



ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม และผลลัพธ์
ทางคลินิก ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน

ชนัญชิตา สุขชนะ โชติ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2565

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม และผลลัพธ์
ทางคลินิก ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน



ชญัญชิตา สุขชนะ โชติ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2565

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

EFFECTIVENESS OF SELF-MANAGEMENT PROGRAM ON FOOD CONSUMPTION AND
FLUID RESTRICTION BEHAVIORS AND CLINICAL OUTCOMES AMONG PATIENTS
WITH CONGESTIVE HEART FAILURE



CHANUNCHIDA SUKCHANACHOT

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR THE MASTER DEGREE OF NURSING SCIENCE
IN ADULT AND GERONTOLOGICAL NURSING
FACULTY OF NURSING
BURAPHA UNIVERSITY

2022

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ ชาญชิตา สุขชนะ โชติ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัย
บูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ ดীনาน)

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

.....

(ดร.ปณิชา พลพินิจ)

..... ประธาน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชณี นามจันทร์)

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ ดীনาน)

..... กรรมการ

(ดร.ปณิชา พลพินิจ)

..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชุติมา ฉันทมิตร โอภาส)

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ
การศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ของ
มหาวิทยาลัยบูรพา

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

61910039: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ; พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดการตนเอง/ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการจำกัดน้ำดื่ม/ อาการทางคลินิก/ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน

ชัญชิตา สุขชนะ โชติ : ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม และผลลัพธ์ทางคลินิก ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน.

(EFFECTIVENESS OF SELF-MANAGEMENT PROGRAM ON FOOD CONSUMPTION AND FLUID RESTRICTION BEHAVIORS AND CLINICAL OUTCOMES AMONG PATIENTS WITH CONGESTIVE HEART FAILURE) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์:

อาภรณ์ ดินาน, Ph.D., ปณิชา พลพินิจ, Ph.D. ปี พ.ศ. 2565.

ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีปัญหาต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งจากการที่ไม่สามารถควบคุมภาวะน้ำเกิน การจัดการตนเองที่เหมาะสมจะช่วยป้องกันภาวะน้ำเกิน ลดภาวะแทรกซ้อนและลดความรุนแรงของการเจ็บป่วยได้ การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ ประเมินผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่มในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกินที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 40 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม โดยการให้ความรู้ การตั้งเป้าหมาย การวางแผนการปฏิบัติ การให้แรงเสริม การสนับสนุนจากครอบครัว การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง นาน 6 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ประเมินผลลัพธ์ในสัปดาห์ที่ 0 และ 6 โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารและแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงอาการทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test, Independent *t*-test, Paired *t*-test และ ANCOVA

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -10.625, p < .01; F = 160.15, p < .001$ ตามลำดับ) นอกจากนั้นยังพบว่ากลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อาการทางคลินิกต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 16.084, p < .01; F = 8.41, p = .006$ ตามลำดับ). จากผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีการจัดการตนเอง

เกี่ยวกับพฤติกรรมกรบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่มที่ดีขึ้น และสามารถลดอาการรุนแรงของ
ภาวะน้ำเกินได้ ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมการจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้นนี้ไปใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะ
หัวใจล้มเหลวเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินและภาวะแทรกซ้อนต่อไป



61910039: MAJOR: ADULT AND GERONTOLOGICAL NURSING; M.N.S. (ADULT AND GERONTOLOGICAL NURSING)

KEYWORDS: SELF-MANAGEMENT PROGRAM/ EATING BEHAVIOR/ LIMITTING DRINKING WATER/ CLINICAL OUTCOMES/ PATIRNT WITH HEART FAILURE

CHANUNCHIDA SUKCHANACHOT : EFFECTIVENESS OF SELF-MANAGEMENT PROGRAM ON FOOD CONSUMPTION AND FLUID RESTRICTION BEHAVIORS AND CLINICAL OUTCOMES AMONG PATIENTS WITH CONGESTIVE HEART FAILURE. ADVISORY COMMITTEE: APORN DEENAN, Ph.D., PANICHA PONPINIJ, Ph.D. 2022.

Patients with heart failure are frequently rehospitalized because of volume overload and its complication; however, appropriate self-management will prevent volume overload, reduce complication, and decrease severity of illness. This quasi-experimental research was conducted to examine the effects of the self-management program related to food consumption and restriction of drinking water. Participants included patients with heart failure and volume overload who admitted in the hospital. Forty participants were recruited and randomly assigned into the experimental group ($n = 20$) and control group ($n = 20$). The experimental group received the Self-management program which consisted of knowledge, self-management skill training, goal setting, action plan collaborating, self-monitoring, feedback and evaluating, and continuing family support, whereas the control group received usual care. Outcomes were evaluated at week 0 and 6 by questionnaires of food consumption behavior and perceived severity of clinical symptoms. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, Independent t-test, Paired t-test, and ANCOVA.

Results revealed that 6 weeks after the experiment, there were statistically significant higher mean scores of food consumption behavior than before the experiment and higher than those in the control group ($t = -10.625, p < .01; F = 160.15, p < .001$ respectively). In addition, the results were found the mean scores of perceived severity of clinical symptoms lower than baseline and in the control group ($t = 16.084, p < .01; F = 8.41, p = .006$ respectively). From research results, this Self-management program influenced on volume overload and severity of

clinical outcomes, therefore this Self-management program should be implemented to patients with heart failure in order prevent further volume overload and its complication.



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความตั้งใจ อุตุน ความพยายามความมุ่งมั่นของผู้วิจัย ได้รับกำลังใจและความกรุณาอย่างสูงจาก รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ คีนาน ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ ดร.ปณิชา พลพินิจ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่ถูกต้องด้วยความละเอียดถี่ถ้วน ให้กำลังใจตลอดจนทุ่มเทเวลาอันมีค่า ปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ซึ่งทำให้ผู้วิจัยได้แนวทางในการศึกษาค้นคว้า หากความรู้และประสบการณ์ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณอย่างมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้วิจัยได้มีโอกาสศึกษาต่อ และขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน จังหวัดกรุงเทพมหานคร หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม ผู้ประสานงานในโรงพยาบาล ตลอดจนเพื่อนพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยในทุกท่านที่ให้การช่วยเหลือและสนับสนุน ทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นไปได้โดยสะดวก และขอขอบพระคุณผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและสมาชิกในครอบครัวทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ ทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาเพื่อพัฒนาแนวคิด และคุณภาพในงานการพยาบาล รวมถึงสร้างความภาคภูมิใจในวิชาชีพพยาบาล

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณมารดา บิดา และสมาชิกครอบครัวของข้าพเจ้า ที่ดูแลเลี้ยงดู ปกป้องผู้วิจัยเป็นอย่างดี ให้กำลังใจ สนับสนุนทุนทางด้านการศึกษาทุก ๆ ครั้ง ประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบเป็นความกตัญญูตเวทีแด่บุพการี บุรพจารย์ เพื่อน ๆ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ผู้วิจัยเป็นผู้มีการศึกษาและประสบความสำเร็จราบจนทุกวันนี้ ขอให้ผลงานที่มีคุณค่านี้เกิดประโยชน์แก่ทุก ๆ ท่าน ที่จะนำไปพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวหรือผู้ป่วยอื่น ๆ ให้สามารถดูแลตนเองและปัญหาที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตต่อไปอย่างดีมีความสุข

