่ เพิ่มบทนำเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้วิจัยเข้าใจตรงกันในวัตถุประสงค์ของคู่มือเล่มนี้ ลดเนื้อหาที่ไม่จำเป็นออกไป เพื่อให้เนื้อหากระชับน่าอ่านมากยิ่งขึ้น มีการจัดวางตัวอักษรให้หน้าอ่าน เน้นคำในบางประโยคด้วยการไฮไลต์ เพื่อให้ผู้ป่วยจดจำได้ ปรับภาษาให้ไม่วิชาการเกินไป ไม่ใช่ภาษาอังกฤษและศัพท์เทคนิค ลดการเว้นที่ว่างให้ผู้ป่วยเขียน เปลี่ยนเป็นการให้ตัวอย่างและให้ผู้ป่วยเลือกแทนการเขียนเอง จากนั้นนำไปเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์อีกครั้ง จนได้สื่อคู่มือและแบบบันทึกพฤติกรรมบริโภคอาหารรวมอยู่ในเล่มเดียวกันโดยใช้การเปิดหน้าและหลัง ขนาด 15x20 เซนติเมตร จำนวน 43 หน้า

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมการจัดการตนเอง แผนการสอนเรื่อง “การให้ความรู้ของภาวะหัวใจล้มเหลว” และ “การฝึกทักษะจัดการตนเองต่อพฤติกรรมบริโภคอาหาร” คู่มือและแบบบันทึกพฤติกรรมบริโภค และสื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอน (power point) ที่ปรับปรุงแล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลววัยผู้ใหญ่ 18-59 ปี ที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย จำนวน 3 คน โดยมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยประเมินจากการสังเกตและสอบถามถึงความน่าสนใจ เนื้อหา ภาษา ขนาดตัวอักษร รูปภาพ ความชัดเจนในการนำไปใช้จริง พบว่า ผู้ป่วยให้ความสนใจและเข้าใจเนื้อหาที่สอนเป็นอย่างดี ตัวอักษรและรูปภาพเห็นชัดเจน น่าสนใจ สามารถบันทึกพฤติกรรมได้ง่าย และสามารถปฏิบัติตามได้

2.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม ข้อได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง และในส่วนที่ผู้วิจัยลงบันทึก ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ ชนิดจำนวนยา และระดับความรุนแรงของโรค

ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยประยุกต์ใช้แบบประเมินของ ปารีชาติ คงเสื่อ และคณะ (2557) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาความสอดคล้องกับแนวคิด ทฤษฎี ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าความตรงของเนื้อหา .80 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนนาค ได้ค่าความเชื่อมั่น .70 โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ทุกข้อเป็นข้อคำถามเชิงบวก การแปลผลคะแนนใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยรับประทานอาหารประเภทนี้เลย ปฏิบัติเดือนละครั้ง มีการปฏิบัติเดือนละ 2-3 ครั้ง มีการปฏิบัติสัปดาห์ละ 4-5 ครั้ง และ มีการปฏิบัติทุกวัน การแปลผลคะแนนใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนของ Bloom (1979) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

เกณฑ์การแปลผลคะแนนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร

ช่วงคะแนน	คิดเป็น	แปลผล
48-60	ร้อยละ ≥ 80	ระดับสูง
36-47	ร้อยละ 60 - 79	ระดับปานกลาง
<36	ร้อยละ < 60	ระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม คือ แบบวัดพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เสนออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของข้อคำถาม และนำเครื่องมือไปปรับปรุงแก้ไขให้ตรงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรศาสตร์หัวใจ 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยหัวใจวัยผู้ใหญ่ 2 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยหัวใจ 2 คน โดยถือความเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 คน จากนั้นคำนวณค่าดัชนี

ความตรงตามเนื้อหา (Content validity index [CVI]) โดยค่า CVI ที่ยอมรับได้คือ $\geq .80$ (Polit and Beck, 2007) ดังนี้

$$\text{Content Validity Index} = \frac{\text{จำนวนข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นว่าค่อนข้างสอดคล้องหรือสอดคล้องมาก}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร CVI = 0.92

2. ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบวัดพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและได้แก้ไขปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้จริง (try out) กับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอายุ 18-59 ปี ที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก ตึกภปร ชั้น 1 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 30 ราย โดยคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbrach's Alpha Cocfficient) โดยค่าความเที่ยงที่ได้ คือ 0.8 ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ 0.75 ขึ้นไป (อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2554) โดยผู้วิจัยไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนข้อคำถาม ไม่เพิ่มหรือลดข้อคำถามและยังคงจำนวนข้อคำถามเดิมก่อนนำไปใช้จริง

การดำเนินงานวิจัย

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

1. เตรียมความพร้อมของผู้วิจัยให้มีทักษะการจัดการตนเอง จากความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ 12 ปี รวมถึงจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ทฤษฎีการจัดการตนเองของ Creer เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในปัญหาและกระบวนการในการจัดการตนเอง
2. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร คู่มือและแบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรค และแผนการสอนเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว สำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอน (Power point) มีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว และสมุดบันทึกการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

3. ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความร่วมมือในการทำการวิจัย และขออนุญาตดำเนินการวิจัย พร้อมนำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 4 ฉบับ ขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย งานจริยธรรมการวิจัย ฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4. ภายหลังจากความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย งานจริยธรรมการวิจัย ฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 และได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการและหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบผู้ตรวจการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วย ตึก ภปร ชั้น 1 คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ตามลำดับขั้น เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอใช้สถานที่ในการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นที่ 2 ขั้นตอนการทดลอง

การเก็บรวบรวมข้อมูลเริ่มตั้งแต่วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2559 ถึง 3 มิถุนายน 2559 โดยมีรายละเอียดการดำเนินกิจกรรมในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองดังนี้

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนทุกป่วยวันจันทร์และพุธ เพื่อเตรียมความพร้อมในการเก็บข้อมูลทุกวันอังคาร และพฤหัสบดี คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก ตั้งแต่เวลา 8.00-16.00 น. โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ให้กลุ่มตัวอย่าง 22 คน แรกเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบตามจำนวนหลังจากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและจับคู่ให้มีคุณสมบัติเหมือนหรือใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุมในด้าน 1) อายุ (ลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้า, 2555) 2) ระดับการศึกษา (Eva, 2010) 3) ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว (NYHA, 2009) เข้ากลุ่มทดลอง 22 คน

2. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และอธิบายรายละเอียด วัตถุประสงค์การวิจัย แนวทางการดำเนินงานวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ การนัดหมายวันเวลา การติดตาม การใช้โทรศัพท์ติดตาม ขอความร่วมมือการเก็บรวบรวมข้อมูล และเปิดโอกาสให้ซักถาม เพื่อพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย รวมถึงให้ผู้ป่วยอ่านเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม เข้าร่วมในโครงการวิจัย เมื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบ 22 คนแรกแล้ว ผู้วิจัยทยอยเก็บข้อมูลกลุ่มทดลองโดยจัดทำใบคุณสมบัติของกลุ่มควบคุมทั้งหมด 22 คน เพื่อทำการคัดเลือกกลุ่มทดลองให้มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มควบคุม โดยการจับคู่ให้มีคุณสมบัติเหมือนหรือ

ใกล้เคียงในด้าน 1) อายุ (ลดาวัลย์ ฤทธิกล้า, 2555) 2) ระดับการศึกษา (Eva, 2010) 3) ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว (NYHA, 2009) โดยเฉลี่ยวันละ 4-6 คน จนกระทั่งกลุ่มทดลองครบ 22 คน

4. หลังคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแล้วผู้วิจัยเริ่มโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยมีรายละเอียดของโปรแกรมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้

กลุ่มควบคุม (เริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2559 ถึงวันที่ 12 พฤษภาคม 2559)

พบครั้งที่ 1 ที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลาการทำงานวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้ และขอความร่วมมือในการทำวิจัย หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยตอบแบบสัมภาษณ์เพื่อบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดพฤติกรรมการรับประทานอาหาร (Pre-test) แล้วให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามปกติจากแพทย์และพยาบาลในแผนก และนัดพบผู้ป่วยอีกครั้งหลังตรวจ

พบครั้งที่ 2 ที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ซักถามอาการทั่วไป ตรวจวัดสัญญาณชีพ ให้ผู้ป่วยตอบแบบสัมภาษณ์เพื่อบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดพฤติกรรมการรับประทานอาหาร (Post-test) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามตอบข้อสงสัยของผู้ป่วย ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวและโปรแกรมการจัดการตนเอง และมอบอุปกรณ์เพื่อใช้ในกิจกรรม ได้แก่ คู่มือและสมุดบันทึกพฤติกรรมการจัดการตนเอง หลังจากนั้นผู้วิจัยแสดงความขอบคุณและยุติความสัมพันธ์

กลุ่มทดลอง (เริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2559 ถึงวันที่ 2 มิถุนายน 2559)

พบครั้งที่ 1 ที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ ใช้เวลาประมาณ 40 นาที

1) ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลาของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ และขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการทำวิจัย หลังจากประเมินความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและประเมินระดับความรุนแรงของโรค ให้ผู้ป่วยตอบแบบสัมภาษณ์เพื่อบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดพฤติกรรมการรับประทานอาหาร (Pre-test) ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

2) โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

2.1 ให้ความรู้ในเรื่องโรคหัวใจล้มเหลว ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่อง ภาวะหัวใจล้มเหลว สาเหตุ อาการ การรักษารวมถึงยาและการติดตามอาการที่เปลี่ยนแปลงภาวะน้ำเกิน อาการ

บวมและอาการหายใจลำบาก โดยใช้แผ่นพลิกประกอบการให้ความรู้และเปิดโอกาสให้ซักถามเพื่อความเข้าใจที่ถูกต้อง ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

2.2 อธิบายขั้นตอนและเน้นการฝึกทักษะโปรแกรมการจัดการตนเอง 5 ขั้นตอน ใช้เวลาประมาณ 20 นาที ดังนี้

2.2.1 การเลือกเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล โดยมีการซักถามและให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์ในการจัดการตนเองกับภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น ไม่เติมเกลือหรือน้ำปลาในอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว การควบคุมอาหารไขมันสูงเพื่อลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือด การตั้งเป้าหมายร่วมกันจะช่วยให้ ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองได้สำเร็จตามเป้าหมายได้

2.2.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นการเฝ้าระวังตนเอง การสังเกตตนเอง และการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง โดยประกอบไปด้วย การสังเกตอาการของตนเอง (Self - observation) และการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง (Self - recording) เช่น อาหารที่บริโภคทุกมื้อทุกวัน อาการและอาการแสดงสำคัญของภาวะน้ำคั่งในร่างกาย พร้อมทั้งมีการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึก

2.2.3 การวิเคราะห์และประเมินข้อมูล โดยเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการดำเนินการตัดสินใจ ได้แก่ น้ำหนักตัว ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวแต่ละรายจะต้องมีการบันทึกน้ำหนักตัวที่เหมาะสม นั่นคือน้ำหนักตัวของผู้ป่วย ในขณะที่ไม่มีน้ำคั่งหรือขาดน้ำ เปรียบเทียบน้ำหนักตัวที่ชั่งน้ำหนักตัวที่เหมาะสม การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัว 1 กก. หมายถึง มีน้ำคั่งในร่างกาย 1 กก. มีการหยุดพักขณะทำกิจกรรมเมื่อมีอาการเหนื่อยหอบ ซึ่งอาการต่างๆอาจเกิดจากภาวะเกลือและน้ำคั่งในร่างกายจากอาหารที่ผู้ป่วยบริโภค

2.2.4 การตัดสินใจ เป็นการตัดสินใจที่เหมาะสมเพื่อกระทำตามข้อมูลที่ได้วิเคราะห์และประเมินข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมโดยอาศัยข้อมูลที่รวมไว้หลังจากผู้ป่วย มีอาการหรืออาการแสดงที่บ่งบอกถึงการคั่งของเกลือหรือประเมินภาวะน้ำคั่งของตนเองได้ว่าอยู่ในระดับใด ผู้ป่วยต้องทำการตัดสินใจตามแนวทาง โดยผู้วิจัยฝึกทักษะให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมอาศัยข้อมูลที่รวบรวมได้เป็นพื้นฐาน เช่น เมื่อผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวเพิ่ม มีอาการแสดงของอาการหายใจลำบาก มีภาวะบวม ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจในการจัดการตนเอง

2.2.5 การปฏิบัติ เพื่อให้มีพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสมไม่ให้มีการคั่งของเกลือหรือน้ำเกินที่เป็นสาเหตุทำให้หัวใจต้องทำงานหนัก การปฏิบัติการจัดการตนเองของผู้ป่วยในระยะเวลาที่ร่วมโครงการ หากมีข้อสงสัยสามารถโทรศัพท์สอบถามผู้วิจัยเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหา

สรุปกิจกรรมครั้งที่ 1 เพิ่มพูนทักษะการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีความสนใจและสอบถามเรื่องการลงบันทึกในคู่มือการจัดการตนเอง มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ตอบคำถาม

ผู้วิจัยและสนใจฟังการบรรยายความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลวและแนวความคิดการจัดการตนเองทั้ง 6 ขั้นตอน กลุ่มตัวอย่างทุกคนให้ความร่วมมือในการฝึกทักษะการจัดการตนเองเป็นอย่างดี เช่น ขั้นตอนการตั้งเป้าหมายถึงแม้ว่าบางคนจะมีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติแล้ว ดังนั้นจึงตั้งเป้าหมายเป็นลดเส้นรอบวงเอว เป็นต้น ภายหลังจากได้รับความรู้และฝึกทักษะการจัดการตนเองแล้วกลุ่มตัวอย่างได้รับคู่มือการจัดการตนเอง เพื่อกลับไปทบทวนและบันทึกพฤติกรรมของตนเองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดพฤติกรรมมารับประทานอาหารเป็นอย่างดี

พบครั้งที่ 2 ที่คลินิกหัวใจแผนกผู้ป่วยนอก ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ตรวจวัดสัญญาณชีพ ชักถามอาการทั่วไป ติดตามเพื่อประเมินผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว รวมถึงฝึกทักษะการจัดการตนเองขั้นตอนสุดท้าย คือการสะท้อนตนเอง โดยทำการประเมินร่วมกับผู้ป่วยเพื่อติดตามอาการและการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน หากประเมินแล้วพบว่าผู้ป่วยปฏิบัติการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมและบรรลุเป้าหมาย ผู้วิจัยจะกระตุ้นและสนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติการจัดการตนเองต่อไปอย่างสม่ำเสมอจากการบันทึกในสมุดบันทึกการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้บอกถึงผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ รับฟังปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตนตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีการฝึกทักษะในการจัดการตนเอง โดยผู้วิจัยคอยดูแลแนะนำตอบข้อสงสัยของผู้ป่วยและกำหนดการนัดหมายครั้งต่อไป ตามนัดของแพทย์ที่คลินิกโรคหัวใจ และเน้นย้ำให้นำคู่มือการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารสำหรับผู้ที่มีภาวะโรคหัวใจล้มเหลวมาด้วยทุกครั้ง

สรุปกิจกรรมครั้งที่ 2 การกระตุ้นเตือนและเพิ่มพูนทักษะการประเมิน กลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจในกิจกรรมเป็นอย่างดี ทบทวนทักษะการจัดการตนเองทั้ง 5 ขั้นตอนที่ได้นำไปปฏิบัติ รวมถึงนำปัญหาที่พบขณะปฏิบัติการจัดการตนเองที่บ้านมาเล่าเพื่อหาทางร่วมกันแก้ไขปัญหา ร่วมกันฝึกทักษะการสะท้อนตนเองโดยการนำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกในสมุดคู่มือการจัดการตนเองมาประเมินผล ภายหลังจากกิจกรรมผู้วิจัยได้สอบถามกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นและตั้งใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเนื่องจากได้เห็นผลดีของการมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม

พบครั้งที่ 3 ที่คลินิกหัวใจแผนกผู้ป่วยนอก ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ตรวจวัดสัญญาณชีพ ชักถามอาการทั่วไป ติดตามผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสัมภาษณ์เพื่อบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดพฤติกรรมการรับประทานอาหาร (Post-test) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้บอกถึงผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ รับฟังปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตน ตอบข้อสงสัยของผู้ป่วย จากนั้นผู้วิจัยกล่าวชมเชยและให้กำลังใจเพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมั่นใจในการจัดการตนเองต่อไป หลังจากนั้นผู้วิจัยแสดงความขอบคุณและยุติความสัมพันธ์

สรุปกิจกรรมครั้งที่ 3 กิจกรรมแห่งความเข้าใจและเพิ่มพูนกำลังใจในการดูแลสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือตอบแบบวัดพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร และแบบประเมินพฤติกรรม การจัดการตนเองในการบริโภคอาหารเป็นอย่างดี สามารถทบทวนทักษะการจัดการตนเองทั้ง 6 ขั้นตอนและนำไปปฏิบัติได้เป็นอย่างดี ถึงแม้ว่าบางคนยังมีความเกรงใจในการบอกร้านค้าเรื่องงดเติม ผงชูรสบ้างเป็นบางครั้ง แต่กลุ่มตัวอย่างมีทักษะในการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น เช่น หากมีอาหารบวม หรือน้ำหนักตัวเพิ่มต้องลดการเติมเกลือ/ซอส เป็นต้น จากการประเมินกลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจใน การจัดการตนเองและพฤติกรรมการจัดการตนเองของการบริโภคอาหารอย่างต่อเนื่อง

ระหว่างการพบครั้ง 1 2 และ 3 เป็นการให้การพยาบาลทางไกลโดยใช้โทรศัพท์และติดตามกลุ่ม ตัวอย่างสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 และ 11 แต่ละครั้งใช้เวลา 10-15 นาที เนื่องจากขั้นตอนการปฏิบัติผู้ป่วยฝึกปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองในขณะที่อยู่บ้าน ผู้วิจัย ติดตามทักษะการปฏิบัติตนของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดโดยการใช้โทรศัพท์ เพื่อให้คำแนะนำเป็นที่ปรึกษา ให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องนอกจากนั้นยังเป็นการสร้างสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้วิจัยและกลุ่ม ตัวอย่าง เกิดความมั่นคงในเป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกัน และในระหว่างการปฏิบัติการจัดการตนเองของ ผู้ป่วยในระยะเวลาที่ร่วมโครงการ หากมีข้อสงสัยสามารถโทรศัพท์สอบถามผู้วิจัยเพื่อร่วมกันแก้ไข ปัญหา และอุปสรรคในการปฏิบัติ