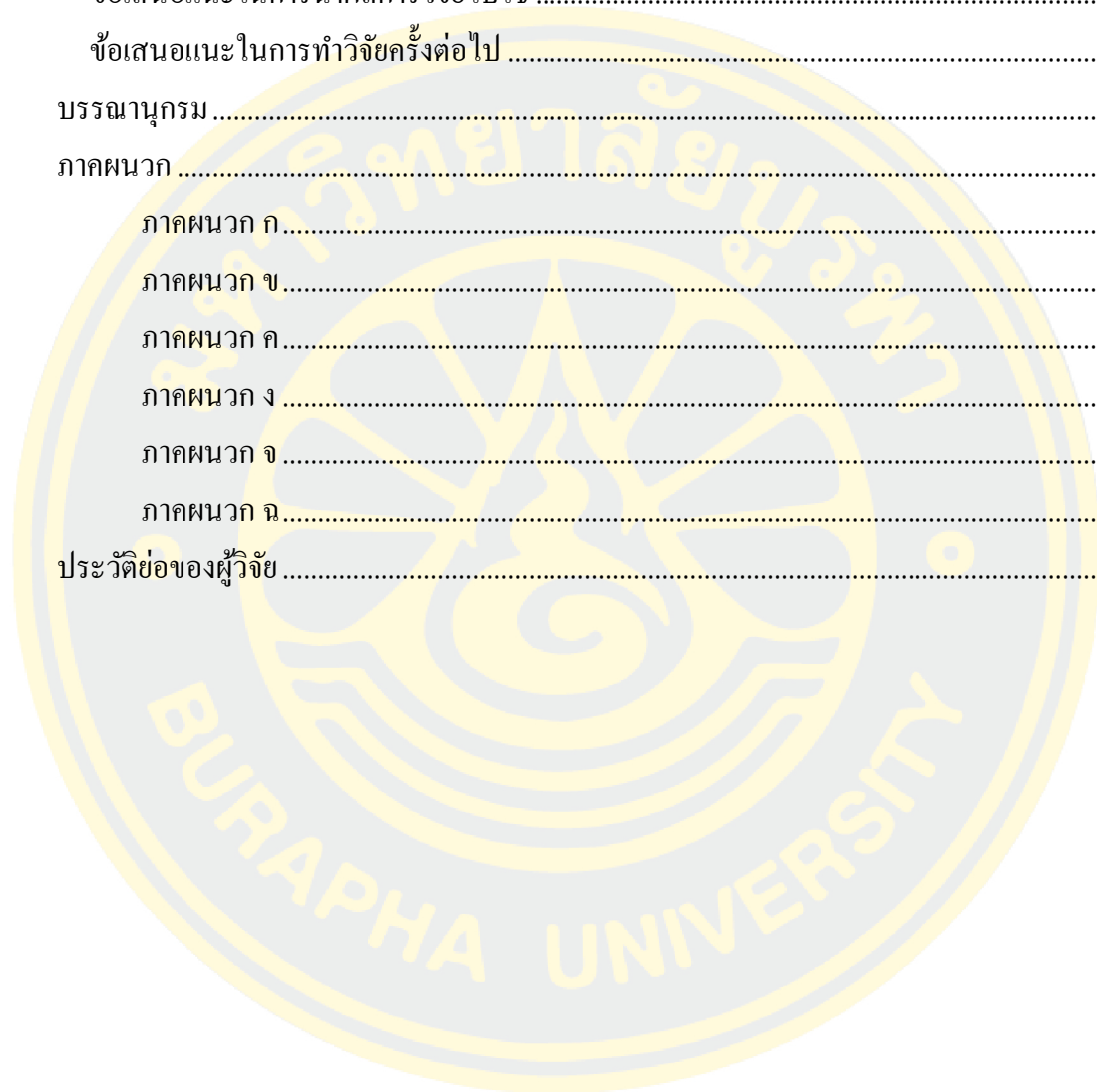
เนื่องจากรางานวิจัยครั้งนี้ ได้รับการสนับสนุนจากทุนอุดหนุนการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยบูรพา ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้ด้วย

ชัญญชิตา สุขชนะโชติ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ฉ
กิตติกรรมประกาศ	ช
สารบัญ	ฅ
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
สมมติฐานการวิจัย	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย.....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
ภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน.....	10
แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management).....	25
โปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำดื่ม	29
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	33
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	33
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง	34
สถานที่ในการศึกษา.....	35
การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง	36
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	36
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	40
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	41
การรวบรวมข้อมูล	42
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	49
บทที่ 4 ผลการวิจัย	50

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	51
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล.....	61
อภิปรายผลการวิจัย.....	62
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	66
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	67
บรรณานุกรม.....	68
ภาคผนวก.....	85
ภาคผนวก ก.....	86
ภาคผนวก ข.....	90
ภาคผนวก ค.....	98
ภาคผนวก ง.....	107
ภาคผนวก จ.....	116
ภาคผนวก ฉ.....	126
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	128



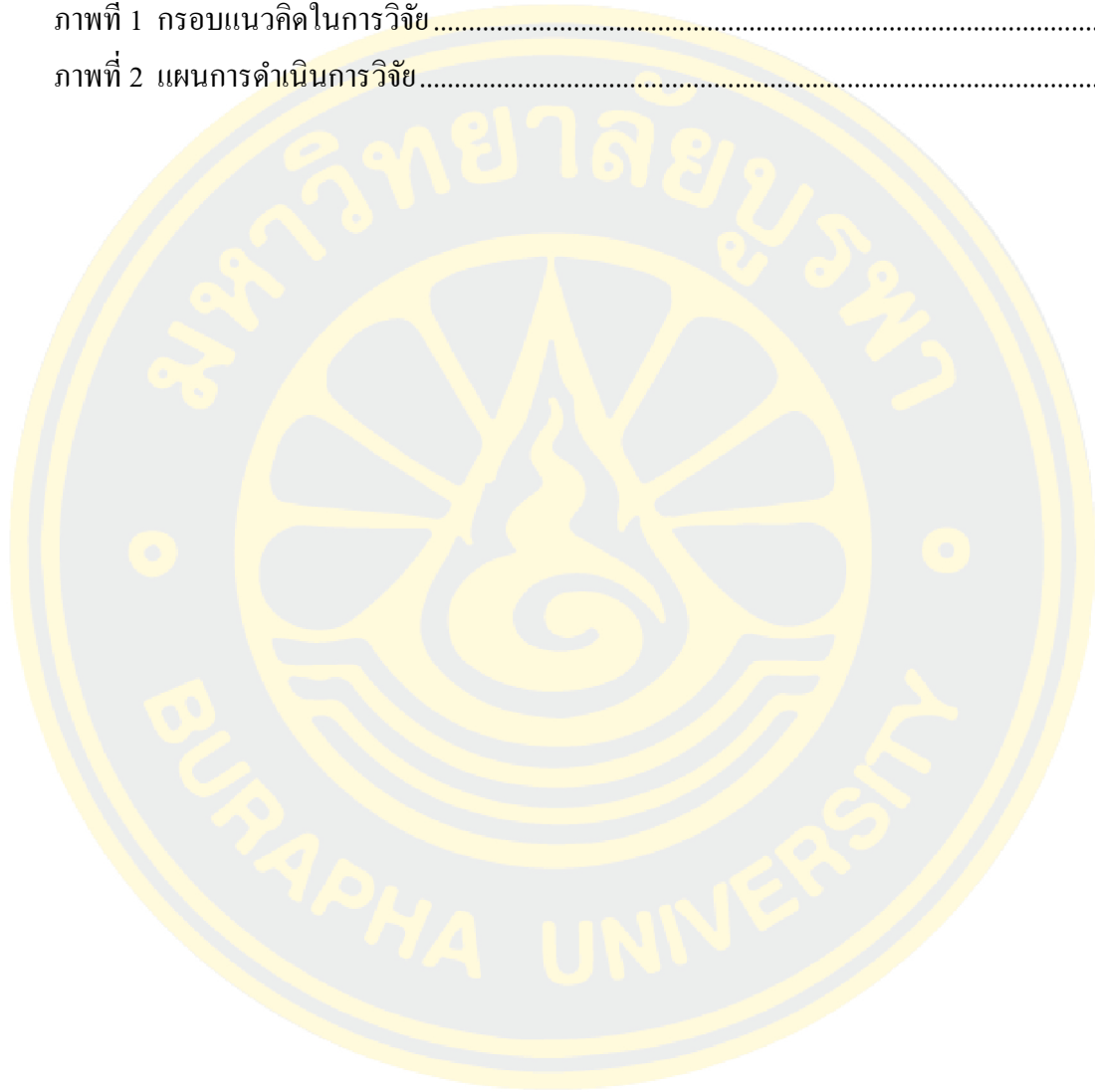
สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และผลการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกินในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	51
ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	53
ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การจำกัดน้ำดื่ม และค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อาการทางคลินิกของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในระยะก่อนการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 40$).....	58
ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุม ($n = 40$)	59
ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การจำกัดน้ำดื่ม ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน ในระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ($n = 40$)	60
ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้อาการทางคลินิกของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในระยะหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 40$).....	60

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	8
ภาพที่ 2 แผนการดำเนินการวิจัย.....	48