ขั้นที่ 3 ขั้นประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมแล้วจึงเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง โดยวัดจาก คะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ก่อนและหลังทดลอง และหลังเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยตรวจสอบ ความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยและแจ้งให้ทราบว่าสิ้นสุดการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขอจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย งานจริยธรรมการ วิจัย ฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 และ ได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการและหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ให้ ดำเนินการวิจัย ภายหลังจากเห็นชอบจึงแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงวัตถุประสงค์ของ การทำวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ ขั้นตอนในการวิจัย อธิบายให้เข้าใจว่าการวิจัยในครั้งนี้ขึ้นอยู่กับ ความสมัครใจว่ายินยอมเข้าร่วมในการวิจัยหรือไม่ก็ได้ การปฏิเสธไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลแต่ อย่างไม่ใด ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้เก็บเป็นความลับ โดยใช้เลขที่ของแบบสัมภาษณ์เป็นรหัสแทน

ชื่อ-นามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยเป็นภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาวิจัย เท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติเข้าร่วมการวิจัยก่อนครบกำหนดได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างการวิจัยแต่อย่างใด และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยให้อ่านแบบคำชี้แจง อาสาสมัคร และลงนามในแบบยินยอมอาสาสมัครยินดีเข้าร่วมในการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างยินยอมในการร่วมงานวิจัย ขณะเข้าร่วมโปรแกรมหากกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างพบแพทย์เพื่อดำเนินการรักษาที่เหมาะสมทันที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ระดับความดันโลหิต ซีพีอาร์ อัตราการหายใจ ชนิดและจำนวนยา คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้สถิติ Dependent t-test

3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Independent t-test

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการบริโภคของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ก่อนและหลังในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง และเพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการบริโภคของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งชายและหญิงอายุ 18-59 ปี ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 22 คน และกลุ่มทดลอง 22 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนมิถุนายน 2559 นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ ในรูปแบบตารางและกราฟประกอบการบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลภาวะหัวใจล้มเหลวและการรักษา ดังตารางที่ 2

ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ดังตารางที่ 3 และ 4

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการบริโภคของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Dependent t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 5

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการบริโภคของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ดังตารางที่ 6

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลภาวะหัวใจล้มเหลวและการรักษา ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ย/เดือน ดัชนีมวลกาย เส้นรอบวงเอว โครคร่วม ระยะเวลาที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ประสบการณ์ที่ได้รับความรู้ การรักษาที่ได้รับ ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=22)		กลุ่มทดลอง (n=22)		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					.092
ชาย	13	59	9	41	
หญิง	9	41	13	59	
อายุ (ปี)					.605
41-45	3	13.6	1	4.5	
46-50	4	18.2	4	18.2	
51-55	5	22.7	8	36.4	
56-60	10	45.5	9	40.9	
	$\bar{X} = 52.9$	S.D. = 5.4	$\bar{X} = 53.4$	S.D. = 4.7	
สถานภาพ					.979
โสด	6	27.3	9	40.9	
คู่	13	59.1	11	50.0	
หม้าย	2	9.1	2	9.1	
แยกกันอยู่	1	4.5	-	-	
ระดับการศึกษา					.503
ประถมศึกษา	7	31.8	7	31.8	
มัธยมศึกษา	10	45.5	10	45.5	
อนุปริญญา	2	9.1	2	9.1	
ปริญญาตรี	1	4.5	1	4.5	
สูงกว่าปริญญาตรี	2	9.1	2	9.1	

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n= 22)		กลุ่มทดลอง (n = 22)		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
รายได้เฉลี่ย/เดือน					.059
ไม่มีรายได้	3	13.6	7	31.8	
5,000-10,000	3	13.6	3	13.6	
10,001-15,000	9	40.9	4	18.2	
15,001-20,000	4	18.3	3	13.6	
20,001-25,000	3	13.6	2	9.1	
25,001-30,000	-	-	-	-	
31,001-35,000	-	-	-	-	
35,001-40,000	-	-	1	4.6	
40,000ขึ้นไป	-	-	2	9.1	
	$\bar{X}=13,272.7$	S.D. =6,612.9	$\bar{X}=15,375.4$	S.D.=18,840.2	.198
ดัชนีมวลกาย					
ผอม (< 18.5)	-	-	2	9.1	
ปกติ(18.5- 22.9)	9	40.9	6	27.3	
ท้วม (23 - 24.9)	1	4.5	2	9.1	
อ้วน 1 (25-29.9)	6	27.3	9	40.9	
อ้วน 2 (30-34.9)	5	22.8	3	13.6	
อ้วนรุนแรง (≥ 35)	1	4.5	-	-	
	$\bar{X}= 26.4$	S.D. = 5.6	$\bar{X}= 25.1$	S.D. = 4.8	
เส้นรอบวงเอว (นิ้ว)					.293
ปกติ	14	63.6	16	72.7	
เกินเกณฑ์	8	36.4	6	27.3	
(ผช.>35, ผญ.>32)	$\bar{X}= 33.52$	S.D. = 3.71	$\bar{X}= 33.18$	S.D. = 3.85	

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n = 22)		กลุ่มทดลอง (n = 22)		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
โรคร่วม					.490
ไม่มี	3	13.6	5	22.7	
มี	19	86.4	17	77.3	
-ไขมันในเลือดสูง	5	26.3	5	29.4	
-ความดันโลหิตสูง	2	10.5	3	17.6	
-เบาหวาน	1	5.3	-	-	
-ไขมันและความดันสูง	4	21.1	5	29.4	
-ไขมันและเบาหวาน	-	-	3	17.6	
-ความดันและเบาหวาน	2	10.5	-	-	
-ทั้งสามโรค	4	21.1	1	5.9	
-อื่นๆ	1	5.3	-	-	
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย (ปี)					.410
< 1	5	22.7	6	27.4	
1-5	9	40.9	12	54.5	
6-10	5	22.7	2	9.1	
11-15	3	13.7	1	4.5	
>15	-	-	1	4.5	
	\bar{X} = 4.99	S.D. = 4.24	\bar{X} = 3.89	S.D. = 4.33	

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		χ^2
	(n= 22)		(n = 22)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ประสบการณ์ที่ได้รับความรู้ เรื่องอาหารเฉพาะผู้ที่มีภาวะ หัวใจล้มเหลว					.320
เคย	6	27.3	4	18.2	
ไม่เคย	16	72.7	18	81.8	
การรักษาที่ได้รับ					.916
ใช้ยา	19	86.4	21	95.5	
ทั้งใช้ยาและไม่ใช้ยา	3	13.6	1	4.5	
จำนวนกลุ่มยาที่ใช้					.140
ใช้ยา 1 กลุ่ม	1	4.5	-	-	
ใช้ยา 2 กลุ่ม	1	4.5	1	4.5	
ใช้ยา 3 กลุ่ม	4	18.3	7	31.8	
ใช้ยา 4 กลุ่ม	5	22.7	6	27.3	
ใช้ยา 5 กลุ่ม	8	36.4	8	36.4	
ใช้ยา 5 กลุ่มร่วมกับยาอื่นๆ	3	13.6	-	-	
ระดับความรุนแรง					.219
Class 2	19	86.4	19	86.4	
Class 3	3	13.6	3	13.6	

จากตารางที่ 2 พบว่า ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 59 ซึ่งต่างจากกลุ่มทดลองที่ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 59 อายุเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเท่ากับ 52.9 (SD=5.4) และ 53.4 (S.D.=4.7) ปี ตามลำดับ สถานภาพสมรสของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่สถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 59.1 และ 50 ตามลำดับ ระดับการศึกษาของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 45.5 และ 45.5 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอยู่ในช่วง 10,000-15,000 บาท/เดือน และไม่มีรายได้ คิดเป็นร้อยละ 40.9 (S.D. =6,612.9) และ 31.8 (S.D.=18,840.2) ตามลำดับ ดัชนีมวลกายในกลุ่มควบคุมอยู่ในเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 40.9 (S.D. = 5.56) ซึ่งต่างจากกลุ่มทดลองอยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับ1 คิดเป็นร้อยละ 40.9 (S.D. = 4.8) เส้นรอบวงเอวอยู่ในเกณฑ์ปกติทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 63.6 (S.D. = 3.71) และ 72.7 (S.D. = 3.85) ตามลำดับ

ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีโรคร่วม คิดเป็นร้อยละ 86.4 และ 76.3 ตามลำดับ และโรคร่วมที่พบมากที่สุดคือโรคไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 26.3 และ 29.4 ตามลำดับ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.9 (S.D. = 4.24) และ 54.5 (S.D. = 4.33) ตามลำดับ ประสิทธิภาพการได้รับความรู้เรื่องอาหารเฉพาะของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับความรู้ คิดเป็นร้อยละ 72.7 และ 81.8 ตามลำดับ การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวในปัจจุบันของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่รักษาด้วยยา คิดเป็นร้อยละ 86.4 และ 95.5 ตามลำดับ กลุ่มยาที่ใช้รักษาภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ใช้ยา 5 กลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 36.4 และ 36.4 ตามลำดับ และพบว่าทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ที่ระดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 86.4 เท่ากัน

และจากการหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบวงเอว โรคร่วม ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ประสิทธิภาพที่ได้รับความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค การรักษาที่ได้รับ จำนวนกลุ่มยาที่ใช้ และระดับความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง เป็นรายบุคคล

คู่ที่	คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว					
	กลุ่มควบคุม (n = 22)			กลุ่มทดลอง (n = 22)		
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ผลต่าง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ผลต่าง
1	33	32	-1	52	58	+6
2	37	32	-5	43	56	+13
3	38	39	+1	59	60	+1
4	28	31	+3	41	54	+13
5	51	50	-1	57	59	+2
6	45	31	-14	42	48	+6
7	58	58	0	41	55	+14
8	46	46	0	33	51	+18
9	33	35	+2	42	54	+12
10	22	23	+1	52	58	+6
11	41	40	-1	50	55	+5
12	40	43	+3	36	55	+19
13	35	35	0	22	50	+28
14	31	31	0	34	52	+18
15	50	32	-18	59	60	+1
16	40	38	-2	34	53	+19
17	39	39	0	23	51	+28
18	53	50	-3	32	50	+18
19	36	38	+2	58	59	+1

ตารางที่ 3 (ต่อ)

คู่มือ	คะแนนพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว					
	กลุ่มควบคุม (n = 22)			กลุ่มทดลอง (n = 22)		
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ผลต่าง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ผลต่าง
20	47	49	+2	41	53	+12
21	20	21	+1	53	59	+6
22	35	34	-1	51	51	0
Mean	39.00	37.59	1.41	43.41	54.59	11.18
SD	9.59	9.01	5.12	11.11	3.65	8.47
ระดับ	ปานกลาง	ปานกลาง		ปานกลาง	สูง	

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองเท่ากับ 39 (SD = 9.59) และหลังการทดลองเท่ากับ 37.59 (SD = 9.01) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองเท่ากับ 43.41 (SD = 11.11) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองเท่ากับ 54.59 (SD = 3.65) ซึ่งอยู่ในระดับสูง

ตารางที่ 4 คะแนนพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง จำแนกตามระดับคะแนน

กลุ่มตัวอย่าง	ระดับคะแนนพฤติกรรมบริโภคอาหาร					
	สูง		กลาง		ต่ำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มควบคุม	4	9.1	7	15.9	11	25
กลุ่มทดลอง	22	100	0	0	0	0

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนพฤติกรรมบริโภคอาหารอยู่ในเกณฑ์สูง คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งต่างจากกลุ่มควบคุมที่คะแนนส่วนมากอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 25

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Dependent t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังผลการวิเคราะห์ตารางที่ 4

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ($n_1 = n_2 = 22$)

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร	\bar{X}	SD	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	43.41	11.11	21	-6.18	.000
หลังการทดลอง	54.59	3.65			
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	39	9.59	21	1.29	.211
หลังการทดลอง	37.59	9.01			

จากตารางที่ 5 พบว่า เมื่อทดสอบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Dependent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารก่อนการทดลองและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับการทดสอบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ในกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Dependent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารก่อนการทดลองและหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองมีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มทดลอง ภายหลังจากการทดลองมีค่าระดับคะแนนเพิ่มขึ้น

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ดังผลการวิเคราะห์ตารางที่ 5

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n1 = n2 = 22)

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร	\bar{X}	SD	df	t	p - value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	43.41	11.11	42	1.409	.166
กลุ่มควบคุม	39	9.59			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	54.59	3.65	42	8.21	.003
กลุ่มควบคุม	37.59	9.01			

จากตารางที่ 6 ก่อนการทดลอง ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย พบว่า ค่าคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Independent t - test มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

หลังการทดลอง ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย พบว่า ค่าคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Independent t - test มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุม

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหลังได้รับโปรแกรม สูงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจ ด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลรัฐระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง อายุ 18-59 ปี ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างน้อย 6 เดือน และเป็นผู้ป่วยรายเก่าที่มีระดับ Functional Heart Classification อยู่ใน Class 2- 3 มีพฤติกรรมจัดการตนเองไม่เหมาะสม คือ มีประวัติมาพบแพทย์ก่อนวันนัดด้วยเรื่องมีภาวะเหนื่อย บวม หรือมีความทนในการทำกิจกรรมลดลง การมองเห็นและการได้ยินเป็นปกติ มีสติสัมปชัญญะดี มีสภาพการรับรู้ บุคคล เวลา สถานที่อยู่ในระดับปกติ ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางระบบประสาทหรือ

โรคจิตจากประวัติในเวชระเบียน มีโทรศัพท์บ้าน หรือ โทรศัพท์มือถือที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารได้ สามารถสื่อสารภาษาไทย พูด อ่าน เขียน ได้และยินดีเข้าร่วมการวิจัยจนสิ้นสุดโครงการวิจัย

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยกำหนดอำนาจในการทดสอบ .80 ค่าขนาดอิทธิพล ขนาดกลาง .50 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 จากการเปิดตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน (Burns & Grove, 2009) ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 44 คน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่าง 22 คนแรกจัดให้เป็นกลุ่มควบคุม หลังจากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอีก 22 คน จัดเข้ากลุ่มทดลอง และดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะเหมือนกันโดยการจับคู่ (matched pairs) ให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มีคุณสมบัติเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุดในด้าน อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี(ลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้า, 2555) ระดับการศึกษา (Eva, 2010) และระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว (NYHA, 2009)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย
 - 1.1 โปรแกรมการจัดการตนเอง
 - 1.2 แผนการสอนเรื่อง “ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวและการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมบริโภคอาหาร”
 - 1.3 สื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอน (Power point)
 - 1.4 คู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและสมุดบันทึกภาวะสุขภาพ
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
 - 2.2 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

การดำเนินการวิจัย

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

1. เตรียมความพร้อมของผู้วิจัยให้มีทักษะการจัดการตนเอง จากความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ 12 ปี รวมถึงจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ทฤษฎีการจัดการตนเองของ Creer เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในปัญหาและกระบวนการในการจัดการตนเอง

2. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม การบริโภคอาหาร คู่มือและแบบบันทึกพฤติกรรมจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมบริโภคอาหารเฉพาะโรค และแผนการสอนเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว สำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอน (Power point) มีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว และสมุดบันทึกการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

3. ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความร่วมมือ ในการทำการวิจัย และขออนุญาตดำเนินการวิจัย พร้อมนำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 4 ฉบับ ขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณา จริยธรรมการวิจัย งานจริยธรรมการวิจัย ฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4. ภายหลังจากเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย งาน จริยธรรมการวิจัย ฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 และได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการและหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบผู้ตรวจการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วย ตึก ภปร ชั้น 1 คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ตามลำดับขั้น เพื่อ เข้าชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอ ใช้สถานที่ในการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นที่ 2 ขั้นตอนการทดลอง

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนทุกป่วยวันจันทร์และพุธ เพื่อเตรียม ความพร้อมในการเก็บข้อมูลทุกวันอังคาร และพฤหัสบดี คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก ตั้งแต่เวลา 8.00-16.00 น. โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ให้กลุ่มตัวอย่าง 22 คน แรกเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบตามจำนวนหลังจาก นั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและจับคู่ให้มีคุณสมบัติเหมือนหรือใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุมในด้าน 1) อายุ (ลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้า, 2555) 2) ระดับการศึกษา (Eva, 2010) 3) ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจ ล้มเหลว (NYHA, 2009) เข้ากลุ่มทดลอง 22 คน

2. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และอธิบายรายละเอียด วัตถุประสงค์การวิจัย แนวทางการดำเนินงานวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ การนัดหมายวันเวลา การติดตาม การใช้โทรศัพท์ติดตาม ขอความร่วมมือการเก็บรวบรวมข้อมูล และเปิดโอกาสให้ซักถาม เพื่อพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย รวมถึงให้ผู้ป่วยอ่านเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม เข้าร่วมในโครงการวิจัย เมื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบ 22 คนแรกแล้ว ผู้วิจัย

จัดทำใบคุณสมบัติของกลุ่มควบคุมทั้งหมด 22 คน เพื่อทำการคัดเลือกกลุ่มทดลองให้มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มควบคุม โดยการจับคู่ให้มีคุณสมบัติเหมือนหรือใกล้เคียงในด้าน 1) อายุ (ลดาวัลย์ ฤทธิกล้า, 2555) 2) ระดับการศึกษา (Eva, 2010) 3) ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว (NYHA, 2009) โดยเฉลี่ยวันละ 4-6 คน จนกระทั่งกลุ่มทดลองครบ 22 คน

4. หลังคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแล้วผู้วิจัยเริ่มโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยมีรายละเอียดของโปรแกรมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้

กลุ่มควบคุม เริ่มตั้งแต่ เดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม พ.ศ. 2559 ขึ้นตอนดำเนินการดังนี้

พบครั้งที่ 1 ที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลาการทำงานวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้ และขอความร่วมมือในการทำวิจัย หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยตอบแบบสัมภาษณ์เพื่อบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดพฤติกรรมการรับประทานอาหาร (Pre-test) แล้วให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามปกติจากแพทย์และพยาบาลในแผนก และนัดพบผู้ป่วยอีกครั้งหลังตรวจ

พบครั้งที่ 2 ที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ซักถามอาการทั่วไป ตรวจวัดสัญญาณชีพ ให้ผู้ป่วยตอบแบบสัมภาษณ์เพื่อบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดพฤติกรรมการรับประทานอาหาร (Post-test) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามตอบข้อสงสัยของผู้ป่วย ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวและโปรแกรมการจัดการตนเอง และมอบอุปกรณ์เพื่อใช้ในกิจกรรม ได้แก่ คู่มือและสมุดบันทึกพฤติกรรมการจัดการตนเอง หลังจากนั้นผู้วิจัยแสดงความขอบคุณและยุติความสัมพันธ์

กลุ่มทดลอง เริ่มตั้งแต่เดือนมีนาคม - มิถุนายน พ.ศ. 2559 ขึ้นตอนดำเนินการดังนี้

พบครั้งที่ 1 ที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ ใช้เวลาประมาณ 40 นาที

1) ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลาของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ และขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการทำวิจัย หลังประเมินความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและประเมินระดับความรุนแรงของโรค ให้ผู้ป่วยตอบแบบสัมภาษณ์เพื่อบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดพฤติกรรมการรับประทานอาหาร (Pre-test) ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

2) ให้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

2.1 ให้ความรู้ในเรื่องโรคหัวใจล้มเหลว ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่อง ภาวะหัวใจล้มเหลว สาเหตุ อาการ การรักษารวมถึงยาและการติดตามอาการที่เปลี่ยนแปลงภาวณ้ำเกิน อาการ

บวมและอาการหายใจลำบาก รวมถึงความรู้เรื่องการจัดการตนเองของ Creer (2000) ทั้ง 6 ขั้นตอน โดยใช้แผ่นพลิกประกอบการให้ความรู้และเปิดโอกาสให้ซักถามเพื่อความเข้าใจที่ถูกต้อง ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

2.2 ฝึกทักษะโปรแกรมการจัดการตนเองที่ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ใช้เวลาประมาณ 20 นาที ดังนี้

2.2.1 การเลือกเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล โดยมีการซักถามและให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์ในการจัดการตนเองกับภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น ไม่เต็มเกลือหรือน้ำปลาในอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว การควบคุมอาหารไขมันสูงเพื่อลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือด การตั้งเป้าหมายร่วมกันจะช่วยให้ ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองได้สำเร็จตามเป้าหมายได้

2.2.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นการเฝ้าระวังตนเอง การสังเกตตนเอง และการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง โดยประกอบไปด้วย การสังเกตอาการของตนเอง (Self - observation) และการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง (Self - recording) เช่น อาหารที่บริโภคทุกมื้อทุกวัน อาการและอาการแสดงสำคัญของภาวะน้ำคั่งในร่างกาย พร้อมทั้งมีการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึก

2.2.3 การวิเคราะห์และประเมินข้อมูล โดยเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการดำเนินการตัดสินใจ ได้แก่ น้ำหนักตัว ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวแต่ละรายจะต้องมีการบันทึกน้ำหนักตัวที่เหมาะสม นั่นคือน้ำหนักตัวของผู้ป่วย ในขณะที่ไม่มีน้ำคั่งหรือขาดน้ำ เปรียบเทียบน้ำหนักตัวที่ชั่งน้ำหนักตัวที่เหมาะสม การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัว 1 กก. หมายถึง มีน้ำคั่งในร่างกาย 1 กก. มีการหยุดพักขณะทำกิจกรรมเมื่อมีอาการเหนื่อยหอบ ซึ่งอาการต่างๆอาจเกิดจากภาวะเกลือและน้ำคั่งในร่างกายจากอาหารที่ผู้ป่วยบริโภค

2.2.4 การตัดสินใจ เป็นการตัดสินใจที่เหมาะสมเพื่อกระทำตามข้อมูลที่ได้วิเคราะห์และประเมินข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมโดยอาศัยข้อมูลที่รวมไว้หลังจากผู้ป่วย มีอาการหรืออาการแสดงที่บ่งบอกถึงการคั่งของเกลือหรือประเมินภาวะน้ำคั่งของตนเองได้ว่าอยู่ในระดับใด ผู้ป่วยต้องทำการตัดสินใจตามแนวทาง โดยผู้วิจัยฝึกทักษะให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมอาศัยข้อมูลที่รวบรวมได้เป็นพื้นฐาน เช่น เมื่อผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวเพิ่ม มีอาการแสดงของอาการหายใจลำบาก มีภาวะบวม ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจในการจัดการตนเอง

2.2.5 การปฏิบัติ เพื่อให้มีพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสมไม่ให้มีการคั่งของเกลือหรือน้ำเกินที่เป็นสาเหตุทำให้หัวใจต้องทำงานหนัก การปฏิบัติการจัดการตนเองของผู้ป่วยในระยะเวลาที่ร่วมโครงการ หากมีข้อสงสัยสามารถโทรศัพท์สอบถามผู้วิจัยเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหา

พบครั้งที่ 2 ที่คลินิกหัวใจแผนกผู้ป่วยนอก ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ตรวจวัดสัญญาณชีพ ชักถามอาการทั่วไป ติดตามเพื่อประเมินผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว รวมถึงฝึกทักษะการจัดการตนเอง ขั้นตอนสุดท้าย คือการสะท้อนตนเอง โดยทำการประเมินร่วมกับผู้ป่วยเพื่อติดตามอาการและการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน หากประเมินแล้วพบว่าผู้ป่วยปฏิบัติการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมและบรรลุเป้าหมาย ผู้วิจัยจะกระตุ้นและสนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติการจัดการตนเองต่อไปอย่างสม่ำเสมอ จากการบันทึกในสมุดบันทึกการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้บอกถึงผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ รับฟังปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตนตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีการฝึกทักษะในการจัดการตนเอง โดยผู้วิจัยคอยดูแลแนะนำตอบข้อสงสัยของผู้ป่วยและกำหนดการนัดหมายครั้งต่อไป ตามนัดของแพทย์ที่คลินิกโรคหัวใจ และเน้นย้ำให้นำคู่มือการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารสำหรับผู้ที่มีภาวะโรคหัวใจล้มเหลวมาด้วยทุกครั้ง

ขั้นที่ 3 ชั้นประเมินผลการทดลอง

พบครั้งที่ 3 ที่คลินิกหัวใจแผนกผู้ป่วยนอก ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ตรวจวัดสัญญาณชีพ ชักถามอาการทั่วไป ติดตามผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสัมภาษณ์เพื่อบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร (Post-test) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้บอกถึงผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ รับฟังปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตน ตอบข้อสงสัยของผู้ป่วย จากนั้นผู้วิจัยกล่าวชมเชยและให้กำลังใจเพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมั่นใจในการจัดการตนเองต่อไป หลังจากนั้นผู้วิจัยแสดงความขอบคุณและยุติความสัมพันธ์

ระหว่างการพบครั้งที่ 1 2 และ 3 เป็นการให้การพยาบาลทางไกลโดยใช้โทรศัพท์และติดตามกลุ่มตัวอย่างสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2 3 5 6 7 8 9 10 และ 11 แต่แต่ละครั้งใช้เวลา 10-15 นาที เนื่องจากขั้นตอนการปฏิบัติผู้ป่วยฝึกปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองในขณะที่อยู่บ้าน ผู้วิจัยจะติดตามทักษะการปฏิบัติตนของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดโดยใช้โทรศัพท์ เพื่อให้คำแนะนำเป็นที่ปรึกษาให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และในระหว่างการปฏิบัติการจัดการตนเองของผู้ป่วยในระยะเวลาที่ร่วมโครงการ หากมีข้อสงสัยสามารถโทรศัพท์สอบถามผู้วิจัยเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหา และอุปสรรคในการปฏิบัติ

ภายหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยเรียบร้อยแล้วจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อทำการทดสอบสมมติฐานการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวภายในกลุ่มด้วยสถิติ Paired Sample

t-test และระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Independent t-test ซึ่งผลการวิจัย การอภิปรายผล และ ข้อเสนอแนะของการวิจัย มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

สรุปผลการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้ตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากข้อมูลส่วนบุคคลพบตัวแปรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร คือ อายุ ระดับการศึกษา และระดับความรุนแรงของโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงตา สุวรรณรัตน์ (2552) พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด เป็นตัววัดความสามารถและศักยภาพในการดูแลตนเอง รวมถึงเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของตนเอง เนื่องจากอายุที่ต่างกันความสามารถและศักยภาพในการดูแลจัดการตนเองจะมีความแตกต่างกันด้วยเช่นกัน สำหรับในเรื่องระดับการศึกษา นุสรา มณีโชติสกุลวงศ์ และคณะ (2552) พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสเฝ้าหาความรู้ มีการซักถามปัญหา การปฏิบัติตัวเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีมากกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำ รวมถึงระดับความรุนแรงของโรคที่เมื่อระดับความรุนแรงกำเริบผู้ป่วยจะไม่สามารถดูแลจัดการตนเองในเรื่องพฤติกรรมบริโภค ในทางตรงกันข้ามหากระดับความรุนแรงยังอยู่ในระดับที่เล็กน้อยถึงปานกลางทักษะการจัดการตนเองจึงจะสามารถถูกนำมาใช้เพื่อให้เกิดพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตติพร วิชิตธงไชย (2555) พบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารของผู้ป่วย และจากการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหลังได้รับโปรแกรม สูงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ดังนี้

ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากการที่กลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมกิจกรรมฝึกทักษะการจัดการตนเองของพฤติกรรมกรรมการบริโภคเป็นรายบุคคล ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารจนกระทั่งผู้ป่วยมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ดีขึ้น ส่งผลให้ลดปัจจัยที่จะนำไปสู่การเกิดอาการกำเริบรุนแรง ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการจัดการตนเองของพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้น มีความสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) ที่กล่าวว่า การจัดการตนเองเป็นการกระทำในการควบคุมภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยเป็นความสามารถในการติดตามและควบคุมภาวะเจ็บป่วยด้วยตนเอง ซึ่งการจัดการตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐธยาน์ สุวรรณคุณหาสน์ (2556) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร การทำกิจกรรมทางกาย และควบคุมเมตาบอลิก ในผู้ป่วยที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมที่พบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับการทำกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้นทั้งที่ 3 และ 6 เดือน และพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับเอสตีแอลคอเรสเตอรอลเพิ่มสูงขึ้น และระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ดังนั้นการนำแนวคิดการจัดการตนเองมาช่วยส่งเสริมการจัดการตนเองในการควบคุมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จะช่วยให้อาการของภาวะหัวใจล้มเหลวไม่กำเริบ ส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตและลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ (Zuily et al., 2010) และเช่นเดียวกับงานวิจัยของ พวงเพ็ชร สมทรัพย์สิน (2556) พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว ($r=.438, p=.01$) คือถ้ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมากจะทำให้มีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวไปในทางที่ดีด้วย (เสาวลักษณ์ ท้ามาก, อรสา พันธุ์ภักดี, กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์ และพิศสมัย อรทัย, 2552)

ผู้วิจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการตนเองโดยจัดกิจกรรมการให้ความรู้เป็นรายบุคคลเกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการการแสดง ภาวะแทรกซ้อนและการป้องกัน รวมถึงการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งสอดคล้องกับโปรแกรมการพยาบาลแบบ

สนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจและ ที่ผลการวิจัยพบว่า การให้ความรู้สามารถเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและเพิ่มคะแนนพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วย (ปาริชาติ คงเสื่อ, 2557) และหลังจากให้ความรู้ผู้วิจัยมีการแจกคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวให้กับกลุ่มทดลอง และฝึกทักษะการจัดการตนเองโดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีของ Creer (2000) ซึ่งเป็นแนวทางการจัดการตนเองที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากเป็นอีกหนึ่งทักษะของการให้การพยาบาลเป็นการดูแลแบบผสมผสานที่สามารถทำร่วมกับการใช้ยาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแบบแผนการดำเนินชีวิต ไม่พบผลข้างเคียง สะดวกและยังสามารถประยุกต์ใช้ในเรื่องอื่นๆ ในการดำเนินชีวิต สามารถกระทำได้อย่างต่อเนื่องอย่างเป็นพลวัตร ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตหรือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างเป็นปกติมีภาวะสุขภาพที่ดี โดยโปรแกรมการจัดการตนเองประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

1) การตั้งเป้าหมาย (Goal selecting) เนื่องจากการตั้งเป้าหมายเป็นการกำหนดพฤติกรรมในอนาคตหรือสิ่งที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้น ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพที่ให้การดูแลควรร่วมกันตั้งเป้าหมายโดยการปรึกษาหารือและกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเองออกมา โดยมีกิจกรรมคือ ให้กลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมายเพื่อการมีพฤติกรรมบริโภคที่ดี เช่น ไม่รับประทานอาหารรสเค็ม ไม่เติมน้ำปลาในอาหารที่ปรุงสำเร็จ ไม่รับประทานอาหารหมักดอง งดหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง น้ำหนักลด 1 กก./เดือน หรือเส้นรอบวงเอวลดลง เป็นต้น ซึ่งการเลือกเป้าหมายเป็นกิจกรรมแรกที่กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการเข้ารับโปรแกรมการจัดการตนเอง ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองเลือกเป้าหมายในการจัดการตนเอง โดยมีการปรึกษาและกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเองร่วมกับผู้วิจัย โดยหลังจากบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและวิเคราะห์ค่าดัชนีมวลกายกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกเป้าหมายเป็นการควบคุมน้ำหนัก และเป้าหมายการไม่เติมหรือปรุงรสเพิ่มเป็นอันดับรองลงมา สอดคล้องกับงานของพวงเพ็ชร สมทรัพย์สิน (2555) พบว่าจากการมีส่วนร่วมในการเลือกเป้าหมายจะทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในเป้าหมายที่สามารถกระทำเพื่อให้สามารถนำความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ทักษะการจัดการตนเองไปเป็นแนวทางที่จะปฏิบัติ และเมื่อกลุ่มทดลองมีความรู้และเข้าใจจึงนำมาซึ่งบทบาทของตนเองในการจัดการตนเอง

2) การรวบรวมข้อมูล (Information collection) เป็นการเรียนรู้และฝึกการเฝ้าระวังสังเกตอาการของผู้ป่วยด้วยตนเองและบันทึกไว้ สำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวควรเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงสำคัญของภาวะน้ำคั่งในร่างกาย พร้อมทั้งมีการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึก โดยมีกิจกรรมคือ ให้ผู้ป่วยบันทึกอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงของตนเอง เช่น น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น อาการบวมกดบุ๋มที่เท้าและหน้าแข้ง รวมถึงฝึกวิธีการประเมินอาการบวมและให้ทดลองปฏิบัติจนสามารถประเมินอาการบวมของตนเองได้ เป็นต้น เช่นเดียวกับการศึกษาของพวงเพ็ชร สมทรัพย์สิน (2555) เมื่อกลุ่ม

ตัวอย่างมีเป้าหมายในการจัดการตนเอง การรวบรวมข้อมูลเป็นกระบวนการที่สิ่งสำคัญที่จะช่วยให้สามารถบรรลุตามเป้าหมายโดยกลุ่มทดลองจะต้องทำการบันทึกข้อมูลสุขภาพทุกวันเป็นข้อมูลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการเฝ้าระวังตนเอง โดยเฉพาะอาการที่ได้กำหนดไว้ คือ อาการบวมกดบวม อาการหายใจลำบาก น้ำหนักตัว ปริมาณเม็ดยาขับปัสสาวะ โดยทำการบันทึกอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่ขั้นตอนการประเมินข้อมูลต่อไป

3) การประมวลและประเมินข้อมูล (Information processing and evaluation) เป็นการรวบรวมข้อมูลที่ได้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง นำข้อมูลที่รวบรวมมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยมีกิจกรรมคือ ให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกการประเมินสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดอาการแสดง เช่น การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัว 1 กก. หมายถึง มีน้ำคั่งในร่างกาย 1 กก. การหยุดพักขณะทำกิจกรรมเมื่อมีอาการเหนื่อยหอบ เกิดจากภาวะเกลือและน้ำคั่งในร่างกายจากอาหารที่ผู้ป่วยบริโภค เป็นต้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ ลดาวัลย์ ฤทธิกล้า (2555) ได้มีการฝึกการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติการเฝ้าระวังและสังเกตอาการด้วยตนเอง การบันทึก อาการแสดงของอาการกำเริบเช่น ภาวะน้ำคั่งและภาวะหายใจลำบาก การประเมินความผิดปกติ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้

4) การตัดสินใจ (Decision making) เป็นขั้นตอนสำคัญของการจัดการตนเองหลังจากผู้ป่วยรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ และประเมินข้อมูลของตนเองเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ผู้ป่วยต้องสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมโดยอาศัยข้อมูลเป็นพื้นฐาน การตัดสินใจของผู้ป่วยถือเป็นหัวใจของความสำเร็จในการจัดการตนเอง

5) การลงมือปฏิบัติ (Action) เป็นการใช้ทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมโรคให้เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ เช่น การลงมือปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองในการควบคุมภาวะน้ำเกิน ภาวะบวม หรืออาการหายใจลำบาก โดยการปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้จะเป็นการกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอและประสบผลสำเร็จ เป็นต้น ซึ่งขั้นตอนนี้เป็นกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างต้องฝึกปฏิบัติเองที่บ้านโดยผู้วิจัยติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ทุกสัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้งใช้เวลา 15-20 นาที เพื่อทบทวนความรู้ทักษะการจัดการตนเอง และเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่บ้านอย่างถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่อง ซึ่งจากการใช้เทคนิคการพยาบาลทางไกลด้วยโทรศัพท์เพื่อตามอาการและการจัดการตนเองพบว่า ในช่วงเริ่มโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างยังไม่กล้าบอกแม่ค้าในเรื่องงดการปรุงอาหารด้วยผงชูรส แต่เมื่อได้รับการติดตามสอบถามการจัดการตนเองจนถึงระยะสัปดาห์ที่ 7-8 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยกล้าบอกแม่ค้าในเรื่องการปรุงรส และส่วนใหญ่ในกลุ่มตัวอย่างเพศชายพบมีพฤติกรรมการบริโภคคงเดิมในช่วงระยะแรกของโปรแกรม แต่หลังจากได้พูดคุยและติดตามอาการ การจัดการตนเองทางโทรศัพท์ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมเลือกรับบริโภคอาหารจากเดิมรับประทานของทอด และเนื้อติดมัน ในสัปดาห์ที่ 5 ของโปรแกรมเริ่มรับประทานลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ (2555) พบว่าการโทรศัพท์ติดตามส่งผลให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีทัศนคติต่อแพทย์และพยาบาลเปลี่ยนไป ทำให้มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันเพิ่มมากขึ้น เกิดการซักถามประเด็นที่สงสัยและนำไปสู่การดูแลตนเองและความสามารถในการทำกิจกรรมที่ดีขึ้น