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) เป็นอาการแสดงออกในระยะสุดท้ายของโรคหัวใจทุกชนิด และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก เพราะมีแนวโน้มการเกิดเพิ่มมากขึ้นในทุก ๆ ปี เป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาค่อนข้างสูง เกิดการสูญเสียสุขภาพะ ตลอดจนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลและครอบครัว (Bragazzi et al., 2021; Rajadurai et al., 2017) ซึ่งในสหรัฐอเมริกาพบผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวถึง 6.2 ล้านราย เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 670,000 รายต่อปี โดยส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป และคาดว่าจะมีจะมีอัตราการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 46 (Benjamin et al., 2019) สำหรับประเทศอื่น ๆ ในยุโรปและเอเชียพบอัตราการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว พบประมาณร้อยละ 1-3 ของประชากร สำหรับในประเทศไทยพบอัตราการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวร้อยละ 0.4 ของประชากร แต่มีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวภายใน 30 วัน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสูงถึงร้อยละ 19 ซึ่งเป็นลำดับที่ 5 ของสาเหตุของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Reyes et al., 2016) โดยเฉลี่ย 1.2 ครั้งต่อคนต่อปี ตลอดจนมีอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มมากขึ้น (Maharak, 2019) และทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยแต่ละคนประมาณ 118,998 บาทต่อปี (Yingchoncharoen et al., 2021) ถึงแม้ว่าในปัจจุบันการรักษามีการพัฒนาและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น แต่ยังคงพบอัตราการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ค่อนข้างสูง

ภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้บ่อย ซึ่งเป็นผลจากโครงสร้างหรือการทำหน้าที่ของหัวใจที่ทำงานผิดปกติ เมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดขึ้น ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง หรือการที่ร่างกายเสียสมดุล เนื่องจากการได้รับของเหลวมากกว่าปริมาณของเหลวที่ถูกขับออกจากร่างกาย ทำให้ร่างกายมีของเหลวเพิ่มขึ้นทั้งภายนอกและภายในเซลล์ ทำให้มีปริมาณน้ำนอกเซลล์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้หัวใจทำงานผิดปกติ น้ำส่วนเกินในร่างกายจะคั่งและเซาะเข้าได้ผิวหนัง สังเกตได้จากอาการบวมตามร่างกาย หรือมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากกว่า 1-1.5 กิโลกรัม จากเดิมในภาวะปกติ ภายใน 1 หรือ 2 วัน หรือมากกว่า 2 กิโลกรัมใน 3 วัน มีน้ำในช่องท้องมากขึ้น ผู้ป่วยจะหายใจหอบเหนื่อย และนอนราบไม่ได้ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์และชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย,

2562; American Heart Association, 2020) ภาวะน้ำเกินทำให้รบกวนการดำเนินชีวิต ได้แก่ หายใจลำบากเหมือนนอนราบ หายใจไม่อิ่ม ตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน นอนไม่หลับ และอ่อนเพลีย (Thibodeau & Drazner, 2018) ทำให้กระบวนการสูงอายุเร็วขึ้น ทำให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลง การทำหน้าที่ของหัวใจลดลง หากมีภาวะน้ำเกินบ่อยครั้งจะทำให้มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงขึ้น (Ghaffar & Easom, 2015) ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องเป็นภาระของครอบครัวในการดูแล ต้องสูญเสียรายได้หากผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว รวมถึงต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อน (Maharak, 2019)

นอกจากพยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลวแล้ว ภาวะน้ำเกินอาจมีสาเหตุหรือปัจจัยส่งเสริมที่เกิดจากอาหาร พฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยอื่น ๆ เช่น การจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม ที่พบว่าเป็นสาเหตุร่วมที่ทำให้เกิดภาวะน้ำเกินถึงร้อยละ 81.4 (Kara, 2014) การไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา การไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การขาดแรงสนับสนุนทางสังคมและมีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี (พรพรรณ เทอดสุทธิธณภูมิ, 2558; วรณ เพ็ชรรัตน์, รัชณี นามจันทร์, วรินทร์ บินโฮเซ็น และพรวิไล ปรปักษ์ขาม, 2560) ขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องอาหารหรือรับประทานตามความต้องการของตนเอง (Neumann, et al, 2013; Turner, 2016) ไม่รู้วิธีการควบคุมปริมาณน้ำในร่างกายถึงร้อยละ 61.8 (Kugler, Maeding & Russell, 2011) ไม่ควบคุมปริมาณน้ำดื่มและไม่ติดตามชั่งน้ำหนักตนเองอย่างสม่ำเสมอ จากการศึกษาของ พลอย ไพลิน เอื้ออารีย์กุล และฉัตรชาธร ภาโนมัย (2562) พบว่า การดูแลตนเองที่ไม่ภาวะน้ำเกินมีสัมพันธกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรง และความสัมพันธกับการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Doukky (2016) ที่พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวร้อยละ 7.6 ไม่สามารถจำกัดโซเดียมได้ ทำให้พบอัตราการตายและการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวถึงร้อยละ 19. 6 และร้อยละ 36. 4 ตามลำดับ ซึ่งในปัจจุบันคนไทยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น นิยมรับประทานอาหารจานด่วน เพราะรวดเร็วทันใจต่อเวลาที่จำกัด และบริโภคอาหารนอกบ้าน ซึ่งอาหารส่วนใหญ่มีปริมาณไขมันและโซเดียมสูง (พลอย ไพลิน และคณะ, 2562) ผู้ป่วยอาจมีการรับรู้ที่ไม่ถูกต้อง เช่น ผู้ป่วยไม่คิดว่าการจำกัดเกลือจะช่วยให้โรคของตนเองดีขึ้น คิดว่าการรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งก็เพียงพอ และเชื่อว่าคำแนะนำที่ได้รับเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตประจำวันจึงไม่ทำตาม โดยเฉพาะการงดหรือเติมน้ำปลาหรือน้ำปลาร้า (สว่างจิต คงภิบาล, นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ และปชานัญญ์ ดันดีโกสม, 2560) ความยุ่งยากในการจัดเตรียมอาหารเฉพาะโรค ความรู้สึกเบื่อหน่ายกับอาหารรสจืด การคิดในรสชาติของอาหาร ความรู้สึกไม่อร่อย ข้อจำกัดในการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรสำหรับการจัดซื้ออาหารที่มีโซเดียมต่ำ การสนับสนุนค่าใช้จ่ายของครอบครัว (Shahrabaki, Nouhi, Kazemi, &

Ahmadi, 2016) ล้วนเป็นสาเหตุและส่งเสริมให้เกิดภาวะเกิน จนนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนและต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างเหมาะสม จะลดความเสี่ยงของการเกิดอาการของโรคและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลดอัตราการตาย เพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ ตลอดจนการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Jonkman et al., 2016; Lee et al., 2018; Seid et al., 2019; Somsiri et al., 2021) แม้ว่าการจัดการตนเองในด้านต่าง ๆ จะเป็นหัวใจสำคัญในการควบคุมภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างไรก็ตามพบว่า การปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง หรือพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวยังค่อนข้างต่ำ มีเพียงการรับประทานยาตามแผนการรักษาเท่านั้นที่มีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ขณะที่การเฝ้าระวังอาการและสังเกตอาการบวมจะปฏิบัติค่อนข้างน้อย (Twalbeh et al., 2020) ส่วนในประเทศไทยจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวยังมีพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างไม่เหมาะสม เช่น การไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา และการจัดการอาการ และเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอเมริกา ออสเตรเลีย และเม็กซิโก พบว่า "ไทยมีค่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองต่ำสุด ทั้งในการจัดการกับอาการ การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม นอกจากนั้นยังพบว่า เกิดอาการผิดปกติมากกว่า ทั้งอาการหายใจเหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย อวัยวะส่วนปลายบวม และความทนในการออกกำลังกายลดลง (Tankumpuan et al., 2019) มีผู้ป่วยเพียง 1 ใน 5 เท่านั้นที่ควบคุมการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมได้ แม้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรู้ว่าต้องจำกัดปริมาณการบริโภคเกลือและอาหารเค็มแต่ควบคุมลำบากเนื่องจากไม่ได้เป็นผู้ปรุงอาหารเอง และต้องรับประทานอาหารที่ปรุงแบบเดียวกันกับสมาชิกในครอบครัว รวมถึงการมีปัญหายุ่งยากในการจัดเตรียมอาหารเฉพาะโรค รู้สึกว่าอาหารรสจืดไม่อร่อย (สว่างจิต คงภินาล และคณะ, 2560) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรมจัดการตนเองในด้านต่าง ๆ อย่างเหมาะสม จึงยังมีความจำเป็นเพื่อชะลอความก้าวหน้าของโรค ลดความรุนแรงและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี

การควบคุมโซเดียมที่ส่วนใหญ่มียูอยู่ในเกลือแกงและการควบคุมน้ำดื่มจะต้องอาศัยแนวทางการจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกินในร่างกายจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคอาหาร และการจำกัดน้ำดื่ม ผู้ป่วยจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและอาหารเฉพาะโรค เนื่องจากสารอาหารที่ผู้ป่วยได้รับในแต่ละมื้อจะมีผลต่อการทำงานของหัวใจ เช่นอาหารที่มีโซเดียมสูงจะส่งผลกระทบต่อการทำงานของหัวใจ หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น เนื่องจากปริมาณของโซเดียมในอาหารจะมีผลต่อปริมาณน้ำในร่างกาย ในคนทั่วไปที่มีสุขภาพดีอาจสามารถบริโภคโซเดียมได้มากกว่า 4,000 มิลลิกรัมต่อวัน หรือรับประทานอาหารที่มีเกลือแกงได้

มากกว่า 4 กรัมต่อวัน โดยไม่มีผลต่อการควบคุมปริมาณน้ำในร่างกาย แต่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จะทำให้เกิดการคั่งของโซเดียมอาจเกิดน้ำคั่งในร่างกายทำให้เกิดอาการเหนื่อยหรืออาการบวมได้ จากข้อมูลของ American Heart Association แนะนำให้ผู้ที่ภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกินให้บริโภค โซเดียมไม่เกิน 4,000 มิลลิกรัมต่อวัน (Ponikowaki et al., 2016) ส่วนสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ (2562) มีคำแนะนำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวควรได้รับโซเดียมไม่เกินวันละ 2,000-3,000 มิลลิกรัม แต่ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง (NYHA FC IV) หรือใช้ยาขับปัสสาวะในขนาดสูงจำเป็นต้องเคร่งครัดในการบริโภคโซเดียมต่ำกว่า 2,000 มิลลิกรัม หรือต่ำกว่า 500 มิลลิกรัมต่อวัน (รุจิรา สัมมะสุต, 2552) แต่พบว่าผู้ป่วยปฏิบัติได้ยากเพราะผู้ป่วยมักชินกับอาหารรสชาติเดิม จนผู้ป่วยรับประทานไม่ได้ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยไม่อาจทราบปริมาณเกลือแคงที่ผสมในอาหารต่าง ๆ ได้แน่นอน โดยเฉพาะเมื่อไม่ได้ประกอบอาหารรับประทานเอง ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวควรรู้วิธีอ่านฉลากโภชนาการ เมื่อซื้ออาหารมาบริโภค เพื่อจะได้ทราบปริมาณโซเดียมที่เป็นส่วนประกอบเพื่อนำมาคำนวณในการจำกัดโซเดียม (White, Kirschner, & Hamilton, 2014)

ซึ่งการจัดการตนเองเป็นเทคนิคหนึ่งที่น่าสนใจนำมาปรับใช้กับการปรับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยพัฒนามาจากแนวคิดการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม ซึ่งเชื่อว่าบุคคลจะเป็นผู้ดำเนินการในการปรับพฤติกรรมด้วยตนเอง โดยการตั้งเป้าหมายและเลือกวิธีดำเนินการจัดการตนเองเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย โดยร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลสุขภาพ ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว การควบคุมภาวะน้ำเกินผู้ป่วยต้องมีความสามารถในการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารและน้ำดื่ม (ชนัยรัตน์ รุ่งพราย และทัศนาศูววรรณ, 2561) ต้องเลือกเป้าหมายหรือวิธีดำเนินการจัดการตนเองเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ Lorig and Holman (2003) กล่าวว่า การจัดการตนเองเป็นการเรียนรู้และมีส่วนร่วมในทักษะเพื่อควบคุมภาวะแทรกซ้อนของโรค โดยมุ่งเน้นที่การจัดการด้านการรักษา (Medical management) ด้านบทบาท (Role management) และด้านอารมณ์ (Emotional management) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้น แต่การจัดการตนเองในผู้ป่วยเรื้อรังพบว่ามี ความซับซ้อนและสัมพันธ์กับปัจจัยภายนอกของผู้ป่วย โดยเฉพาะครอบครัว ซึ่ง Ryan and Sawin (2009) เสนอแนวคิดการจัดการของบุคคลและครอบครัว โดยเชื่อว่า ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเป็นหน่วยเดียวกัน มีหน้าที่รับผิดชอบร่วมกัน มีความผูกพัน ความเอาใจใส่ต่อกัน มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงของคนใดคนหนึ่งในการครอบครัวก็จะมีผลเอื้อหนุนให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว การนำสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการตนเอง จะส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น (ชดช้อย วัฒนะ, 2558) ในประเทศไทยมีการนำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้

กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคไต พบว่าประสบความสำเร็จในการจัดการตนเองของผู้ป่วยมากขึ้น เช่น การศึกษาผลของ โปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการออกกำลังกายแบบรำไม้มืดลงในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เป็นเวลา 8 สัปดาห์ พบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด HbA1c ของกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่าก่อน การได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุชาดา คงหาญ และทัศนีย์ ชูวรรณะปกรณ, 2557) การนำแนวคิดการจัดการของบุคคลและครอบครัวมาใช้ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การจัดการตนเองมีผลดีต่อคุณภาพชีวิต การบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย อากาทางคลินิก และลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (สว่างจิต คงภิบาล และคณะ, 2560; Aghamohammadi, Khaleghipour, Shahboulaghi, & Maddah, 2019; Abbasi, Ghezeljeh, & Farahani, 2018) ทำให้ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นและลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (จิตติมา ทาสวรรณอินทร์, ลินจง โปธิบาล และทศพร คำผลศิริ, 2562; นารี อินทรศักดิ์, ทิพมาส ชินวงศ์ และจารุวรรณ กฤตย์ประชา, 2558)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการจัดการตนเองเกี่ยวกับอาหารและน้ำดื่มต่อพฤติกรรม การบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของ Ryan and Sawin (2009) มาเป็นพัฒนาเป็นโปรแกรมการจัดการตนเองโดยผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวร่วมกันตั้งเป้าหมายค้นหาแนวทาง วิธีการเลือกอาหาร การมีทักษะในการสังเกตตนเอง การติดตามอาการ และมีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม ให้เกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม ลดการเกิดภาวะน้ำเกิน ลดความรุนแรงของโรคที่เพิ่มสูงขึ้น การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐบาลขนาดใหญ่ 500 เตียง มีบริการสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมีคลินิกเฉพาะโรคหัวใจและมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านหัวใจ มีสถิติของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำเกินทั้งหมดเฉลี่ยปีละ 533 คน มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 3.5 (หน่วยเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลเลิศสิน, 2562)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่มของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกินของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับอาหารและน้ำดื่ม
2. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับอาหารและน้ำดื่ม

3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่มของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับอาหารและน้ำดื่ม

4. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับอาหารและน้ำดื่ม

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่มของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกินของกลุ่มทดลอง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับอาหารและน้ำดื่มสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับอาหารและน้ำดื่ม

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนผลลัพธ์ทางคลินิกของกลุ่มทดลองภายหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับอาหารและน้ำดื่มต่ำกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับอาหารและน้ำดื่ม

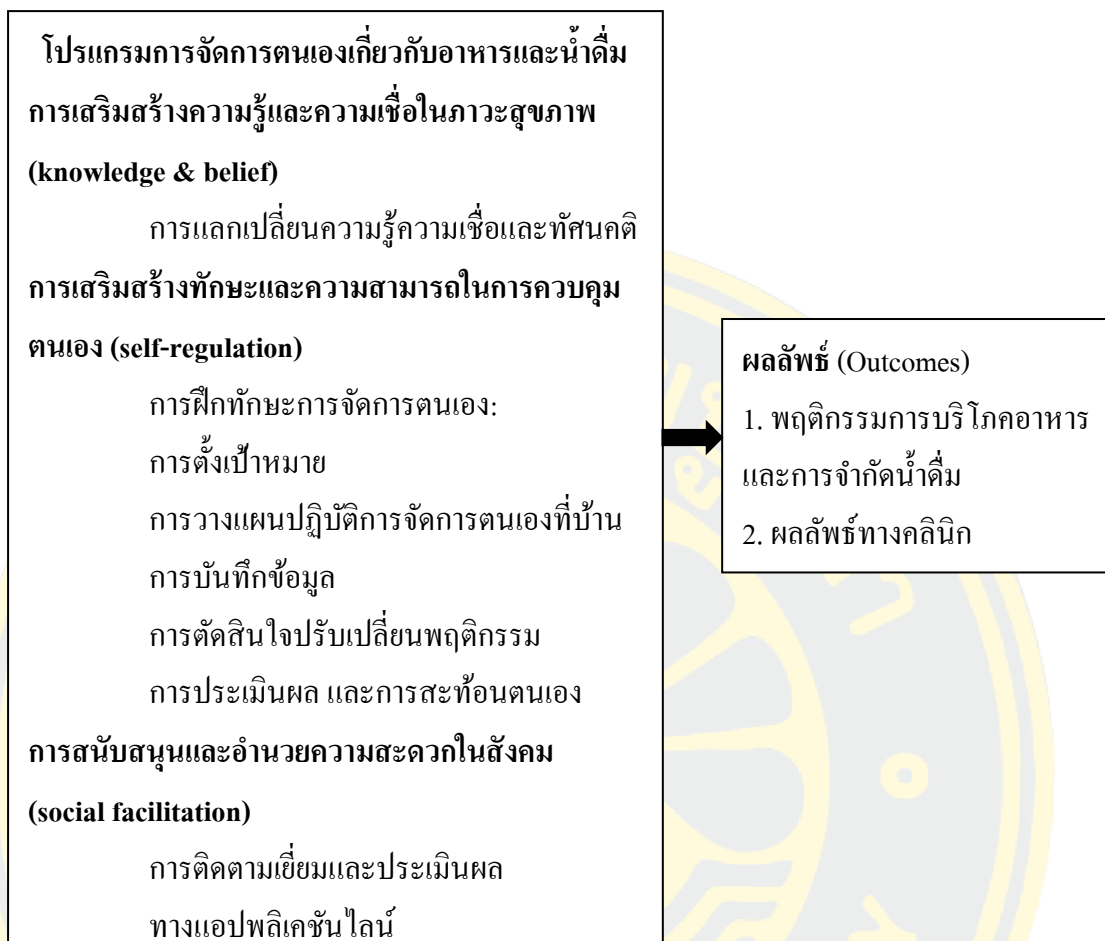
3. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่มของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับอาหารและน้ำดื่มสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. ค่าเฉลี่ยของคะแนนผลลัพธ์ทางคลินิก ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับอาหารและน้ำดื่มต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ของ Ryan and Sawin (2009) ซึ่งเชื่อว่า ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเป็นหน่วยเดียวกัน มีหน้าที่รับผิดชอบร่วมกัน มีความผูกพัน ความเอาใจใส่ต่อกัน ซึ่งเป็นอิทธิพลซึ่งกันและกัน เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงของคนใดคนหนึ่ง ในครอบครัวก็จะมีผลกระทบต่อทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่ 1) มิติด้านบริบท (context dimension: risk and protective factor) หมายถึง ปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยป้องกันที่ประกอบไปด้วย ปัจจัยเฉพาะ โรค ปัจจัยด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อม ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว คือ ลักษณะส่วนบุคคลของครอบครัวซึ่งจะมีผลต่อการจัดการตนเอง 2) มิติด้านกระบวนการ (process dimension) หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย 3 ประการ คือ 1. ความรู้และความเชื่อในภาวะสุขภาพ (knowledge & belief) 2. ทักษะและความสามารถในการควบคุม

ตนเอง (self-regulation) และ 3.การอำนวยความสะดวกในสังคม (social facilitation) 3) มิติด้านผลลัพธ์ (outcome dimension) ซึ่งประกอบด้วยผลลัพธ์ระยะสั้น คือ การสามารถควบคุมพฤติกรรม การบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม รวมถึงการควบคุมอาการแทรกซ้อนทางคลินิก และผลลัพธ์ระยะยาว คือ การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยผู้วิจัยใช้มิติด้านกระบวนการมาออกแบบ โปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม โดยการนำสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งมีองค์ประกอบหลักในการจัดการตนเอง ได้แก่ การเสริมสร้างความรู้และความเชื่อ การเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเอง และการสนับสนุนการอำนวยความสะดวกทางสังคม เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่มและป้องกันภาวะน้ำเกิน โดยบุคคลากรด้านสุขภาพมีหน้าที่ให้การช่วยเหลือให้ผู้ป่วย และครอบครัวมีความรู้ มีทักษะในการเลือกบริโภคอาหารและจำกัดน้ำดื่มที่เหมาะสมกับโรค ตลอดจนสามารถจัดการกับอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยก็จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมควบคุมอาหารการจำกัดน้ำดื่มได้ดีขึ้น และเกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นลดอาการของภาวะน้ำเกินได้ โดยสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งการทดลอง (Quasi-experimental design) ใช้แบบแผนการวิจัยศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pre-posttest design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม และผลลัพธ์ทางคลินิก ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน ที่มีความรุนแรงระดับที่ 2 และ 3 ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเลิดสิน ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับอาหารและน้ำดื่ม

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม และผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ อาการหายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ เหนื่อยเมื่อปฏิบัติกิจกรรม และอาการบวมอวัยวะส่วนปลาย

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว มีประวัติเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการภาวะหัวใจล้มเหลวตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป มีภาวะน้ำเกิน และมีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับ Functional Heart Classification อยู่ในระดับที่ 2 และ 3 (New York Heart Association [NYHA], 2009)

โปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับอาหารและน้ำดื่ม หมายถึง โปรแกรมที่มีการดำเนินกิจกรรมกับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการจัดการตนเองในพฤติกรรมกรบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่มที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามทฤษฎีการจัดการตนเองของ Ryan and Sawin (2009) เพื่อปรับเปลี่ยนเน้นพฤติกรรมกรบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่มที่เหมาะสมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน โดยเน้นผู้ป่วยและให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วม ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 6 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วย ความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว กลวิธีในการจัดการด้านอาหารและการควบคุมปริมาณน้ำดื่มอย่างเหมาะสม การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ และคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

พฤติกรรมกรบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่เหมาะสมและการจำกัดน้ำ ประกอบไปด้วย การเลือกบริโภคอาหารที่มีโซเดียมต่ำ ลดการบริโภคอาหารที่มีรสเค็ม ลดอาหารที่มีไขมันสูง การบริโภคอาหารที่มีปริมาณเหมาะสม และหลีกเลี่ยงสิ่งที่มีผลต่อการทำงานของหัวใจ เช่น เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ รวมถึงการควบคุมปริมาณน้ำดื่มที่เหมาะสม การงดสูบบุหรี่ การชั่งน้ำหนัก โดยใช้แบบสอบถามที่ดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมกรรับประทานอาหารเฉพาะโรคของ อัจษรา บุญมีศรีทรัพย์, อภรณ์ ดীনาน, และกนกนุช ชื่นเลิศสกุล (2552)

ผลลัพธ์ทางคลินิก หมายถึง การประเมินอาการและอาการแสดงของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากภาวะน้ำเกิน ได้แก่ อาการหายใจหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ เหนื่อยเมื่อปฏิบัติกิจกรรม และอาการบวมตามอวัยวะส่วนปลาย โดยการประเมินอาการทางคลินิกจากการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบสอบถามอาการที่ดัดแปลงจาก แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายของ จิราภรณ์ มีชูสิน, อภรณ์ ดীনาน, และศิริวัลห์ วัฒนสินธุ์ (2554)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การจำกัดน้ำดื่ม และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งภายในประเทศ และต่างประเทศ โดยครอบคลุมเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. ภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน
2. พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม
3. แนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว
4. โปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม

ภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์และชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย (2562) ให้ความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง กลุ่มอาการซึ่งมีสาเหตุจากความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ อาจเกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างของหัวใจก็ได้ มีผลทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกาย หรือรับเลือดกลับเข้าสู่หัวใจได้ตามปกติ มีอาการที่สำคัญ 2 ประการ อาการแรก คือ หายใจลำบากและอ่อนเพลีย อาการที่สำคัญคือ เกิดจากการมีน้ำและโซเดียมคั่งในร่างกาย ทำให้บวม ส่วน American Heart Association [AHA] (2020) ให้ความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลว ว่าเป็นภาวะที่มีความผิดปกติในการทำหน้าที่ของหัวใจ ไม่สามารถบีบตัวเพื่อส่งเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอ ความก้าวหน้าของโรคจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญที่สุดในผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดและหัวใจ ภาวะหัวใจล้มเหลวนี้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรของพยาธิสภาพที่หัวใจ แม้ว่าการรักษาจะทำให้อาการดีขึ้น แต่เมื่อเวลาผ่านไปอาการป่วยก็สามารถกลับมาเป็นซ้ำอีกได้

ภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน (Volume Overload) เป็นภาวะที่ร่างกายของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีปริมาณน้ำนอกเซลล์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็นผลมาจากการได้รับน้ำหรือโซเดียมมากกว่าปกติ ทำให้ปริมาณโซเดียมในร่างกายเพิ่มมากขึ้น จนทำให้ความสามารถในการควบคุมสมดุลของไตและฮอร์โมนบกพร่อง การเพิ่มของน้ำนอกเซลล์มากขึ้นทำให้หัวใจทำงาน

หนักจนส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว หรือมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่า 1-1.5 กิโลกรัม จากเดิมในภาวะปกติภายใน 1 หรือ 2 วันหรือมากกว่า 2 กิโลกรัมใน 3 วัน (Ponikowski et al., 2016)

พยาธิสภาพของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน

ในภาวะปกติการทำงานของหัวใจขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ปริมาณของเลือดในห้องหัวใจก่อนการบีบตัว แรงต้านการไหลเวียนของเลือดขณะหัวใจบีบตัว และอัตราการเต้นของหัวใจ ที่มีการปรับตัวตลอดเวลาตามความจำเป็นของอวัยวะและเนื้อเยื่อที่ต้องการ ปริมาณเลือดมากหรือน้อย ผลของการปรับตัวทำให้อวัยวะและเนื้อเยื่อดังกล่าว ได้รับเลือดไปเลี้ยงอย่างเพียงพอตลอดเวลา เมื่อมีสาเหตุปัจจัยใด ๆ เข้ามาแล้วมีผลทำให้หัวใจมีการทำงานผิดปกติ เช่น ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจากการมีหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีตีบหรือตัน เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ภาวะความดันโลหิตสูง โรคคลื่นหัวใจพิการชนิดคลื่นหัวใจตีบหรือรั่ว โรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ และโรคกล้ามเนื้อหัวใจพิการ สาเหตุปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้ความสามารถในการบีบตัวของหัวใจลดลง ส่งผลให้ปริมาณของเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง อวัยวะหรือเนื้อเยื่อต่าง ๆ ของร่างกายจึงได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอต่อความต้องการ ทำให้หัวใจต้องรักษาระดับปริมาณเลือดให้คงที่ (James, Januzzi, & Mann, 2015) โดยอาศัยกลไกการปรับตัวชดเชยที่สำคัญ ซึ่งในระยะเริ่มต้นจะเป็นการทำงานผ่านระบบประสาทซิมพาเทติก และระบบเรนินแองจิโอเทนซิน โดยการกระตุ้นระบบดังกล่าวทำให้เกิดการหลั่งของสารเคทีโกลามีน (Catecholamine) ซึ่งจะออกฤทธิ์ที่กล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้มีการเพิ่มอัตราการเต้นของชีพจร ความแรงในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ออกฤทธิ์ที่หลอดเลือดทำให้มีการหดตัว และออกฤทธิ์ที่ท่อไต ทำให้มีการดูดกลับน้ำและโซเดียมเข้าสู่ร่างกาย เพื่อเพิ่มปริมาณเลือดไหลกลับเข้าสู่หัวใจมากขึ้น กลไกดังกล่าวทำให้ร่างกายปรับตัวได้อย่างเพียงพอและไม่เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว แต่ถ้ากลไกดังกล่าวนี้ยังคงดำเนินต่อไปเรื่อย ๆ โดยไม่ได้รับการแก้ไข สาเหตุการกระตุ้นโดยผ่านระบบต่าง ๆ จะทำให้หัวใจห้องล่างมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น โดยหัวใจจะเปลี่ยนขนาดและรูปร่างค่อย ๆ ขยายขนาดห้องหัวใจให้โตขึ้น ทำให้ผนังห้องหัวใจถูกยืดขยายออกจนผนังบางลง มีการเปลี่ยนรูปร่างจากทรงกลมเป็นทรงรีแทน ส่งผลให้ความสามารถในการบีบตัวลดลง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้เป็นไปตามกฎของแฟรงค์-สตาร์ลิงลอว์ (Frank-Starling law) คือ เมื่อใดก็ตามที่กล้ามเนื้อหัวใจถูกยืดถึงระดับสูงสุดที่ทำให้มีการบีบตัวได้แรงสุดแล้ว ไม่ว่าจะยืดกล้ามเนื้อหัวใจให้เพิ่มขึ้นอีกก็จะไม่เพิ่มแรงในการบีบตัวมากกว่าเดิม ดังนั้นการที่กล้ามเนื้อหัวใจถูกยืดขยายออก จนทำให้ผนังห้องหัวใจบางลงดังกล่าว ส่งผลให้ประสิทธิภาพการบีบตัวลดลงปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง เป็นผลให้อวัยวะและเนื้อเยื่อต่าง ๆ ของร่างกายได้รับเลือดไม่เพียงพอต่อความต้องการ จึงเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมา (เอกวิทย์ ศรีปริวณ, อภิรัตน์ หวังธีระประเสริฐ, วิทวัส จิตต์พิวงาม และสุทธาทิพย์ พงษ์เจริญ, 2559)

พยาธิสรีรวิทยาหลักที่เกิดขึ้นในภาวะหัวใจล้มเหลวมีผลต่อเนื้อเยื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนโครงสร้างของหัวใจห้องล่างซ้าย (Left ventricle) ซึ่งส่งผลเสียในระยะยาว (Maladaptive remodeling) ความผิดปกติที่เกิดขึ้นต่อหัวใจห้องล่างซ้ายนั้นมักถูกจำแนกออกเป็นความผิดปกติของระยะบีบตัว (Systolic dysfunction) และความผิดปกติของระยะคลายตัว (Diastolic dysfunction) ภาวะหัวใจล้มเหลวจึงเป็นผลจากความผิดปกติใด ๆ ของระบบหัวใจและหลอดเลือดที่ไม่สามารถเพิ่มการไหลเวียนของโลหิตโดยรวม (Cardiac output) ได้เพียงพอ เมื่อร่างกายถูกกระตุ้นและต้องการการไหลเวียนโลหิตโดยรวมมากขึ้น เมื่อมีความผิดปกติขึ้นที่หัวใจจะทำให้สมรรถภาพการทำงานของหัวใจลดลง ส่งผลให้หัวใจมีการบีบตัวหรือการคลายตัวผิดปกติ ส่งผลให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ได้อย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์และชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2562)

ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว (Functional classification)

การแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว จะแบ่งตามระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดง และความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละวัน ซึ่งการแบ่งระดับต่าง ๆ มีดังนี้ (Ponikowski et al., 2016)

1. การประเมินตามค่าการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ โดยแบ่งเป็น 2 โดยสามารถแบ่งตามเกณฑ์ดังนี้

1.1 Systolic heart failure หรือ heart failure with reduced EF (HFREF) หมายถึงหัวใจล้มเหลวที่เกิดร่วมกับการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (Left ventricle) ลดลง โดยทั่วไปใช้ค่า left ventricular ejection fraction (LVEF) ต่ำกว่าร้อยละ 40

1.2 Diastolic heart failure หรือ heart failure with preserved EF (HFPEF) หมายถึงหัวใจล้มเหลวที่เกิดร่วมกับการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายปกติ โดยทั่วไปใช้ค่า left ventricular ejection fraction (LVEF) มากกว่าร้อยละ 50 และเรียกว่า heart failure with preserved ejection fraction (HFPEF) หรือ heart failure with preserved systolic function (HFPSF)

2. การประเมินของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association [NYHA], (2009) แบ่งได้ 4 ระดับ โดยระดับที่สูงกว่าจะเป็นตัวบ่งชี้ว่ามีอาการที่รุนแรงกว่า มีการจำกัดการทำกิจกรรมและภาวะสุขภาพที่เลวลง โดยสามารถประเมินได้ตามเกณฑ์ ดังนี้

ระดับที่ 1 (Class I, Asymptomatic) ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวแต่ยังไม่มีอาการผิดปกติในโครงสร้างหัวใจ และยังไม่มีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดแดงตีบแข็ง โรคเบาหวาน โรคอ้วน กลุ่มอาการเมตาบอลิก ผู้ป่วยเหล่านี้จะยังสบายดีแต่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดหัวใจล้มเหลวได้ในอนาคต

ผู้ป่วยโรคหัวใจในระดับที่ไม่มีขีดจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ถ้ามีกิจกรรมตามปกติจะไม่มีอาการอ่อนเพลีย ใจเต้นเร็ว ใจสั่น เหนื่อย หายใจลำบาก หรือเจ็บหน้าอก

ระดับที่ 2 (Class II, Mild) ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติในโครงสร้างของหัวใจแต่ยังไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ ผู้ป่วยที่เป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายครั้งแรกหรือตายบางส่วน กล้ามเนื้อหัวใจหนา การบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง มีโรคลิ้นหัวใจระยะที่ไม่รุนแรงยังไม่แสดงอาการ ผู้ป่วยโรคหัวใจในระดับนี้มีการจำกัดการทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้นเมื่อได้พัก แต่ถ้าทำกิจกรรมตามปกติก็เป็นสาเหตุของอาการเหนื่อยล้า ใจสั่น หายใจลำบากเจ็บหน้าอก

ระดับที่ 3 (Class III, Moderate) ผู้ป่วยมีความผิดปกติในโครงสร้างหัวใจร่วมกับมีอาการภาวะหัวใจล้มเหลวแต่สามารถควบคุมอาการได้ ด้วยการรักษาตามมาตรฐาน เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคที่มีความผิดปกติด้านโครงสร้างของหัวใจเดิมอยู่แล้ว มีอาการหอบเหนื่อยและเหนื่อยล้า มีความทนต่อการออกกำลังกายลดลง หรือเคยมีภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดขึ้นแล้ว โดยผู้ป่วยโรคหัวใจในระดับนี้ต้องจำกัดการทำกิจกรรมอย่างชัดเจน ผู้ป่วยจะรู้สึกดีขึ้นเมื่อพัก ทำกิจวัตรประจำวันก็เหนื่อย เช่น ล้างหน้า แปรงฟัน รับประทานอาหาร หรือมีกิจกรรมเพียงเล็กน้อยก็เป็นสาเหตุของอาการเหนื่อยล้า ใจสั่น หายใจลำบาก หรือเจ็บหน้าอก

ระดับที่ 4 (Class IV, Severe) ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมีอาการหอบเหนื่อยหรืออาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวขณะพักและไม่ตอบสนองต่อการรักษาตามมาตรฐาน ต้องได้รับการดูแลรักษาเป็นพิเศษเป็นผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาลระยะที่ยังไม่ปลอดภัย อาจต้องใช้เครื่องมือพยุงการทำงานของหัวใจ หรือพิจารณาผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ โดยผู้ป่วยโรคหัวใจในระดับนี้ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้โดยปราศจากอาการ อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวชัดเจนแม้ขณะหยุดพัก (New York Heart Association [NYHA], (2009)

สาเหตุและปัจจัยของภาวะหัวใจล้มเหลว

สาเหตุและปัจจัยชักนำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดภาวะน้ำเกิน ได้แก่ การขาดความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร โซเดียมสูง การไม่จำกัดปริมาณน้ำดื่ม การขาดการติดตามอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นในแต่ละวันด้วยตนเอง เช่น อาการหายใจเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ อาการบวมตามอวัยวะส่วนปลาย ปัสสาวะออกน้อย อาการแน่นหน้าอกจุกแน่นท้อง น้ำหนักเพิ่ม ไอ และการขาดการติดตามอาการด้วยตนเอง เช่น ขาดการชั่งน้ำหนักตัวประจำวัน การประเมินอาการบวม การรับประทานยาขับปัสสาวะไม่สม่ำเสมอ หรือไม่ได้รับประทานตามคำสั่งแพทย์ และขาดความรู้ในการจัดการอาการน้ำเกิน (Ronco, Kaushik, Valle, Aspromonte, & Peacock., 2012; Miller, 2016)

อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน

อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีน้ำเกิน ได้แก่ บวมตามอวัยวะส่วนปลาย เช่น ขา เท้า ท้องมาน บวมทั้งตัว น้ำท่วมปอด นอนราบไม่ได้ หายใจหอบเหนื่อย หลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง ความดันของหลอดเลือดดำที่ต่อเพิ่มขึ้น (elevated jugular venous pressure) จากการทบทวนงานวิจัยพบว่าอาการเหนื่อยเป็นอาการที่มีความไวสูงสุด (sensitivity 84-100%) จากการมีน้ำในปอด แต่ความจำเพาะ (Specificity 17-34%) อาการหายใจลำบากช่วงกลางคืนเป็นอาการที่มีความจำเพาะสูง (specificity 80-84%) แต่มีความไวปานกลาง (Sensitivity 39-41%) การมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลว นอกจากนี้ยังตรวจพบเสียงหัวใจได้ยินเสียง S3 เกิดภาวะ hepatojugular reflux และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีประโยชน์ในการวินิจฉัยและพยากรณ์โรคของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว Natriuretic peptides เช่น elevated blood concentrations of N-terminal pro-brain natriuretic peptide (BNP and NT-pro BNP) และมีความสัมพันธ์กับความทนทานในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย (NYHA class) ซึ่งเป็นอาการนำที่ทำให้ผู้ป่วยมาอนโรพยาบาลมารักษาในโรงพยาบาลและมารักษาที่ห้องฉุกเฉินมากที่สุด (Ronco et al., 2012; Miller, 2016)

อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว สามารถพบได้หรือตรวจพบ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556; Burke, Mohn-Bromwn, & Eby, 2011; Miller, 2016; Benjamin et al, 2019) ดังนี้

1. อาการหอบเหนื่อยหรืออาการหายใจลำบาก (Dyspnea) เป็นอาการที่พบได้บ่อยและเป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล (จันทิมา ฤกษ์เดือนฤทธิ์, 2561; สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550) เมื่อมีการออกแรงหรือการทำกิจกรรมที่หนัก (Dyspnea on exertion) การหอบเหนื่อยที่สัมพันธ์กับท่าทาง เรียกว่า Orthopnea คือ อาการหอบเหนื่อยเมื่อนอนราบ แต่ถ้าได้นั่งอาการหอบเหนื่อยจะลดลง มีอาการหอบเหนื่อยเป็นพักๆ ในเวลากลางคืน (Paroxysmal nocturnal dyspnea) การหายใจเร็วแล้วค่อยๆ ช้าลง จนหยุดหายใจแล้วเริ่มหายใจเร็วใหม่ เรียกว่า Cheyne stokes respiration

2. อาการไอ เกิดจากการบวมของเยื่อหุ้มหลอดลม หรือเนื้อเยื่อของปอดที่มีของเหลวคั่ง มักจะมีอาการไอแห้งๆ ระคายคอ ต้องใช้แรงไอ และมักเกิดอาการในเวลากลางคืน

3. อาการแสดงทางระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น หัวใจเต้นเร็ว ซ้ำพจรเต้นแรง เบาลับกัน ความดันในหลอดเลือดแดงและปอดสูงขึ้น เป็นต้น

4. อาการบวม (Edema) ซึ่งจากการศึกษาของ สุรชัย กอบเกื้อชัยพงศ์ (2556) พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีการกลับเข้ามารักษาซ้ำด้วยอาการบวมร้อยละ 85.5 ซึ่งเป็นอาการที่พบมากในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจซีกขวาล้มเหลว (Right side heart failure) เป็นผลจากเลือดคั่งตาม

หลอดเลือดส่วนปลายหรือส่วนต่ำของร่างกายที่มีการไหลกลับของหัวใจได้ไม่ดี ทำให้สารเหลวเข้าสู่ช่องว่างระหว่างเซลล์ ในระยะแรกอาจสังเกตเห็น แต่จะทราบได้จากการชั่งน้ำหนักเมื่อภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงมากขึ้นจะสังเกตอาการบวมได้ง่ายขึ้น การบวมในส่วนปลายของร่างกายได้แก่ ปลายมือ ปลายเท้า ขา และข้อเท้า หรือบริเวณอวัยวะเพศ เมื่อมีการคั่งของเลือดในอวัยวะต่าง ๆ น้ำหนักจะเพิ่มมากขึ้น มีอาการบวมกดบุ๋ม (Pitting edema) ในส่วนที่ห้อยต่ำ เป็นต้น

5. อาการทางระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน แน่นท้อง ท้องอืด และท้องผูก เป็นอาการที่เกิดจากการคั่งของเลือดในกระเพาะอาหารและลำไส้จึงทำให้การหลั่งน้ำย่อยลดลง และลำไส้เคลื่อนไหวน้อยลง (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556) ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอาจพบตับโตและกดเจ็บ (Hepatomegaly) (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2552) เป็นผลมาจากการที่เลือดไม่สามารถไหลเข้าหัวใจได้ ทำให้เกิดการคั่งของเลือดตามอวัยวะต่าง ๆ .