6) การสะท้อนตนเอง (Self-reaction) เป็นการประเมินความสามารถของตนเองว่าสามารถปฏิบัติตามการจัดการตนเองให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือต้องฝึกทักษะเพิ่มเติม ซึ่งผู้ป่วยเรื้อรังควรทราบถึงข้อจำกัดของการจัดการตนเองในการควบคุมภาวะของโรค ผู้ป่วยควรรู้ว่าตนเองไม่สามารถใช้ทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมทุกๆ พฤติกรรมหรือภาวะของโรคของตนเอง เช่น ประเมินว่าในกระบวนการที่ปฏิบัตินั้นสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ และเป็นกระบวนการเพื่อจัดการปัญหาสุขภาพของตนเองจริงหรือไม่ เป็นต้นช่วยให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารที่ดีขึ้น สรุปจากกิจกรรมและคู่มือการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองเมื่อกิจกรรมครบ 12 สัปดาห์ พบว่า มีกลุ่มตัวอย่าง 10 คนที่ตั้งเป้าหมายเรื่องการลดน้ำหนักสามารถบรรลุเป้าหมายได้ 7 คนและอีก 3 คนยังมีน้ำหนักตัวเท่าเดิม กลุ่มตัวอย่าง 5 คนตั้งเป้าหมายไม่เต็มเครื่องปรุงรสเพิ่ม กลุ่มตัวอย่าง 4 คน ตั้งเป้าหมายไม่รับประทานอาหารแปรรูปและของหมักดอง และกลุ่มตัวอย่าง 3 คน ตั้งเป้าหมายลดเส้นวงเอวทั้ง 3 คนยังคงมีเส้นวงเอวเท่าเดิม แต่ไม่มีอาการกำเริบของภาวะโรคทั้ง 22 คน

ในขณะเดียวกันกลุ่มตัวอย่างอาจได้รับการตรวจติดตามโดยแพทย์หรือบุคลากรทางสุขภาพ แล้วพบว่า ผลการตรวจร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือดีขึ้น จึงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะฝึกทักษะการจัดการตนเองต่อเนื่องจนเกิดเป็นพฤติกรรมที่ยั่งยืน นอกจากนี้กลุ่มทดลองจะได้รับการติดตามและให้การพยาบาลทางไกลโดยใช้โทรศัพท์ ซึ่งเป็นกลยุทธ์หนึ่งทางการพยาบาลที่ผู้วิจัยใช้ติดตามกลุ่มตัวอย่างเพื่อทบทวนเนื้อหาเกี่ยวกับทักษะการจัดการตนเอง เน้นย้ำเป้าหมายที่กลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัยร่วมกันตั้งไว้ อีกทั้งสอบถามปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างพบขณะฝึกปฏิบัติตามการจัดการตนเองที่บ้าน โดยติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 12 สัปดาห์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเลือกรับบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มทดลองก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง และหลังทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเลือกรับบริโภคอาหารอยู่ในระดับสูง

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับของ ลดาวัลย์ ฤทธิกล้า (2555) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อภาวะหายใจลำบาก การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบและคุณภาพชีวิต พบว่า ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนอาการหายใจลำบาก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีอาการหายใจลำบากลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) และผลการเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม

ควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองคะแนนคุณภาพชีวิตมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) และการศึกษาของ Gerdes et al. (2013) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อพัฒนาทักษะการจัดการตนเองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพแก่ผู้ป่วยนอกที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า อัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำภายใน 30 วันของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .021$) อัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำที่ 60 และ 180 วัน ของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมเพียงเล็กน้อย ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.89$) จากการศึกษาพบว่ทั้ง 2 กลุ่มยังมีการสั่งจ่ายและใช้ยา beta blockers , ACEIs และ ARBs แต่มีการสั่งใช้ที่ลดลงกว่าเดิม

จากงานวิจัยดังกล่าวข้างต้น เป็นการศึกษาวิจัยในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ แต่ผลงานวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น แนวคิดการจัดการตนเอง Creer (2000) สามารถทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมและดีขึ้น

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ดังนี้

ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จากการดำเนินกิจกรรมตามแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของ Creer (2000) ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองที่ได้อภิปรายผลข้อที่ 1 แล้วจนเกิดความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคของตนเอง จนกระทั่งส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลจากพยาบาลประจำการปฏิบัติแก่ผู้ป่วยร่วมกับทีมแพทย์ในการดูแล ซึ่งบทบาทของพยาบาลประจำการในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว นั่นคือ ทบทวนแผนการรักษาของแพทย์ แนะนำเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวและการดูแลตนเอง แนะนำการมาตรวจตามนัดตามแผนการรักษา ซึ่งอาจไม่ได้รับการติดตามพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ไม่มีการแจกเอกสารคู่มือเพื่อใช้ในการทบทวนที่บ้าน ดังนั้นกลุ่มควบคุมจึงไม่ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเอง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างอาจไม่มั่นใจในการจัดการตนเองเพื่อให้มีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม ไม่ได้รับการฝึกทักษะ ไม่มีการติดตามเพื่อประเมินสภาพปัญหาและอุปสรรค ไม่มีการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง แต่สำหรับในกลุ่มทดลองนั้นมีพยาบาลให้ความรู้โดยใช้สื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอน (Power point) ช่วยในการอธิบายให้ผู้ป่วยเห็นภาพและเข้าใจได้ง่ายยิ่งขึ้น มีคู่มือการจัดการตนเอง

ซึ่งเป็นทั้งแนวทางการจัดการตนเองและสมุดบันทึกพฤติกรรมจัดการตนเองด้านพฤติกรรม การบริโภคอาหาร ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจมากขึ้นและมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และยังสามารถนำไปอ่านบททวนที่บ้านเพิ่มเติมได้ในบางส่วนที่ไม่เข้าใจเพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติการจัดการตนเองอย่างมีแบบแผน

นอกจากนี้กลุ่มทดลองยังได้รับการโทรศัพท์ติดตามเพื่อกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การจัดการตนเองที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง รวมถึงเป็นการชี้แนะและประเมินปัญหาให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งการโทรศัพท์ยังเป็นการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญของการมาตรวจและรับยาตามแผนการรักษาเนื่องจากทั้งสองสิ่งนี้มีความสำคัญด้วยกันในการจัดการตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จากข้อมูลส่วนบุคคลจะเห็นได้ชัดว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยมีโรคร่วมและส่วนใหญ่คือโรคไขมันในเลือดสูง และ มีค่าเฉลี่ยการใช้ยาทั้ง 5 กลุ่มสูงสุดทั้งสองกลุ่ม ดังนั้นการที่กลุ่มทดลองได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ และกระตุ้นเตือนในเรื่องการมาตรวจและรับยาตามนัดจึงเป็นผลดีเป็นการพยาบาลที่ควบคู่กับแนวทางการรักษาของแพทย์ด้วยการใช้ยา ซึ่งในกลุ่มควบคุมจะไม่ได้รับการจัดกิจกรรมดังกล่าว

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าโปรแกรม การจัดการตนเองมีผลทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมบริโภคอาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่ทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยใช้แนวคิด การจัดการตนเองของ Creer (2000) ได้แก่ การศึกษาของ ธนากรณ์ แก้วยก (2553) ศึกษาผลของ โปรแกรมการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบากและ ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบากต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และอรวรรณ ประภาศิลป์ (2556) ศึกษาผลของ โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง ภาวะอ้วน ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยส่งเสริมสมรรถนะในการจัดการตนเองที่พัฒนาจากทฤษฎีสมรรถนะ แห่งตนของ Bandura (1997) และแนวคิดการจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Creer (2000) ผลการศึกษาพบว่าหลังเข้าโครงการ 4 และ 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรม การจัดการตนเองสูงกว่าก่อนเข้าโครงการและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังเข้าโครงการ 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าดัชนีมวลกายความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ Wright et al. (2003) ศึกษากระบวนการจัดการตนเองในโปรแกรมการจัดการ โรคหัวใจล้มเหลว พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้ในการจัดการ

ตนเอง และมีพฤติกรรม การชั่งน้ำหนักตัวและการบันทึกน้ำหนัก ตัวเป็นประจำมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากงานวิจัยดังกล่าวข้างต้น จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมการจัดการตนเองของ Creer (2000) ที่ให้กับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวดังที่กล่าวมาแล้วนั้น สามารถทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่ดีขึ้น และยังเป็นอีกหนึ่งทักษะของการให้การพยาบาลเป็นการดูแลแบบผสมผสานที่สามารถทำร่วมกับการใช้ยาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแบบแผนการดำเนินชีวิต ไม่พบผลข้างเคียง สะดวกและยังสามารถประยุกต์ใช้ในเรื่องอื่นๆ ในการดำเนินชีวิต สามารถกระทำได้อย่างต่อเนื่องอย่างเป็นพลวัตร ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตหรือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างเป็นปกติมี ภาวะสุขภาพที่ดี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลประจำคลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอกนำโปรแกรมการจัดการตนเองมาใช้ในการ พยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวยุคนอกหรือรายกลุ่ม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การบริโภคอาหาร
2. ควรนำเอกสารคู่มือพฤติกรรม การจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งแผนก ผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วย เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การจัดการตนเองที่เหมาะสมและต่อเนื่อง
3. ควรมีการจัดอบรมระยะสั้นเกี่ยวกับการนำโปรแกรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร ของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวให้พยาบาลเห็นความสำคัญกับการให้ความรู้ การฝึกทักษะที่ถูกต้อง เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วย
4. เสนอต่อผู้บริหารเพื่อนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายพัฒนารูปแบบทางการพยาบาลในเรื่อง โปรแกรมการจัดการตนเองของพฤติกรรม การบริโภคอาหาร และเรื่อง การพยาบาลทางไกลโดยใช้ โทรศัพท์ (Telephone Health Nursing)

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มระยะเวลาการติดตามเพื่อประเมินผลของโปรแกรมในระยะยาว เช่น 6 เดือนหรือ 1 ปี เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรม การบริโภคอาหารในแต่ละช่วงเวลา เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจ ล้มเหลวจำเป็นต้องมีการจัดการตนเองของพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง ตลอดชีวิต
2. อาจมีการทำการวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม การบริโภค อาหารของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ต่อไป เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไต เป็นต้น เนื่องจากโรคเรื้อรังดังกล่าวมักมีปัจจัยของอาการกำเริบรุนแรงจากพฤติกรรม การบริโภคอาหาร

3. อาจมีการศึกษาเพิ่มในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่ยังไม่เคยได้รับความรู้เรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
4. อาจเป็นแนวข้อคำถามของการให้การพยาบาลทางไกลด้วยโทรศัพท์ เพื่อประโยชน์ในการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ในการนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ต่อไป



รายการอ้างอิง

- กัลยา กาลสัมฤทธิ์.(2553). การประเมินภาวะโภชนาการ, เอกสารการประชุมวิชาการประจำปี 2553
ชมรมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย : กรุงเทพมหานคร.
- จอม สุวรรณโณ และ คณะ. (2551). การดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง. วารสารสภาการ
พยาบาล, 23 (1), 35-47.
- จริญญา คมเฉียบ. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การ
สนับสนุน การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะ
หัวใจล้มเหลว. วิทยานิพนธ์ สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทร์จิรา เกียรติสีสกุล และคณะ. (2551). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนให้ความรู้ ต่อความรู้
พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว. วารสารพยาบาล
โรคหัวใจและทรวงอก, 19(2), 23-39.
- จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ .(2555). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อความสามารถ
ในการ ทำกิจกรรมและการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. ราชกิจจานุเบกษา
, 18(1), 102-118.
- จิตติพร วิชิตธงไชย. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดและหัวใจในศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
ศรีนครินทร์เวชสาร, 27(4), 340-346.
- จิราภรณ์ มีชูสิน. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายของ
ผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 18(2), 19-33.
- ชมนาด วรรณพรสิริ และวารภรณ์ สัตยวงศ์. (2552). การพยาบาลผู้ใหญ่ที่มีปัญหาในระบบต่างๆของ
ร่างกาย: การประยุกต์ใช้แบบแผนสุขภาพ เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ: ธนาเพลส.
- ณรชา เรืองวิสัย, พิกุล นันทชัยพันธ์ และ จินดารัตน์ ชัยอาจ. (2556). การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็น
ระบบเกี่ยวกับวิธีการดูแลหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว.
พยาบาลสาร, 40(3), 50-61.
- ณัชชา ภิรมย์. (2551). ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทาง
สุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ สาขาพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ณัฐธยาน์ สุวรรณคฤหาสน์. (2556). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การทำกิจกรรมทางกาย และควบคุมเมตาบอลิกในผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*. 4(17). 371-383.
- ดวงตา สุวรรณรัตน์ สุวลี โลวีร์กรณ์ และสยาม คำเจริญ. (2552). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*.
- ดรุณีวัลย์ วโรดมวิจิตร (2552). *เวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ฮาสน์ พรินต์ติ้ง จำกัด.
- เดือนฉาย ชยานนท์. (2539). หัวใจวาย. ใน *วิทยา ศรีตมา (บรรณาธิการ), ตำราอายุรศาสตร์ 2*, หน้า 127-157. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ยูนิตีส์ พัชลิเคชั่น.
- ธนากรณ แก้วยก. (2553). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบากและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง. *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*.
- ธีระพล ชัยสงคราม. (2552). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วิทยานิพนธ์ สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.
- นรลักษณ์ เอื้อกิจ และพัชรพรรณ ศรีคง. (2556). ภาวะหัวใจวาย : การพยาบาลและคำแนะนำ. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 27(1), 131-143.
- นิตยา เพ็ญศิริรักษา. (2548). *แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับโภชนศึกษา*. เอกสารการสอนชุดโภชนศาสตร์สาธารณสุข หน่วยที่ 7 (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- นิตยา ศรีสุข. (2551). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร. *วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.
- นิธิตา เชาวลิต. 2554. *Critical Care Nursing*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด.
- นิภาพร ประจันบาล. (2550). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล. *วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล*.

- นุสรรา มณีโชติสกุลวงศ์ พรรณรัตน์ นนทิ และไพสิฐ มारยาท. (2552). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ กรณีศึกษา อำเภอศรีสัชชนาลัย จังหวัด สุโขทัย. วารสารโรงพยาบาลพิจิตร, 24(2), 21-32.
- เบญจมาศ ถาดแสง. (2555). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการ ตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง, พยาบาลสาร, 39 (4), 124-137.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ปนัดดา สุวรรณ. (2551). ผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายต่อพฤติกรรม สุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปราณี ทัพไพเราะ และคณะ. (2554). การพยาบาลอายุรศาสตร์ 2 .พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ:เอ็นพี เพลส.
- ปาริชาติ คงเสื่อ ปชานันท์ ตันติโกสม และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2557). ผลของโปรแกรมการพยาบาล แบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด หัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ. วารสารเกื้อการุณย์. 21(ฉบับพิเศษ),168-185.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง.(2555). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (พิมพ์ครั้งที่ 9 ed.). ขอนแก่น: หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- พวงเพชร สมทรัพย์สิน. (2555). ผลของ โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง ของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ, 30(4), 88-95. .
- พัชรวรรณ ศรีคง และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2554). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการ ควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง. วารสารเกื้อ การุณย์, 18 (1), 52-66.
- มูลนิธิโรคหัวใจแห่งประเทศไทย. (2010). สถิติโรค [ออนไลน์]. แหล่งที่มา www.thaiheartfound.org [2557,เมษายน,10].
- เยาวภา บุญเที่ยง (2545). การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพ และการกลับเข้าพักรักษาใน โรงพยาบาลของผู้สูงอายุหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิช. (2547). *การจัดการการรรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบบูรณาการ*. ใน อภิชาติ สุขนธสรร์ และ รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิช (บรรณาธิการ), Heart failure. 219-233. เชียงใหม่: ไอแอม ออร์แกไนเซอร์ แอนด์ แอ็ดเวอร์ไทซิง.
- รพีพันธุ์ สุ่มศิริ และคณะ. (2552). *การทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการเพื่อลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว*. โรงพยาบาลตากสิน กรุงเทพมหานคร.
- เรวัตร์ กิ่งทองคำ (2552). *Heart Failure อายุรศาสตร์ทันยุค 2552 (วันชัย เดชสัมฤทธิ์ฤทัย บรรณาธิการ)*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
- ลดาวลัย ฤทธิกล้า.(2555). *ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อภาวะหายใจลำบากการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบและคุณภาพชีวิต*.พยาบาลสาร, 39(1), 64-74.
- วสุนธิ์ เสรีสุชาติ. (2543). *การศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของหญิงวัยเจริญพันธุ์ในโรงงานอุตสาหกรรมที่สัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กจังหวัดฉะเชิงเทรา*. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วาสนา สุวรรณรัตน์. (2556). *ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว*. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 24(1), 2-16.
- วิชาญ เพ็ญศรีศิริกุล. (2555). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของบุคคลวัยทำงานในกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์การกีฬา. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริวรรณ ตั้งวิจิตรสกุล. (2550). *ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว*. วิทยานิพนธ์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- ศิริวัฒน์ วงศ์พุทธคา. (2551). *ผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สำนักนโยบายและกลยุทธ์ศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคนด้วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทยตั้งแต่ปี 2547 – 2556. (ออนไลน์). เข้าถึงจาก <http://bps.moph.go.th/ป่วย51-52/10ลำดับผู้ป่วยในปี 2551-2556>. (วันที่สืบค้นข้อมูล: 5 กรกฎาคม 2559).
- สมนพร บุญยะรัตนเวช. (2543). *แนวทางการตรวจรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจทางอายุรกรรม*. ใน *วิศาลคันธรัตน์กุลและรพีพลกฤษณ ญ อยุธยา (บรรณาธิการ)*. เวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจ. กรุงเทพฯ: ชมรมฟื้นฟูหัวใจสมาคมแพทย์.

- สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์ (2552). หัวใจล้มเหลว. ใน *วิทยา ศรีตاما (บรรณาธิการ) ตำราอายุรศาสตร์ 4*. (พิมพ์ครั้งที่ 3) กรุงเทพฯ: โครงการตำรา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย (2552). *แนวทางการปฏิบัติมาตรฐานเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว*. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย.
- สายรุ่ง บัวระพา. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคมและกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยหัวใจวายเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เสาวลักษณ์ ท้ามาก, อรสา พันธรักดี, กุสุมา คุ้มวัฒนสัมพันธ์ และพิศสมัย อรทัย. (2552). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว*. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 20 (2), 31-44
- นางสุวรรณา เชียงขุนทด. (2556). *ความรู้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนภาวะซีเจริญ*. การวิจัยเพื่อพัฒนาพื้นที่สร้างสรรค์เพื่อสุขภาพ: กรณีนำร่องเขตภาวะซีเจริญ กรุงเทพมหานคร. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- อรุณลดา นางแย้ม. (2550). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง*. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 19(3). 84-96.
- อรกมล เพ็งกุล, นรลักษณ์ เอื้อกิจ และปชาณัญญ์ ตันติโกสม. (2556). *ผลของโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ*. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 25 (2), 32-48
- อรนุช เรืองขจร. (2554). *ประสิทธิผลโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคที่ติดต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและระดับการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคที่ติดต่อ* โรงพยาบาลระนอง จังหวัดสงขลา. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 34(3), 11-21.
- อรวรรณ ประภาศิลป์. (2556). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ภาวะอ้วนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดและการหายจากภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม*. พยาบาลสาร, 40 (1), 35-48.
- อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์. (2550). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ*. วารสารคณะพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา, 17(3), 41-53.

- American Heart Association. (2009). *2009 Focused Update: ACCF/AHA Guidelines for 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 Collaboration With the International Society for Heart.* Journal of the American Heart Association.119,1977-2016.
- Barlow, J., Gray, C., and Wright, S. (2003). *Self-management approaches for people with chronic condition: A review patient education and counseling* .48, 177-187.
- Beltrame, D., Lo Cascio, N., Miotto, D., Mapp, C.E.,Rosa, E.,and Boschetto, P. (2007). *Occupational exposure and chronic heart failure severity.* Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia. 29 (3), 438-439.
- Bennett, S.J., Lane K.A., Welch, J., Perkins, S.M., Brater, D.C., and Murry, M.D. (2005). *Medication and dietary compliance beliefs in heart failure.* Western Journal of Nursing Research, 27, 977-993.
- 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.
- Brauwald, E. (2001). *Heart Failure Harrison's principles of international medicine (15 ed) New York: McGrew Hill.* 1318-1329.
- Britton, A. (2010). Alcohol and heart disease. Br Mediical Journal 10: 341.
- Brown, N. J., and Vaughan, D. E., (1998). *Angiotensin-converting enzyme inhibitors.* Circulation. (97), 1411-1420.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nurse research: appraisal, synthesis, and generation of evidence (6 ed.).* St. Loius, MO: Elsevier Saunders.
- Butler, J. (2010). *The management of heart failure.* Practice Nursing, 21(6), 290-296.
- Carelock, J., Clark, A. P., (2001). *Heart Failure: Pathophysiologic Mechanism.* American Journal of Nursing, 101(12), 26-32.
- Catherine E. Cooke, Teisha A, and Robertson (2006). *Dyslipidemia management in a primary care practice.* The American Journal of Cardiology.
- Cermona-Bernal, C., Ruiz-Garcia, A., Villa-Gil, M., Sanchez-Armengol, A., Quintana-Gallego, E., and Ortega-Ruiz, F. (2008). *Quality of life in patients with*

- Congestive heart failure and central sleep apnea.* Respiratory Disease Medical-Surgery Unit. 9(6), 646-651.
- Clark, N.M., Becker, M.H., Janz, N.K., and Lorig, K. (1991). *Self-management of chronic disease By older adult: A review and question for research.* Journal Aging Health, 3, 3-27.
- Coates, V.E. and Boore R.P. (1995). *Self-management of chronic illness: Implementation for nursing.* International Journal Nursing Student, 32(6), 628-640.
- Creer, L. T. (2000). *Self-management of chronic illness.* In M. Boekaerts, P. R. Pintrich, & M., and Zeider(Eds). Handbooks of self-regulation. California, Academic.
- Curtin, R.B., Mapes, D., Shatell, D., and Burrows-Hudson S. (2005). *Self-management in patient with end stage renal disease.* Exploring domain and dimensions. nephrology nursing journal, 32(4), 389-395.
- Daniel, L., Martin G.L., Ramachandran S.V., William B.K., and Kalon K.L.Ho. (1996). *The Progression from hypertension to congestive heart failure.* Journal of American medical association, 275, 1557-1562.
- .DeWald, T., Gaulden, L., Bey, M., Whellan, D., and Bowers, M., (2000). *Current trends in the management of heart failure.* Nursing Clinical of North America, 35(4), 855-875.
- Eisenberg,D. (2009). *The Importance of lowering cholesterol in patients with coronary heart disease.* The journal of American Heart association, 21(2), 81-84
- Eva, P., Stefan, C., Rasmus, M., and Merete H. (2010). *Lower levels of education are associated with increased risks of heart failure.* European Journal of Heart Failure ,10 ,435.
- 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.
- Gerdes, P., and Lorenz, R. (2013). *The Effect of an outpatient interdisciplinary heart failure education program.* The Journal for Nurse Practioners 9(7): 422-427.
- Gould ,K.E. (2002). *Heart failure and greater infarct expansion in middle-aged mice: a relevant model for postinfarction failure.* American journal of physiology.Heart and circulatory physiology 282(2): 15-21.

- Gysele, S.B., Anneke, M.K., Miriam, C.J., Sabine, M.J., Hofman, A., and Jaap W.D. (2004). *Quantifying the heart failure epidemic: prevalence, incidence rate, lifetime risk and prognosis of heart failure*. Journal American College Cardiol, 5(4), 721-725.
- Hooper, L., Bartlett, C., Davey, S.G., and Ebrahim S. (2003). *Systematic review of long term effects of advice to reduce dietary salt in adults*. The Journal of American Association, 326(7382), 222.
- Hornig, H.C., and Robert, W.S. (2006). *Pathophysiology of volume overload in acute heart failure syndromes*. The American Journal of Medicine, 119(12), 11-16.
- Janet, C.M., Lorraine, Q.F., and Mei-Kuei, T. (2007). *A systematic review of exercise interventions in patients with heart failure*. Biological Research for Nursing, 1(2), 156-182.
- Jagasia, D. and Mc.Nulty, P.H. (2003). *Diabetes mellitus and heart failure*. Congestive Heart Failure, 9(1), 133-141.
- Mark, W.C., Haddock, K., Poston, C., and John, A.S., (2007). *The Impact of Smoking Status on the Health Status of Heart Failure Patients*. The American Journal of Cardiology
- Marcus, P.H., Laurie, E., Ruslan, L.T., Henderson, K., Barakat, J., and Samarel, A., (2008). *Rate with congestive heart failure have increased anxiety*. The FASEB Journal.
- Methakanjanasak, N. (2005). *Self- Management of End – Stage Renal Disease Patient Receiving Hemodialysis*. Doctor of Philosophy in Nursing, Graduate School, Chaingmai University.
- Micheal, K. A., and Parnell, J.K. (1998). *Innovation in the Pharmacologic management of heart failure*. American Association of Critical Care Nurses 9(2): 1-29.
- Newman, S. Steed, L. and Muligan, K. (2004). *Self- management intervention for chronic illness*. Lancet, 364, 1523-1537.
- New York Heart Association (2009). *Congestive Heart Failure Assessment Tools: New York Heart Association Functional Classification*. Little Brown and Company.
- Norberg, E.B., Boman K, and Lofgren, B. (2008). *Activities of daily living for old persons in primary health care with chronic heart failure*. Skelleftea County Hospital, Skelleftea, Sweden, 22(2), 203-210.

- Ogale, S., Blake, S., Biglane, G., and Medon, P. (2008). *An Economic Analysis of Congestive Heart Failure in the Louisiana Medicaid Program* The University of Louisiana at Monroe. USA, 10(1046), 97-98.
- Philipson, H., Ekman, I., Swedberg, K., and Schaufelberger, M. (2010). *A pilot study of salt and water restriction in patients with chronic heart failure*. Department of Clinical Nutrition, Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg, Sweden, 44(4), 209-214.
- Pihl, E. (2010). Patients' experiences of physical limitations in daily life activities when suffering from chronic heart failure; a phenomenographic analysis. Unit of research and development in primary care, Jonkoping, Sweden.
- Polit, D.F., and Beck, C.T. (2007). *Nursing research: Principles and methods*. (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Prakash, C.D. (1997). *The Progression From Hypertension to Heart Failure* The Progression From Hypertension to Heart Failure. American Journal of Hypertension 10(97), 280-288.
- 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.
- Rathore, S.S., Masoudi, F.A., Wang, Y., Curtis, J.P., Foody, J.M., and Havranek, E.P., (2006). *Socioeconomic status, treatment, and outcomes among elderly patients hospitalized with heart failure: findings from the National Heart Failure Project*. American Heart Journal. 152(2), 371-378.
- Rector, T.S. (2005). *A conceptual model of quality of life in relation to heart failure*. Journal of Cardiac Failure 11(3), 173-176.
- Rees K, Taylor R.S., Singh S, Coats A.J., and Ebrahim S. (2004). *Exercise based rehabilitation for heart failure*. Cochrane Database Syst Rev, 3, 480.
- Richard, N.F. (2008). *Does Stress Really Cause Heart Disease?*. Europea Journal of Heart Failure.
- Rigel, B., Carlson, B., and Glaser, D., (2000). *Development and testing of a clinical tool measuring self-management of heart failure*. Clinical Excellence for Nurse practitioner, 6(3), 23-30.

- Robin, A.P. (2006). Heart Failure in Older Patients: Epidemiology: Prevalence and Incidence. 13(4), 257-266.
- Schilling, S.L., Grey, M., and Knalf, A.K. (2000). *The concept of self-management of type 1 diabetes in children and adolescent : an evolutionary analysis.* Journal of Advance Nursing, 37(1), 87-99.
- Song, M., and Lipman, T.H. (2008). *Concept analysis: Self-monitoring in type 2 diabetes mellitus.* International Journal of Nursing Studies, 6.
- Tanya, G.R., Mohammed U.K., Caroline S.B., and Kenneth M.L. (2010). *Degree of disability and patterns of caregiving among older americans with congestive heart failure.* Journal of General Internal Medicine 23(1), 70-76.
- Wagner, E.H., Austin, B.T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., and Bonomi, A. (1999). *Improving chronic illness care: translating evidence into action.* health affairs, 20, 64-78.
- World Health Organization. (2009). *Primary health care: The basis for health systems strengthening.* New Delhi World health organization regional office for south-east asia.
- Wright, S.P., Verouhis, D., Gamble, G., Swedberg, K., and Sharpe N. (2003). *Factors influencing the length of hospital stay of patients with heart failure.* The European Journal of Heart Failure, 201-209.
- Wu, Y-T. (2010). *Anxiety and depression aer often present in patients with chronic heart failure.* National Taiwan University Hospital.
- Zuily. (2010). *Impact of heart failure management unit on heart failure-related readmission rate and mortality.* Archives of Cardiovascular Diseases 103(2): 90-96.





รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ- นามสกุล	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
1. อาจารย์นายแพทย์ไพโรจน์ ฉัตรานุกุลชัย	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม โรคหัวใจและหลอดเลือด ภาควิชา อายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย
2. ผศ.ดร. ดวงกมล วัตราดุล	อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาล ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาล สภากาชาดไทย
3. ผศ.ดร. วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล	อาจารย์พยาบาลภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาลัยมหิดล
4. นางอรวิภาญจน์ ชัยมงคล	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการ พยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาด ไทย
5. นายวินิตย์ หลงระเลิง	ผู้จัดการทางการพยาบาลผู้ป่วย โรคหัวใจ (APN Cardiovascular Disease) กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระ- เกียรติ

ภาคผนวก ข
ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ เอกสารการขอใช้เครื่องมือวิจัย
จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และจดหมายขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/ 14๕๔



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

15 กันยายน 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

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

เนื่องด้วย นางสาวสว่างจิต คงภิลล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลัทธน์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ต.ต. หญิง ดร. ปชานันท์ ดันดีโกสม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. นายแพทย์ ไพโรจน์ ฉัตรานุกุลชัย อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์
2. นางอรรวิกาญจน์ ชัยมงคล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาพยาบาลเวชศาสตร์ ศัลยกรรม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สัปดาห์เรียน	นายแพทย์ ไพโรจน์ ฉัตรานุกุลชัย และนางอรรวิกาญจน์ ชัยมงคล
ฝ่ายวิชาการ	โทร: 0-2218-1131 โทรสาร: 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลัทธน์ เอื้อกิจ โทร: 0-2218-1152
อาจารย์ที่ปรึกษาพร้อม	อาจารย์ ร.ต.ต. หญิง ดร. ปชานันท์ ดันดีโกสม โทร: 0-2218-1149
ชื่อนิสิต	นางสาวสว่างจิต คงภิลล โทร: 08-6382-3037

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ	188
วันที่	๑๙ ต.ค. ๕๘
เวลา	๑๐.๐๐ น.
ผู้รับ	Car

เรื่อง ขอนั่งสื่อขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย
เรียน คณบดี (ผ่านรองคณบดี)

ข้าพเจ้า นางสาวสว่างจิต คงภิบาล รหัสประจำตัว 5677216036 นิสิตสาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 100/417 ซอย 28 ถนน เพชรรัชดา ตำบล/แขวง สะพานสูง อำเภอ/เขต สะพานสูง
จังหวัด กรุงเทพฯ รหัสไปรษณีย์ 10250 โทรศัพท์ 086-3823037

หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)
ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

1. ชื่อเครื่องมือ แบบวัดพฤติกรรมการรับประทานอาหาร Thai version of Heart Healthy Eating
2. ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ
3. ชื่อเจ้าของเครื่องมือ Maegaret และแปลเป็นภาษาไทยโดย ปชานัญญ์ ดันติโกสมและคณะ
4. ปีของวิทยานิพนธ์ 2556

ลงนาม สว่างจิต คงภิบาล ผู้ยื่นคำร้อง
(นางสาวสว่างจิต คงภิบาล)
๑๙ / ๑๐ / ๕๘

<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ /เห็นชอบ/คัดค้านกรณีใด</p> <p>ลงนาม <u>สว่างจิต คงภิบาล</u> (ศ.จ. สว่างจิต คงภิบาล) ๑๙ / ๑๐ / ๕๘</p>	<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิติศาสตร์ /เห็นชอบ/คัดค้านกรณีใด</p> <p>ลงนาม <u>สุวิภา อธิกุล</u> (๑๘ / ๑๐ / ๕๘)</p>
<p>ความเห็นรองคณบดี เห็นชอบ</p> <p>ลงนาม <u>สุวิภา อธิกุล</u> (๑๗.๑๖.๑๖ / สุวิภา อธิกุล) ๑๘ / ๑๐ / ๕๘</p>	<p>อนุญาต <u>สุวิภา อธิกุล</u> (รองศาสตราจารย์ ดร. สุวิภา อธิกุล) คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์</p>

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย
เรียน คณบดี (ผ่านรองคณบดี)

เลขที่รับ 1138
วันที่ 18.01.58
เวลา 10.01 น.
ผู้รับ Cpt

ข้าพเจ้า นางสาวสว่างจิต คงภิบาล รหัสประจำตัว 5677216036 นิสิตสาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 100/417 ซอย 28 ถนน กรุงเทพกรีฑา ตำบล/แขวง สะพานสูง อำเภอ/เขต สะพานสูง
จังหวัด กรุงเทพฯ รหัสไปรษณีย์ 10250 โทรศัพท์ 086-3823037

หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)
ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อเครื่องมือ แบบสอบถามการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย
- ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจ
วายภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง
- ชื่อเจ้าของเครื่องมือ พัทธวรรณ ศรีคง และนรลักษณ์ เอื้อกิจ
- ปีของวิทยานิพนธ์ 2553

ลงนาม สว่างจิต คงภิบาล ผู้ยื่นคำร้อง
(นางสาวสว่างจิต คงภิบาล)
23 / 11 / 58

ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ <u>น.ส.ดร.วิภาดาพร</u>	ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ <u>คณบดี/รองคณบดี</u>
ลงนาม <u>น.ส.ดร.วิภาดาพร</u> (น.ส.ดร.วิภาดาพร วิชาญ) 23 / 11 / 58	ลงนาม <u>น.ส.ดร.วิภาดาพร</u> (น.ส.ดร.วิภาดาพร วิชาญ) 29 / 11 / 58
ความเห็นรองคณบดี <u>น.ส.ดร.วิภาดาพร</u>	อนุญาต <u>วิภาดาพร วิชาญ</u> (รองศาสตราจารย์ ดร. สุวิพร อนุศิลป์) คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ 29 / 11 / 58

ที่ ศร 0512.11/1382



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศิตพรพร ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๕ กันยายน 2558

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสว่างจิต คงภิบาล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ต.ต. หญิง ดร. ปชานันท์ ตันติโกสม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างน้อย 6 เดือน และเป็นผู้ป่วยรายเก่าที่มีระดับ Functional Heart Classification 2-3 จำนวน 80 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมบริโภคอาหาร แผนการสอนสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว คู่มือสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองในการบริโภคอาหาร ทั้งนี้สืตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวสว่างจิต คงภิบาล ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152

อาจารย์ที่ปรึกษาพร้อม

อาจารย์ ร.ต.ต. หญิง ดร. ปชานันท์ ตันติโกสม โทร. 0-2218-1149

ชื่อนิสิต

นางสาวสว่างจิต คงภิบาล โทร. 08- 6382-3037



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศธ 0512.11 / 1๕๕๒

วันที่ ๕ กันยายน 2558

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน รองคณบดีฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. Submission Form 1 ชุด
 2. Self-Assessment Form For PI 1 ชุด
 3. เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย 1 ชุด
 4. เอกสารแสดงความยินยอม 1 ชุด
 5. โครงการวิจัย (ฉบับเต็มและฉบับย่อ) 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสว่างจิต คงภิบาล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ต.ต. หญิง ดร. ปชานันท์ ตันติโกสม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวสว่างจิต คงภิบาล เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

อาจารย์ ร.ต.ต. หญิง ดร. ปชานันท์ ตันติโกสม โทร. 0-2218-1149

ชื่อนิสิต

นางสาวสว่างจิต คงภิบาล โทร. 08- 6382-3037

ภาคผนวก ค
เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และเอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรม



	<p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: right;">AF 10-05/4.0</p> <p style="text-align: center;">เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย</p>
---	--	--

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
วันที่ทำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ที่อยู่.....
.....ได้อ่านรายละเอียดจาก
เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วม โครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วม
โครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วย
เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วม โครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจาก
ผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือ
จากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางการรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและ โอกาส
เพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจ ไม่มีบิดบังซ่อน
เร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการ
เข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจาก
ข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงาน
คณะกรรมการอาหารและยาอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำ ไปเพื่อ
วัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่
จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้


ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและ
ต้องการให้ทำลายเอกสารและหรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้า และสามารถยกเลิกการให้สิทธิ
ในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีเปิดเผยชื่อ จะผ่าน
กระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์
และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัช
ภัณฑ์ เท่านั้น



INSTITUTIONAL REVIEW BOARD	
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
IRB No.	507 / 58
Date of Approval	9 ก.พ. 2558

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>AF 10-05/4.0</p> <p>เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย</p>
--	---

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

..... ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
วันที่ เดือน พ.ศ.

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้าได้อ่านถึงวัตถุประสงค์ของกรวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยตามนามข้างต้น ได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

..... ลงนามผู้ทำวิจัย
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่ เดือน พ.ศ.

..... ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่ เดือน พ.ศ.

หน้า 1



INSTITUTIONAL REVIEW BOARD	
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
IRB No.	527 / 58
Date of Approval	19 ธ.ค. 2559

Version 2 Dated 24/12/2558



COA No. 131/2016

IRB No. 537/58

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

1873 Rama 4 Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel 662-256-4493

Certificate of Approval

The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, has approved the following study in compliance with the international guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Study Title : THE EFFECT OF SELF-MANAGEMENT PROGRAM ON EATING BEHAVIORS OF PERSONS WITH HEART FAILURE

Study Code :-

Principal Investigator : Miss Sawangchit Kongpibarn

Affiliation of PI : Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

Review Method : Full board

Continuing Report : Every 6 months.

Document Reviewed :

1. Research Proposal Version 2 date 22/12/2015
2. Protocol Synopsis Version 2 date 24/12/2015
3. Information sheet for participants in the study group Version 4 Dated 03/02/2016
4. Information sheet for participants in the research project. For the control group Version 4 Dated 03/02/2016
5. Informed consent to participate in research projects Version 2 Dated 24/12/2015
6. Tools used in research Version 2 date 24/12/2015
7. CURRICULUM VITAE



8. GCP Training

Signature: <u>Tada Sueblinvong</u>	Signature: <u>Onanong Kulaputana</u>
(Emeritus Professor Tada Sueblinvong MD)	(Associate Professor Onanong Kulaputana MD, PhD)
Chairperson	Member and Assistant Secretary, Acting
The Institutional Review Board	The Institutional Review Board

Date of Approval : February 9, 2016

Approval Expire Date : February 8, 2017

Approval granted is subject to the following conditions: (see back of this Certificate)



COA No. 131/2016

IRB No. 537/58

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4493

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ	: ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
เลขที่โครงการวิจัย	: -
ผู้วิจัยหลัก	: นางสาวสว่างจิต - คงภิบาล
สังกัดหน่วยงาน	: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
วิธีบทพวน	: คณะกรรมการเต็มชุด
รายงานความก้าวหน้า	: ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อยทุก 6 เดือน

เอกสารรับรอง

1. โครงร่างการวิจัย Version 2 date 22/12/2015
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 2 date 24/12/2015
3. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย กลุ่มทดลอง Version 4 Dated 03/02/2559
4. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย สำหรับกลุ่มควบคุม Version 4 Dated 03/02/2559
5. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 2 Dated 24/12/2558
6. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย Version 2 date 24/12/2558
7. ประวัติผู้วิจัย



8. GCP Training

ลงนาม ดร. ธีรภัทร
 (ศาสตราจารย์กิตติคุณแพทย์หญิงธาดา สีบหลินวงศ์)
 ประธาน
 คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม ดร. อรุณ
 (รองศาสตราจารย์ ดร. พญ. อรุณงค์ กุลละพัฒน์)
 กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการปฏิบัติหน้าที่แทนเลขานุการ
 คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

วันที่รับรอง : 9 กุมภาพันธ์ 2559

วันหมดอายุ : 8 กุมภาพันธ์ 2560

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการกำกับกรวิจัย ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมบริโภคอาหาร รายละเอียดดังนี้

1) แผนการสอนให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวและการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมบริโภคอาหาร

2) แผนการสอนการฝึกทักษะจัดการตนเองต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารซึ่งพัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของ Creer (2000)

3) แผนการสอนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสมของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

2. คู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและสมุดบันทึกภาวะสุขภาพ

3. สื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอน (Power Point) เรื่องความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวและการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมบริโภคอาหาร

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (สำหรับผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ)

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความลงในช่องว่างที่กำหนดไว้ในข้อมูลส่วนบุคคลหรือทำเครื่องหมาย (✓) ในวงเล็บหน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง

แบบสอบถามเลขที่

วันที่ทำแบบสอบถาม.....เวลา.....

1. เพศ ชาย หญิง

สำหรับผู้ป่วย

2. อายุ ปี

3. สถานภาพสมรส

โสด สมรส หม้าย / หย่าร้าง แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษา

ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา

มัธยมศึกษา ปวส./อนุปริญญา

ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี

สำหรับผู้วิจัย

5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน บาท

6. น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบวงเอว

ระดับความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ

7. โรคร่วม HT DM DLP อื่นๆ.....

8. ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว เดือน ปี

9. ประสบการณ์การได้รับความรู้เรื่องอาหารเฉพาะของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เคย ไม่เคย

10. การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวในปัจจุบัน

การรับประทานยา

การรักษาโดยไม่ใช้ยา เช่น การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำและอาหารที่มีรสเค็ม

อื่นๆ ได้แก่ ทั้งยาและไม่ใช้ยา,

11. กลุ่มยาที่รักษาภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับ

ยาเพิ่มประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ Digoxin

ยาควบคุมจังหวะการเต้นของหัวใจ Atenolol Prenolol carvedilol Metoprolol

ยาขับปัสสาวะ furosemide Lasix bumetanide spironolactone

ยาลดความดันโลหิต Amlodipine Enalapril captopril ramipril lisinopril

ยาด้านการแข็งตัวของเลือด Coumadin aspirin warfarin

ยาด้านอาการเจ็บหน้าอก[] Isordil

ยาลดระดับไขมันในหลอดเลือด[] Lipitor [] bestatin [] lopid [] Ezetrol

ยาอื่นๆระบุ.....

12. ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว

[] ระดับที่ 1 กิจกรรมของร่างกายตามปกติในแต่ละวัน [] ระดับที่ 2 นอนน้อยกว่าปกติเมื่อออกแรง

[] ระดับที่ 3 นอนน้อยกว่าเมื่อออกแรงเพียงเล็กน้อย [] ระดับที่ 4 มีอาการเหนื่อยแม้ในขณะที่พัก



ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

แบบวัดพฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยประยุกต์ใช้แบบประเมินของ ปารีชาติ คงเสื่อ ปชาณัฐ์ ตันติโกสุม และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2557) ซึ่งใช้เครื่องมือ Thai version of Heart Healthy Eating ของ Maegaret (2003) แปลเป็นภาษาไทยโดย ปชาณัฐ์ ตันติโกสุมและคณะ (2553) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาความสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎี ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดย ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าความตรงของเนื้อหา .80 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบาค ได้ค่าความ เชื่อมั่น .70 โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ทุกข้อเป็นข้อคำถามเชิงบวก การแปลผลคะแนนใช้มาตร วัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ไม่เคยรับประทานอาหารประเภทนี้เลย ปฏิบัติเดือน ละครั้ง มีการปฏิบัติเดือนละ 2-3 ครั้ง มีการปฏิบัติสัปดาห์ละ 4-5 ครั้ง และ มีการปฏิบัติทุกวัน การ แปลผลคะแนนใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนของ Bloom (1979) แบ่งเป็น 3 ระดับคะแนนเป็นร้อยละ ≥ 80 หมายถึงพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับสูง คะแนนเป็นร้อยละ 60 - 79 หมายถึงพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเป็นร้อยละ < 60 หมายถึงพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับต่ำ

คำจำกัดความ

พฤติกรรมบริโภคอาหาร หมายถึงการปฏิบัติหรือการแสดงออกที่กระทำอยู่เป็นประจำของ บุคคลเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร รวมถึงการกระทำของบุคคลที่แสดงออกหรือปฏิบัติเป็นประจำ เช่น การเลือกรับประทานอาหาร การปรุงรส การจัดเตรียมอาหาร ตามลักษณะนิสัย ความเคยชิน โดยการกระทำนั้นเป็นการกระทำที่บุคคลกระทำด้วยความเต็มใจกระทำโดยไม่ขัดกับความรู้สึกนึก คิด

คำชี้แจงแบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งหมายถึงการจำกัดการรับประทานเกลือ และอาหารไขมัน โคลเลสเตอรอล กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องขวามือที่ตรงกับความรู้สึกรของท่านเพียงคำตอบเดียวซึ่งมีความหมายดังนี้

- 1 หมายถึงไม่เคยรับประทานอาหารประเภทนี้เลย
- 2 หมายถึงปฏิบัติเดือนละครั้ง
- 3 หมายถึงมีการปฏิบัติเดือนละ 2-3 ครั้ง
- 4 หมายถึงมีการปฏิบัติสัปดาห์ละ 4-5 ครั้ง
- 5 หมายถึงมีการปฏิบัติทุกวัน

ข้อ	ทุกครั้งที่จะรับประทานอาหารที่ระบุท่านปฏิบัติตามข้อความดังกล่าวได้อย่างไร	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1.	ท่านบอกผู้ปรุงหรือตัวท่านเองตัด/เลาะหนังหรือส่วนที่มีไขมันของอาหารประเภทเนื้อสัตว์ก่อนที่จะนำไปปรุงอาหาร					
2.	ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำเช่นเนื้อไก่ ปลาเนื้อวัว ไร้ไขมันแทนเนื้อติดมัน					
3.	ท่านรับประทานไข่แดงไม่เกิน 3 ฟองต่อสัปดาห์ (นับรวมกับที่ไข่เป็นส่วนประกอบในการปรุงอาหาร)					
4.	ท่านบอกให้ร้านอาหารไม่เติมผงชูรส ทุกครั้งที่ออกไปรับประทานอาหารนอกบ้าน					
5.	ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานขนมทอดกรอบ มันทอดเผือกทอดกล้วยทอดปาต่อง กล้วยฉาบ/เผือก					

ข้อ	ทุกครั้งที่จะรับประทานอาหารที่ ระบุท่านปฏิบัติตามข้อความ ดังกล่าวได้อย่างไร	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6.	ท่านเลือกรับประทานอาหารสด มากกว่าอาหารแปรรูป เช่น กุนเชียง แหนม หมูหยอง เป็นต้น					
7.	ท่านหลีกเลี่ยงหรือลดการใส่ เกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว น้ำตาล ปลา ร้า ในการปรุงและระหว่างการ รับประทานอาหาร					
8.	ท่านเลือกรับประทานขนมที่มี รสชาติไม่เค็มหรือมี ส่วนประกอบของเกลือน้อย					
9.	ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่ใช้เกลือ เป็นส่วนประกอบเช่น ปลาตาก แห้ง ปลาเค็ม ผักกาดดองอาหาร กระป๋องต่างๆ					
10.	ท่านรับประทานผักผลไม้ทุกมื้อ เพราะมีวิตามินหลายชนิด เช่น วิตามินซี วิตามินบีรวม ซึ่งช่วย ลดโคเลสเตอรอลได้					
11.	ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทาน อาหารประเภททอดเช่น ไข่ทอด ผัดไท หอยทอด เป็นต้น					
12.	ท่านลดการรับประทานอาหาร คาวหวานที่มีกะทิเป็น ส่วนประกอบเช่น แกง เขียวหวาน แกง โสภก ลัวะ บวดชี เป็นต้น					

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ส่วนที่ 1 โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Creer (2000) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ผ่านคู่มือและสมุดบันทึก

ส่วนที่ 2 แผนการสอนเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอน (Power point)

คำจำกัดความ

โปรแกรมการจัดการตนเอง หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self-Management) ของ Creer (2000) นำมาจัดกิจกรรมโดยใช้เวลา 12 สัปดาห์ นัดพบผู้ป่วย 3 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1 ,4 และ 12 ที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจ โดยกิจกรรมสอดคล้องกับการฝึกทักษะการจัดการตนเอง

โปรแกรมการจัดการตนเองตามทฤษฎีของ Creer

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการอาการแสดง การรักษา เกิดทักษะการจัดการตนเองและมีกรอบเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคนอาหารได้อย่างเหมาะสม
 2. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องกระบวนการขั้นตอนการจัดการตนเอง
 3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกรจัดการตนเองได้เหมาะสม โดยเฉพาะด้านพฤติกรรมกรบริโภคนอาหารเพื่อควบคุมอาการกำเริบของตนเองได้
- กลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหัวใจ โรงพยาบาลพญาไท (ระบุบุคคล)

ครั้งที่	วัตถุประสงค์	กิจกรรมการส่งเสริมทักษะการจัดการตนเอง	การประเมินผล
ครั้งที่ 1 (สัปดาห์แห่งการสร้างสัมพันธ์ภาพและให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองที่ดี)	เพื่อสร้างความเข้าใจตนเอง และเกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย	1. แนะนำตัวและสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย และระหว่างสมาชิกด้วยกัน	ผู้วิจัยนำก่อนคลาจะมีทำที่แสดงความคิดเห็น และแนะนำตัวเอง
	เพื่อเป็นการทำความเข้าใจแก่ผู้ป่วย	2. แจกวัสดุประสงค์ไปรแกรมการศึกษาทักษะการจัดการตนเอง	พักหน้า และตั้งใจฟัง
	เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงสาเหตุ อาการ อาการแสดง แนวทางการรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคนอาหาร เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคนอาหารให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้	3. ให้ความรู้ คำแนะนำเรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว สาเหตุ อาการ อาการแสดงของโรค การรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและพฤติกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวรวมถึงขั้นตอนกระบวนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมบริโภคนอาหาร 4. ศึกษาตั้งเป้าหมาย (Goal setting) โดยกำหนดยุติกรรรมในอนาคตหรือสิ่งที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้น ผู้วิจัยและผู้ช่วยครรร่วมกันตั้งเป้าหมายโดยกรปรึกษาต่อรองและกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเอง ลักษณะเป้าหมายเชิงพฤติกรรม	ตั้งใจฟัง มีการซักถามข้อสงสัยในข้อมูลความรู้ที่ได้รับ ตั้งใจฟัง มีเป้าหมายกำหนดอย่างชัดเจนร่วมกัน

Version 1 date 21/10/2015

ครั้งที่	วัตถุประสงค์	กิจกรรมการส่งเสริมทักษะการจัดการตนเอง	การประเมินผล
	เพื่อเกิดความเข้าใจในวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและเป็นการเฝ้าระวังพฤติกรรมของตนเอง	หรือผลลัพธ์ที่มีความเฉพาะเจาะจงสามารถวัด เช่น ไม่รับประทานอาหารเสริม ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ที่ปรุงสำเร็จ ไม่รับประทานอาหารหมักดองหรืออาหารแปรรูป งดหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง หรือน้ำหนักตัวที่ลดลง จากเดิม	ตั้งใจฟัง ชี้จุดมาข้อสงสัย สามารถบันทึกข้อมูล และตรวจประเมินผลการรวมได้ถูกต้อง
	เพื่อเกิดความเข้าใจในวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและเป็นการเฝ้าระวังพฤติกรรมของตนเอง	<p>5. สืบค้นรวบรวมข้อมูล (Information collection) ผ่านทางการเสิร์จค้นเองที่จะช่วยในการจัดการตนเองประสบความสำเร็จในการรวบรวมข้อมูลการสังเกตและบันทึกข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญ เช่น ปริมาณ/ลักษณะ/เมนูอาหารที่บริโภคทุกมื้อ ทุกวัน น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว คือเพิ่มขึ้น 1-2 กิโลกรัมภายใน 1-2 วันหรืออาการบวมก้นที่เท้าและหน้าแข้ง โดยเฉพาะอาการที่ได้กำหนดไว้เป็นเป้าหมายที่ตั้งไว้ในขั้นตอนแรก คือ อาการบวมก้นอาการหายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ น้ำหนักตัว ปริมาณเม็ดยาขับปัสสาวะ โดยทำการบันทึกอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่ขั้นตอนการประเมินข้อมูลต่อไป</p> <p>สื่อกิจกรรมประเมินอาการรวม : โดยการใช้นิว โปร่งคลงไปตรงบริเวณหน้าแข้งหรือตุ่มด้านในคอให้แรงพอควรวานประมาณ 1.5-30 นาที หากปรากฏบวมของนิ้วมืออย่างชัดเจนก็แสดงว่าบวม</p>	

ครั้งที่	วัตถุประสงค์	กิจกรรมการส่งเสริมทักษะการจัดการตนเอง	การประเมินผล
	เพื่อให้ผู้ช่วยสามารถวิเคราะห์สาเหตุของอาการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและนำข้อมูลไปใช้ในการดำเนินในขั้นตอนการตัดสินใจ	6. ศึกษากระบวนการประมวลและวิเคราะห์ข้อมูล (Information processing and evaluation) โดยการรวบรวมข้อมูลที่ได้เกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยตนเองนำข้อมูลที่รวบรวมมาวิเคราะห์ เปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด	ผู้ช่วยตั้งใจฟัง มีการซักถามข้อสงสัย
	เพื่อให้ผู้ช่วยสามารถกำหนดแนวทางปฏิบัติในการจัดการตนเอง ได้ถูกต้องเหมาะสม	7. ศึกษาทักษะการตัดสินใจ (Decision making) เป็นขั้นตอนสำคัญของการจัดการตนเองหลังจากผู้ช่วยรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์และประเมินข้อมูลของตนเองเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	ผู้ช่วยตั้งใจฟัง มีการซักถามข้อสงสัย
	เพื่อให้ผู้ช่วยมีทักษะและสามารถลงมือปฏิบัติการจัดการตนเองได้ขณะอยู่บ้าน และปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง	8. ศึกษาทักษะการลงมือปฏิบัติ (Action) ศึกษาทักษะเกี่ยวกับการจัดการตนเองเพื่อควบคุมอาการ โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามบริโกลจนกระทั่งบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้	ผู้ช่วยตั้งใจฟัง มีการซักถามข้อสงสัย
	เพื่อให้ผู้ช่วยมีภูมิคุ้มกันพฤติกรรมกรมการรับประทานอาหาร อาการและอาการแสดง ปัญหาและอุปสรรค รวมถึงเป็นแนวทางในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม	9. แจกคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ช่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และหลักในการเลือกรับประทานอาหาร รวมถึงสอนการบันทึกข้อมูลลงสมุดบันทึกประจำวันเพื่อบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร อาการ อาการแสดงที่ผิดปกติ รวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเองที่ผู้ช่วยสร้างขึ้น	ผู้ช่วยรับสมุดคู่มือสนใจเปิดอ่าน และซักถามวิธีการลงบันทึก
	เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้กลับมามอบกันตามนัดหมาย	10. นัดหมายการพบครั้งต่อไปและวัน เวลาที่จะโทรศัพท์เพื่อทบทวนเป้าหมายและการรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนของการจัดการตนเอง	ผู้ช่วยบอกความสำคัญของ การร่วมกิจกรรม และรับนัดหมายครั้งต่อไป

ครั้งที่	วัตถุประสงค์	กิจกรรมการส่งเสริมทักษะการจัดการตนเอง	การประเมินผล
	เพื่อแก้ไขปัญหา ข้อผิดพลาด และเพิ่มสัมพันธภาพที่ระหว่างผู้จัดและผู้ป่วย	11. เป็โอกาสและกระตุ้นให้พูดระบายความรู้สึกหลังกิจกรรม ฝึกทักษะ	ผู้ป่วยได้สะท้อนความรู้สึกและบอกถึงปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเข้าร่วมโปรแกรมครั้งนี้
พบครั้งที่ 2 (สัปดาห์แห่งการกระตุ้นเตือนและเพิ่มพูนทักษะ)	เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง และเกิดการทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างฝึกทักษะการจัดการตนเองที่บ้าน	1. ทบทวนกิจกรรมและเนื้อหาในสมุดมือที่แจกครั้งก่อน ทบทวนทักษะการจัดการตนเองทั้ง 5 ขั้นตอน รวมถึงแจ้งวัตถุประสงค์ของกิจกรรมครั้งนี้ พร้อมทั้งแก้ไขในสิ่งที่ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจ	พูด อธิบาย แลก เปลี่ยน ประสบการณ์ แสดงความคิดเห็น ในเรื่องการปรับพฤติกรรมมารับบริโภคอาหาร
	เพื่อเป็นข้อมูลเพิ่มเติมในการจัดการตนเองให้แก่ผู้ป่วย	2. ทบทวนข้อมูลซึ่งเป็นปัญหาจากสมุดบันทึกการจัดการตนเองที่แจกให้และนำมาวางแผนร่วมกันแก้ไขปัญหา	ผู้ป่วยสามารถบอกถึงพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เหมาะสม
	เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะและสามารถประเมินตนเองได้	3. ฝึกทักษะการประเมินผล (Self-evaluation) โดยให้ผู้ป่วยประเมินความสามารถของตนเองว่าสามารถปฏิบัติตามจัดการตนเองให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือต้องฝึกทักษะเพิ่มเติม	ผู้ป่วยตั้งใจฟัง มีการซักถามข้อสงสัย
	เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงทางเลือกของการจัดการตนเองในด้านกรบริโภคอาหาร	4. ให้คำแนะนำเพิ่มเติม รวมถึงเสนอทางเลือกในการแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วย พร้อมทั้งให้กำลังใจในการปรับพฤติกรรมมารับบริโภคอาหาร	ผู้ป่วยตั้งใจฟัง มีการซักถามข้อสงสัย

ครั้งที่	วัตถุประสงค์	กิจกรรมการส่งเสริมทักษะการจัดการตนเอง	การประเมินผล
	เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้กลับมามานั่งตามนัดหมาย	5. นัดหมายการพบครั้งต่อไปและวัน เวลาที่จะโทรศัพท์เพื่อทบทวนกระบวนการจัดการตนเองที่ฝึกทักษะทั้ง 5 ขั้นตอน	ผู้ช่วยรับนัดหมายครั้งต่อไป
พบครั้งที่ 3 (สัปดาห์แห่งความเข้าใจเพิ่มพูนกำลังใจในการดูแลสุขภาพ)	เพื่อเป็นการสร้างความเข้าใจให้แก่ผู้ป่วย	1. ทบทวนกิจกรรมครั้งก่อน และแจ้งวัตถุประสงค์กิจกรรมครั้งนี้	ผู้ช่วยตั้งใจฟัง มีการซักถามข้อสงสัย
	เพื่อนำมาวางแผนร่วมกันแก้ไขปัญหา	2. ทบทวนสมุดบันทึกการจัดการตนเองที่แจกหลังจากที่ผู้ช่วยนำทักษะการจัดการตนเองไปปฏิบัติ ซักถามถึงปัญหาที่เกิดขึ้น	ผู้ช่วยสามารถบอกถึงพฤติกรรมกรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม
	เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของตนเอง	3. สรุปผลประเมินความเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรมการบริโภคอาหารจากทักษะการจัดการตนเอง รวมถึงประเมินความสำเร็จของการทำกิจกรรม	ผู้ช่วยรับทราบ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรมการบริโภคของตนเอง
	เพื่อเป็นกำลังใจและยุติการเข้าร่วมการวิจัย	4. ชมเชย มอบรางวัล และกล่าวขอบคุณผู้ช่วยที่ให้ความร่วมมือสำหรับการทำงานวิจัยครั้งนี้	



คณะพยาบาลศาสตร์ อุทาಂಗกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 เรื่อง: ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้การสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล	บันทึกหลังการสอน
<p>- เพื่อให้ผู้เรียนสนใจ และให้ความสำคัญกับการเรียน</p> <p>- เพื่อให้ผู้เรียนมีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว</p> <p>ความรู้ เข้าใจถึง ความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลว</p>	<p>สัปดาห์ที่ 1 ขึ้นนี้ ผู้สอนแนะนำ ตัวเองทั้งชื่อและ วัตถุประสงค์ ของการเรียนรู้ การสอน พร้อมทั้งชี้ กลาง ประสบการณ์ อากาศที่ราบของภาวะหัวใจล้มเหลว</p> <p>ภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึงกลุ่มอาการซึ่งมีสาเหตุจากความผิดปกติของการทำงานของหัวใจโดยปกติตามปกติของ หัวใจซึ่งมีหน้าที่สูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายหรืออวัยวะต่าง ๆ หัวใจไม่ สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยง หัวใจได้ตามปกติ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการที่คล้าย 2</p> <p>ประการคืออาการเหนื่อยง่ายและอ่อนเพลีย อาการที่ของ คืออาการที่ผิดปกติการมีน้ำและเกลือตั้งในร่ ง่ายทำให้บวม (ตามคนแพทย์โรคหัวใจมักจะบวมที่ขาในพระบรมราชูปถัมภ์ ร่วมกับบวมที่หัวใจล้มเหลวแห่ง ประเทศไทย(2551)หรืออื่น ภาวะที่หัวใจไม่ สามารถสูบฉีดเลือด และออกซิเจนไปยัง เนื้อเยื่อต่าง ๆ อาจส่งผลให้หัวใจล้มเหลวได้หรือเมื่อ</p>	<p>1. สร้างสัมพันธ์ภาพกับนักเรียน</p> <p>2. แนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์</p> <p>3. บรรยายบรรยายเรื่อง โรคหัวใจล้มเหลวและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เพื่อจะลดอาการเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Power Point - แผ่นพับ - คู่มือสำหรับการจัดการตนเอง 	<ul style="list-style-type: none"> - บอกถึงปัจจัยและสาเหตุส่งเสริมที่ทำให้อาการหัวใจล้มเหลว วิธีการในการหลีกเลี่ยงได้ - วางแผนในการควบคุมอาหารมัน/ รับประทานไขมัน/ รสจัดและการจำกัด น้ำได้ - บอกถึงกรรมที่ควรทำและควรหลีกเลี่ยงได้ 	-

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้การสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล	บันทึกหลังการสอน
<p>เพื่อให้ผู้ป่ขที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีเช้ฐฐความเช้ใจถึงสาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลว</p>	<p>ต้องออกแรงอาจจะเป็นผลจากภาวะผิดปกติต่างๆที่ทำให้ปริมาณเลือดมีมากกว่าปกติ ความคิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจ และภาวะที่ร่างกายมีความต้องการออกซิเจนในปริมาณที่มากกว่าปกติ</p> <p>II. สาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลวภาวะหัวใจล้มเหลวแบ่งเป็น 2 สาเหตุใหญ่ๆ คือสาเหตุที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรค และสาเหตุที่นำมาจากภาวะหัวใจล้มเหลว</p> <p>I. สาเหตุที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรค อาทิเช่น โรคลิ้นหัวใจพิการ (Valvular heart disease) เป็นสาเหตุที่พบมากในประเทศไทย ได้แก่ โรคลิ้นหัวใจจากไขรูมาติก โรคลิ้นหัวใจพิการจากภาวะอื่นที่ไม่ใช่โรคลิ้นหัวใจรูมาติก โรคลิ้นหัวใจพิการจากภาวะเสื่อมสภาพ สาเหตุต่อมคือ โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease) เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยในประเทศไทย(สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2546) เนื่องจาก สาเหตุดังกล่าวทำให้สูญเสียกล้ามเนื้อหัวใจจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Power Point - แผ่นพับ - คู่มือสำหรับ - การจัดกาารตนเอง 	<ul style="list-style-type: none"> - บอกวิธีการสังเกตอาการผิดปกติได้ 	

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้การสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล	บันทึกหลังการสอน
	<p>บางครั้งอาจเกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด รวมถึงสาเหตุจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบซึ่งเป็นอีกสาเหตุหนึ่งของภาวะหัวใจล้มเหลวที่พบได้ทั้งในผู้ป่วยที่ไม่เคยมีโรคหัวใจมาก่อน และผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจอยู่แล้ว และนอกจากนี้ยังมีสาเหตุจากพยาธิสภาพของโรคอื่น ๆ เช่น โรคไตวายเรื้อรัง และ โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น</p> <p>2.สาเหตุหลักที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว อาทิเช่น</p> <p>มีภาวะติดเชื้อในร่างกายนอกจากนี้ยังสามารถออกกำลังอย่างรุนแรงทันทีในผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจเดิมอยู่แล้ว สาเหตุเหล่านี้ทำให้ร่างกายเกิดการเผาผลาญพลังงานเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้หัวใจต้องทำงานหนักขึ้น ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ นอกจากนี้ภาวะที่ร่างกายต้องการใช้ออกซิเจนให้กับเซลล์และเนื้อเยื่อต่างๆ จากพยาธิสภาพของโรคอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกัน โรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น โภคกิจ และสาเหตุที่สำคัญอีกประการ คือภาวะโภชนาการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง เช่น รับประทานดื่มมากเกินไป</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Power Point - แผ่นพับ - คู่มือสำหรับ การจัดการ ตนเอง 		

ส่วนที่ 2: แผนการสอนการฝึกทักษะจัดการตนเองต่อพฤติกรรมบริโภครอาหารซึ่งพัฒนาแนวคิดพฤติกรรมการจัดการตนเองของ Creer (2000)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล	บันทึกหลังการสอน
1. ผู้ช่วยสามารถอธิบายขั้นตอน/วิธีจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภครอาหาร	VII ทฤษฎีการจัดการตนเอง การจัดการตนเองมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) เป็นแนวคิดที่ได้รับความสนใจในการนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพในปัจจุบัน โดยCreer(2000) กล่าวว่า การจัดการตนเองเป็นการกระทำในการควบคุมภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยเป็นความสามารถในการติดตามและควบคุมภาวะเจ็บป่วยด้วยตนเอง รวมถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการควบคุมโรค โดยการส่งเสริมความรู้และทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตรและต่อเนื่องของการควบคุมตนเอง การจัดการตนเองเป็นการกระทำโดยบุคคลในการควบคุมภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยตนเอง ประกอบด้วย 1) การเลือกเป้าหมาย 2) การรวบรวมข้อมูล 3) การวิเคราะห์และประเมินข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การลงมือกระทำ 6) การประเมินตนเอง	1. สร้างสัมพันธภาพ กล่าวทักทาย เพื่อสร้างความคุ้นเคย 2. แนะนำ ตัว และชี้แจงวัตถุประสงค์ 3. บรรยายกระบวนการขั้นตอนการจัดการตนเองตามทฤษฎีของ Creer 4.ฝึกทักษะตามขั้นตอนการจัดการตนเองทั้ง 6 ขั้นตอนตามคู่มือการจัดการตนเอง	- Power Point - คู่มือสำหรับการจัดการตนเอง		
2. ผู้ช่วยสามารถปฏิบัติการจัดการตนเองได้เหมาะสม โดยเฉพาะ ด้าน พฤติกรรม การบริโภครอาหารเพื่อควบคุมอาการกำเริบของตนเองได้					

Version 2 date 24/12/2558

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้การสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล	บันทึกหลังการสอน
<p>1. ผู้ป่วยสามารถอธิบายขั้นตอน/วิธีจัดการตนเองต่อพฤติกรรมบริโภคอาหาร</p> <p>2. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามจัดการตนเองได้เหมาะสม โดยเฉพาะด้านการบริโภคอาหารเพื่อความควบคุมอาการกำเริบของตนเองได้</p>	<p>ขั้นตอนการจัดการตนเอง</p> <p>1. การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) เป็นการกำหนดพฤติกรรมในอนาคตหรือสิ่งที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ที่มรสูกภาพที่ให้การดูแลควรร่วมกันตั้งเป้าหมายโดยทบทวนข้อร้องเรียนและกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเองออกมาการตั้งเป้าหมายร่วมกันจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติให้สำเร็จเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งเป้าหมายที่ตั้งควรเป็นลักษณะเป้าหมายเชิงพฤติกรรมหรือผลลัพธ์ที่มีความเฉพาะเจาะจงสามารถวัดได้ การตั้งเป้าหมายเป็นการกำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการและยังเป็นการเพิ่มข้อผูกมัดผู้ป่วยในการปฏิบัติตนให้บรรลุเป้าหมายเช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ ไม่รับประทานอาหารสดเค็ม ไม่ดื่มน้ำลายในอาหารที่ปรุงสำเร็จ ไม่รับประทานอาหารหมักดอง ➢ งดหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันคอเลสเตอรอลสูง ➢ นำนาน้ำหวานที่หรือลดลงจากเดิม 		<ul style="list-style-type: none"> - Power Point - คู่มือสำหรับการจัดการตนเอง 		

วัตถุประสงค์หลัก พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้การสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล	บันทึกหลังการสอน
<p>1. ผู้ป่วยสามารถอธิบายขั้นตอน/วิธีจัดการตนเองต่อพฤติกรรมบริโภคนานาชาติ</p> <p>2. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติการจัดการตนเองได้เหมาะสม โดยเฉพาะ าด้านพฤติกรรมบริโภคนานาชาติเพื่อควบคุมอาการกำเริบของตนเองได้</p>	<p>เนื้อหา</p> <p>2. การรวบรวมข้อมูล (Information collection) เป็นการเฝ้าระวังและสังเกตอาการของผู้ป่วยด้วยตนเองและบันทึกไว้ สำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวควรเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงสำคัญของภาวะนี้ทั้งในร่างกาย พร้อมกับมีการบันทึกข้อมูลในรูปแบบบันทึกโดยพื้นฐานแล้วการรวบรวมข้อมูลหรือการเฝ้าระวังตนเอง (Self-monitoring) หรือ การบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง (Self-recording) เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้สามารถบรรเทาตามเป้าหมาย แนวทางการเฝ้าระวังตนเองที่จะช่วยให้การจัดการตนเองประสบความสำเร็จสุดท้ายในการรวบรวมข้อมูลการสังเกตและบันทึกข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญ เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ ปริมาณ/ลักษณะเมนูอาหารที่บริโภคทุกมือทุกวัน ➢ น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ➢ อาการบวมกดปุ่มที่เท้าและหน้าแข้ง 		<ul style="list-style-type: none"> - PowerPoint - คู่มือสำหรับการจัดการตนเอง 		

Version 2 date 24/12/2558

โครงการจัดการตนเองต่อเหตุการณ์การบริโภคอาหาร
ของคู่สามีภรรยาที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว




โดย
นิตติธาดา
อาจารย์ที่ปรึกษา
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมอาจารย์ ร.ศ.ศ.หญิง ดร. ปช.ณัฐ ภัททิโกดม

นางสาวอวัญฉติ คงสินอาจ
แผนกการพยาบาลผู้ใหญ่
มห.ศ.ร. นรฉัตรชัย เต็มกิจ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้บริโภควิถีสุขภาพดี อากาศ อากาศแสดง แนวทางการรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
2. เพื่อให้ผู้บริโภควิถีความมุ่งมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้



ความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลว

เป็นภาวะที่หัวใจทำงานผิดปกติจนไม่สามารถบีบตัวส่งเลือดออกไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้เพียงพอับความต้องการของร่างกาย /หรือไม่สามารถรับเลือดกลับเข้าสู่หัวใจได้ตามปกติ

สาเหตุที่ส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว

สาเหตุจากพยาธิสภาพของหัวใจ	สาเหตุจากอื่น ๆ
<ul style="list-style-type: none"> • ไขมันหัวใจผิดปกติ • โรคหลอดเลือดหัวใจ • โรคความดันโลหิต • การทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ 	<ul style="list-style-type: none"> • การติดเชื้อ • ภาวะโลหิตจาง • ต่อมไทรอยด์เป็นพิษ • การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ • การดูดซึมของหลอดเลือดไปเลือด • ภาวะอื่นที่กระตุ้นให้หัวใจทำงานหนักขึ้น

ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมสุขภาพ	ปัจจัยอื่นๆ
<ul style="list-style-type: none"> • เพศ • อายุ • อารมณ์ • การสูบบุหรี่ • ฐานะทางเศรษฐกิจ 	<ul style="list-style-type: none"> • การรับประทานอาหารรสเค็มหรือไขมันสูง • ดื่มน้ำมากเกินไป • ดูปัญหาก็ • ดื่มสุรา • งดการออกกำลังกาย • ความเครียด 	<ul style="list-style-type: none"> • การมีโรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตเป็นโรคเรื้อรัง เป็นต้น

รูปแบบการหายใจผิดปกติในภาวะหัวใจล้มเหลว

1. อาการเหนื่อยหอบใจลำบาก (Dyspnea)
 - อาการเหนื่อยเวลาออกกำลังกาย (Dyspnea on exertion:DOE)
 - อาการเหนื่อยในท่านอนราบ (Orthopnea)
 - อาการเหนื่อยในช่วงกลางคืน (Paroxysmal nocturnal dyspnea)
 - อาการเหนื่อยจากน้ำท่วมปอด (pulmonary edema)
2. อาการจากปริมาณเลือดที่บีบออกจากหัวใจได้น้อย : อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย แขนขาอ่อนแรง ชีพ ปัสสาวะออกน้อย
3. อาการของการมีเลือดคั่งตามอวัยวะต่างๆ : บวมส่วนต่างๆ แขน ขา ท้อง น้ำหนักเพิ่ม
4. อาการอื่นๆ : ใจ นอนไม่หลับ

ทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Creer (2000)

การจัดการตนเองประกอบด้วย 6 ขั้นตอนดังนี้

- การตั้งเป้าหมาย
- การรวบรวมข้อมูล
- การประมวลและประเมินข้อมูล
- การตัดสินใจ
- การลงมือปฏิบัติ
- การประเมินผล

1. การตั้งเป้าหมาย

เป็นการกำหนดพฤติกรรมในอนาคตหรือสิ่งที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้น ผู้วางแผนและเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบที่ไป การดูแลควรร่วมกันตั้งเป้าหมายโดยควรปรึกษาคณะและกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเองออกมา การตั้งเป้าหมายร่วมกันจะช่วยให้ผู้เกี่ยวข้องมีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติให้สำเร็จเป้าหมายที่ตั้งไว้

ตัวอย่างเช่น

- ไม่รับประทานอาหารรสเค็ม
- ไม่ดื่มน้ำปลาในอาหารที่ปรุงเสร็จ
- ไม่รับประทานอาหารหนักของ แหหรือหัดฝึกเมื่ออาหารที่มีไขมันหรือของสูง
- นำน้ำหนักตัวที่หรือลดลงมาเดิม

2. การรวบรวมข้อมูล

เป็นการพิจารณาและสังเกตการณ์ของผู้เกี่ยวข้องและบันทึกไว้ สำหรับผู้วางแผนว่าใจเดิมทว่า ความเสี่ยง ข้อจำกัดและสถานการณ์ของข้อมูลที่เกี่ยวข้องในวงกว้าง หรือมีกิจกรรมบันทึกข้อมูลในรูปแบบบันทึก โดยที่ข้อมูลเหล่านี้รวบรวมข้อมูลหรือการพิจารณา เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้สามารถรวบรวมข้อมูลที่เป็นมา แนวทางการพิจารณาและพิจารณาให้การจัดการตนเองประสบความสำเร็จ

ตัวอย่างเช่น

- ปริมาณอาหารและเครื่องดื่มที่บริโภคทุกมื้อ ทุกวัน
- น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว
- อาการปวดกล้ามเนื้อที่ตึงและบวมขึ้น

3. การประมวลและประเมินข้อมูล

เป็นการรวบรวมข้อมูลที่ได้ออกมาเปลี่ยนแปลงที่คิดขึ้นแล้วตนเอง นำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ โดยต้องสามารถประเมินได้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นแล้ว ผู้เกี่ยวข้องหรือผู้เกี่ยวข้องและการประเมินข้อมูลเกี่ยวกับตนเองและโรคที่เป็น รวมถึงการวิเคราะห์อาหารที่นำไปเกิดการเปลี่ยนแปลงและผลที่ติดตามจากกระบวนการที่บันทึกข้อมูลไปใช้ในการดำเนินการในขั้นตอนการตัดสินใจ

ตัวอย่างเช่น

- น้ำหนักตัว ลดลงเพิ่มขึ้นจนน้ำหนักตัว 1 กก. หมายถึง มีน้ำหนักใน 1 กก.
- กินอาหารที่มีไขมันหรือของสูงหรือของหวาน ซึ่งอาหารต่างๆที่เกิดจากการประเมินและนำทิ้งใน ร่างกาย

4. การตัดสินใจ

เป็นการตัดสินใจของการจัดการตนเองหรือผู้เกี่ยวข้องรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ และประเมินข้อมูลของตนเองเกี่ยวกับ ความเสี่ยง ผู้เกี่ยวข้องสามารถตัดสินใจได้ว่าอย่างไรและอย่างไร โดยที่ข้อมูลเป็นพื้นฐาน การตัดสินใจของผู้เกี่ยวข้องเป็น ตัวใจของความสำเร็จในการจัดการตนเอง

แนวทางในการตัดสินใจ ดังนี้

- 1) ไม่ละเลยหรือเพิกเฉยหากการตัดสินใจนั้นแตกต่างกัน
- 2) กำหนดแนวทางในการดูแลรักษาที่ดีไปได้ ผู้เกี่ยวข้องสามารถเลือก
- 3) ใช้ข้อมูลของผู้เกี่ยวข้องเป็นพื้นฐานในการเลือกวิธีการที่เหมาะสมที่สุด
- 4) กำหนดวิธีการจัดการเป็นขั้นตอนไปโดยระบบที่เปลี่ยนแปลงของระดับความรุนแรงของโลก
- 5) พยายามที่จะหาแนวทางที่ไม่ยุ่งยากหรือจัดการกับอาหารที่ง่ายของโลก
- 6) ดำเนินการตามขั้นตอนไปในการปฏิบัติ

5. การลงมือปฏิบัติ

เป็นการใช้ทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมการรับประทานอาหารของผู้เกี่ยวข้อง โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพเพื่อควบคุมโรคให้เหมาะสม สิ่งที่จะช่วยให้ผู้เกี่ยวข้องหรือผู้เกี่ยวข้องประกอบด้วย ประกอบด้วย การกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติด้วยตนเอง และการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งการปฏิบัติจะประสบผลสำเร็จต้องให้ผู้เกี่ยวข้องได้ปฏิบัติด้วยตนเองตามแนวทางที่วางไว้

ตัวอย่างเช่น

- การลงมือปฏิบัติไม่ดื่มน้ำปลาซึ่งช่วยปรุงรสที่ควบคุมการรับประทาน รวมถึงการหาอาหารที่ง่าย ตามแนวทางที่วางไว้ซึ่งอาหารต่างๆที่เกิดจากการประเมินและนำทิ้งใน ร่างกาย

อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง

1. อาหารทอดและผัด
2. อาหารแช่แข็ง ฟาส์ฟู้ด
3. อาหารแปรรูป เช่น กุนเชียง ไส้กรอก แหนม เป็นต้น
4. อาหารไขมันสูง เช่น เนื้อติดมัน หนังสัตว์ ปลาหมึก อาหารทะเล ขนหมกเกอร์ แกงกะทิ เป็นต้น

การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

- การงดดื่มแอลกอฮอล์**
 - การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่มากเกินไปอาจส่งผลต่อหัวใจอย่างมาก
- สังเกตอาการประจำวัน และตรวจค่าสิ่งต่าง**
 - การเดินหรือการออกกำลังกายเป็นระยะเวลา 30-45 นาที 3-5 วันต่อสัปดาห์ โดยพบว่ามีอาการเหนื่อยง่ายในการทำงาที่ในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
- การรับประทานยา**
 - ปลูกเสถียที่ทำได้เช่นเข้ารับการรักษา เนื่องจากมีการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยรับประทานยาที่ขึ้นรับประทานยาผิดที่ขึ้นของโรค โดยไม่ปรึกษาแพทย์ ผู้ป่วยไม่ควรดื่มหรือลดขนาดยา

การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

- การพักผ่อน**
 - เมื่อร่างกายมีการเหนื่อยง่ายหรือมีอาการ จะช่วยลดความตึงเครียดในการใช้ชีวิตประจำวัน ทำให้หัวใจทำงานน้อยลง
- การดูแลสุขภาพจิตใจ**
 - ภาวะเครียดเป็นภาวะที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของหัวใจอย่างต่อเนื่อง ที่สามารถก่อให้เกิดอาการของโรคหัวใจได้
- การสังเกตอาการผิดปกติ**
 - ผู้ป่วยควรรู้จักสังเกตอาการและอาการแสดงที่ควรระมัดระวังแพทย์ที่อาการที่ผิดปกติของภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ
- การมาตรวจตามนัด**
 - การมาตามนัดทุกครั้ง เพื่อการวินิจฉัยที่ต่อเนื่อง จึงขอแนะนำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ให้อาการรุนแรงขึ้น

ขอบคุณค่ะ



บทนำ

ภาวะหัวใจล้มเหลวหรือหัวใจวายเป็นภาวะเรื้อรังและคุกคามถึงชีวิต หากผู้ป่วยดูแลสุขภาพของตนเองไม่เหมาะสม อาจเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตได้

หนังสือคู่มือสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเล่มนี้ จะให้ความรู้ท่านเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการและอาการแสดงของ ภาวะ แนวทางการรักษา รวมถึงพฤติกรรมกรปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เพื่อให้ท่านสามารถสังเกตอาการได้โดยง่ายและสามารถจัดการกับอาการได้อย่างเหมาะสม รวมถึงมาพบแพทย์ได้ทันท่วงที ที่สำคัญคู่มือเล่มนี้จะให้ความรู้กับท่าน เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับภาวะหัวใจล้มเหลวได้เป็นอย่างดี

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า หากท่านปฏิบัติตามแนวทางคำแนะนำดังกล่าวจะทำให้ท่านมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และปลอดภัยจากภาวะหัวใจล้มเหลว

นางสาวสว่างจิต คงภิบาล

ความหมาย

ภาวะหัวใจล้มเหลว(Heart failure) หมายถึงภาวะที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายได้อย่างเพียงพอ ทำให้อวัยวะต่างๆของร่างกายขาดออกซิเจน เกิดการคั่งของน้ำและเกลือในร่างกายจนกระทั่งมีแขนบวม เท้าบวม หรือมีน้ำท่วมปอด

สาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลว

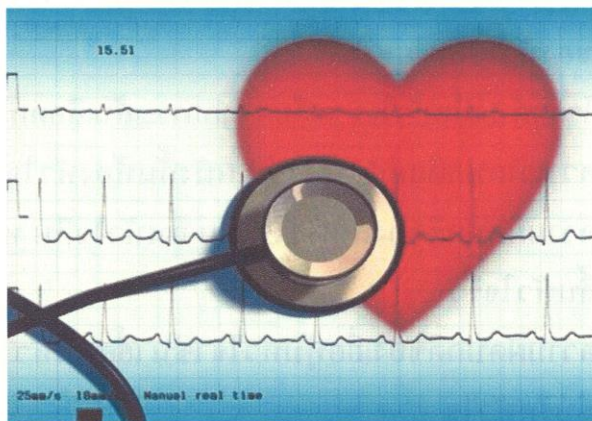
ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุจากความผิดปกติของหัวใจหลายชนิด

- โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จากภาวะเส้นเลือดหัวใจตีบ
- ความผิดปกติแต่กำเนิด เช่น ผ่นังกั้นห้องหัวใจรั่ว
- ความผิดปกติของลิ้นหัวใจ เช่น ลิ้นหัวใจตีบ หรือ ลิ้นหัวใจรั่ว
- ความผิดปกติของเยื่อหุ้มหัวใจ เช่น เยื่อหุ้มหัวใจหนา บีบรัดหัวใจ

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว

พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่

- พฤติกรรมการรับประทานอาหารรสจัดหรือไขมันสูง
- พฤติกรรมการดื่มน้ำมากเกินไป
- การสูบบุหรี่
- การดื่มสุรา
- การไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์
- การไม่มาตรวจรักษาตามนัดหมายหรือหยุดการรักษาเอง



ที่มา : www.health.kapok.com

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดง

หัวใจล้มเหลวทำให้เกิดอาการหรืออาการแสดงที่เกิดจากการที่เลือดออกจากหัวใจไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายหรือเกิดจากการคั่งของเลือดในหัวใจห้องซ้ายและปอดทำให้เกิดอาการเหนื่อยหอบนอนราบไม่ได้หรือเกิดจากการคั่งของเลือดในหัวใจห้องขวาทำให้หลอดเลือดดำที่คอโป่ง ตับโตจุดเน้นท้องบริเวณลิ้นปี่และบวม **อาการที่พบบ่อยได้แก่**

- ❖ อาการเหนื่อย เป็นอาการสำคัญของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยอาการเหนื่อยจากภาวะหัวใจล้มเหลวอาจมีลักษณะดังนี้



ที่มา <https://www.snipview.com>

- ✓ อาการเหนื่อยง่ายขณะที่ออกแรงหรือมีอาการเหนื่อยหายใจไม่สะดวกขณะนอนราบ

คู่มือการจัดการตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว



จัดทำโดย

นางสาวสว่างจิต คงภิบาล

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา ผศ. ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชาณัฐ์ ตันติโกสม

ขั้นตอนที่ 1



การตั้งเป้าหมาย

สิ่งที่คุณแสดงว่าคุณมีพฤติกรรมบริโภคอาหาร
ได้เหมาะสมสำหรับภาวะหัวใจล้มเหลว
เพื่อไม่ให้มีอาการรุนแรงมากขึ้น มีดังนี้

เป้าหมาย(กำหนดร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย)

น้ำหนักลดลง

ปัญหาสุขภาพที่พบและแนวทางแก้ไข.....

.....

.....

เส้นรอบวงเอวลดลง

ปัญหาสุขภาพที่พบและแนวทางแก้ไข.....

.....

.....

ไม่เติมน้ำปลาหรือซอสปรุงรสเพิ่มในอาหาร

ปัญหาสุขภาพที่พบและแนวทางแก้ไข.....

.....

.....

ไม่ทานอาหารหมักดองและอาหารแปรรูป

ปัญหาสุขภาพที่พบและแนวทางแก้ไข.....

.....

.....

ขั้นตอนที่ 2

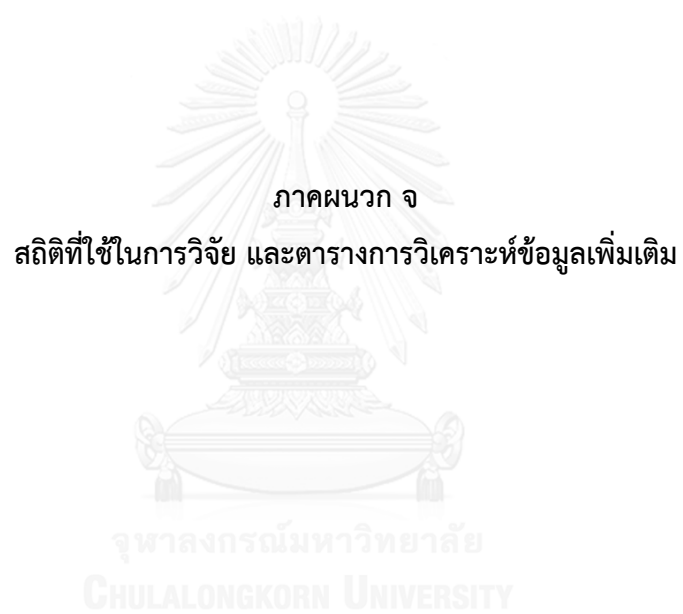
การรวบรวมข้อมูล



รวบรวมข้อมูลในแต่ละวันโดยคุณต้องบันทึก

ข้อมูลต่างๆในแต่ละวันดังนี้...

- ปริมาณ/ลักษณะ/เมนูอาหารที่บริโภคทุกมื้อทุกวัน
- อาการบวมกดนุ่มที่เท้าและหน้าแข้งในตอนเช้า
- ชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน ในตอนเช้า
- การประเมินอาการเหนื่อย//หายใจลำบากในแต่ละวัน



แสดงค่าความเที่ยงของแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค จากการทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 30 คน

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
38.77	76.944	8.772	12

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.804	.809	12

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
ตัดเลาะส่วนไขมัน	2.87	1.306	30
ทานเนื้อสัตว์ไขมันต่ำ	3.43	1.040	30
ไข่แดงไม่เกิน 3 ฟอง	3.33	1.184	30
ไม่เติมผงชูรส	2.80	1.669	30
เลี่ยงการทานขนมทอด	3.13	1.408	30
เลือกทานอาหารสด	3.27	1.388	30
ลดการใส่เกลือ	2.97	1.450	30
เลือกทานไม่เค็ม	3.47	1.383	30
เลี่ยงทานอาหารเค็ม	3.20	1.186	30
ทานผักผลไม้ทุกมื้อ	3.50	1.225	30
เลี่ยงทานอาหารทอด	3.43	1.165	30
ลดการทานกะทิ	3.37	1.033	30

ตารางที่ 7 แสดงการทดสอบการแจกแจงของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
N		22	22
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	39.0000	43.4091
	Std. Deviation	9.58670	11.10838
Most Extreme Differences	Absolute	.099	.133
	Positive	.099	.106
	Negative	-.084	-.133
Kolmogorov-Smirnov Z		.465	.622
Asymp. Sig. (2-tailed)		.982	.834

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

จากตารางที่ 7 พบว่า คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีการแจกแจงแบบปกติ

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวสว่างจิต คงภิบาล เกิดเมื่อวันที่ 8 ธันวาคม พ.ศ. 2523 ภูมิลำเนา จังหวัด กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาล สภากาชาดไทย เมื่อปี พ.ศ. 2545 และได้ลาศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2556 ประสบการณ์ด้านวิชาชีพ ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ที่แผนกผู้ป่วยนอก ตึก ภปร ชั้น 1 อายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ตั้งแต่ พ.ศ. 2545 ถึงปัจจุบัน