6. อาการทางระบบหัวใจและหลอดเลือดจะพบหลอดเลือดดำที่คอโป่ง (Jugular vein engorgement) เมื่อหัวใจซีกขวาล้มเหลวความดันในหัวใจห้องล่างขวาสูงจากเลือดคั่งจึงมีแรงดันการไหลของเลือดจากหัวใจห้องบนขวาสู่หัวใจห้องล่างขวาและแรงดันนี้จะดันการไหลของหลอดเลือดเข้าสู่หัวใจห้องบนขวาทำให้มีเลือดคั่งในหลอดเลือด Vena cava และหลอดเลือดดำที่คอส่งผลให้หลอดเลือดดำที่คอโป่ง (Burke, Mohn-Bromwn, & Eby, 2011; Miller, 2016; Benjamin et al, 2019)

การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว

การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกินในปัจจุบันมีเป้าหมาย เป็นการควบคุมอาการและป้องกัน ชะลอการลุกลามของโรค ลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ และมีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้น โดยมีเป้าหมายระยะสั้น เพื่อลดการคั่งของน้ำบริเวณรอบนอกของปอด และช่วยให้หัวใจทำงานได้ดีขึ้น ส่วนเป้าหมายระยะยาวเพื่อทำให้หัวใจสามารถทำงานได้ดีขึ้นและป้องกันการลุกลามของโรค

การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกินประกอบด้วย

1. การรักษาใช้ยา (Pharmacological therapy)

การใช้ยาในการรักษาโรคหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกินมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้มีอัตราการรอดชีวิตดีขึ้น ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำกิจกรรมให้ดีขึ้น ลดอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ป้องกันภาวะของโรคที่แย่ลง โดยป้องกันการทำลายและการเปลี่ยนโครงสร้างของกล้ามเนื้อหัวใจ และลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (สมาคมแพทย์โรคหัวใจประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์และชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2562; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556; รัพีพรรณ อภิกรมรัตน์, 2560; Albert, 2009; Butler, 2012) โดยกลุ่มยาที่สำคัญมีดังนี้

1.1 กลุ่ม Angiotensin converting enzyme (ACE) inhibitors เป็นยากลุ่มแรกที่ต้องให้ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวทุกราย ยากลุ่ม ACEIs ทำให้หลอดเลือดขยายตัว ลดความต้านทานหลอดเลือดทั่วร่างกาย ลดปริมาณเลือดในหัวใจห้องล่างก่อนหัวใจบีบตัว (Preload) ลดแรงต้านการบีบเลือดออกจากหัวใจ (Afterload) และลดความต้านทานของหลอดเลือดในปอด ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีเพิ่มขึ้น และความทนต่อการมีกิจกรรมได้นานขึ้น ยาช่วยป้องกันการเปลี่ยนโครงสร้างของกล้ามเนื้อหัวใจการขยายตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย ช่วยให้การทำหน้าที่ของหัวใจห้องล่างซ้ายดีขึ้น ลดอัตราการตาย และลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากอาการที่เลวลง ผลข้างเคียงที่สำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาได้ในระยะยาว คือ อาการไอ

1.2 กลุ่ม Angiotensin Receptor Blockers (ARBs) การออกฤทธิ์ของยาเหมือนกับ ACE inhibitors เป็นทางเลือกใช้แทน ACE-inhibitors ในรายไม่สามารถทนต่อผลข้างเคียงจาก ACE-inhibitor และสิ่งที่ดีกว่า ACE-Inhibitors คือ อาการข้างเคียงเรื่องไอน้อยลง

1.3 กลุ่มยาขับปัสสาวะ (Diuretics) ยาขับปัสสาวะเป็นยาหลัก ที่ใช้ในการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว ช่วยป้องกันภาวะน้ำคั่งและเพิ่มปริมาณเลือดในระบบไหลเวียนช่วยลด Preload โดยการเพิ่มการขับโซเดียมและน้ำ ทำให้ลดอาการหายใจลำบาก การบวมของอวัยวะส่วนปลายและภาวะปอดบวม น้ำ การให้ควรให้ในขนาดต่ำ ๆ โดยพอที่จะค้ำน้ำหนักผู้ป่วยไม่ให้เพิ่มขึ้น หรือลดลงเกินกว่า 0.5-1 กก. ต่อวัน การให้ยาขับปัสสาวะในระดับต่ำสุด เพื่อป้องกันการเสื่อมหน้าที่ของไต ความไม่สมดุลของสารอิเล็กโทรไลต์ (Electrolyte) และการทำหน้าที่ของระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน (Renin-angiotensin System) ที่มากเกินไป ยาขับปัสสาวะประกอบด้วย

1.3.1 กลุ่ม Loop diuretic เช่น Furosemide or Bumetanide เป็นกลุ่มยาที่ถูกเลือกใช้ในอันดับแรก เพื่อเพิ่มปริมาณเลือดที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจ (Preload) ช่วยลดการทำงานของหัวใจมักใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการบวม น้ำท่วมปอด ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือภาวะโพแทสเซียม (Potassium) ในเลือดต่ำจากการสูญเสียทางปัสสาวะ

1.3.2 กลุ่ม Thiazide ออกฤทธิ์เพิ่มการขับโซเดียมและน้ำ โดยยับยั้งการดูดซึมที่ไต เพิ่มการขยายตัวของหลอดเลือดและลดแรงต้านทานของหลอดเลือดมีประสิทธิภาพ สำหรับผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวระดับไม่รุนแรงและใช้ร่วมกับ Loop diuretic เพื่อป้องกันภาวะบวม

1.3.3 กลุ่มยาขับปัสสาวะที่เก็บโพแทสเซียม (Potassium sparing diuretic) หรือ Spironolactone สำหรับผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีปัญหาเรื่องการสูญเสียโพแทสเซียมจากการใช้ยา กลุ่ม Loop diuretic ยาในกลุ่มนี้ช่วยลดอัตราการตายในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวและสามารถใช้ร่วมกับกลุ่ม Loop diuretic และกลุ่ม Thiazide เพื่อผลในการขับปัสสาวะที่ดียิ่งขึ้น ช่วยลดการสูญเสียโพแทสเซียมทางปัสสาวะ

1.4 กลุ่ม Cardiac glycosides ยาที่นิยมใช้คือ ยาดิจอกซิน (Digoxin) เป็นยาที่ช่วยลดอาการแสดงของโรค ยามีประสิทธิภาพเพิ่มการบีบตัวของหัวใจและควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจ และเพิ่มการขับโซเดียมทางปัสสาวะ การให้ยาต้องจับชีพจรเต็มนาทีก่อนให้ยา หากพบชีพจรต่ำกว่า 60 หรือสูงเกิน 120 ครั้งต่อนาที หรือมีการเต้นไม่สม่ำเสมอที่เกิดขึ้นใหม่ให้งดการให้ยาและรายงานแพทย์ ระวังการใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ไตล้มเหลว หรือดื่มน้ำหรือทำงานผิดปกติอาจทำให้เกิดพิษจากยา Digoxin ได้ จะมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน เห็นสีเหลือง (Yellow Vision) หากพบอาการพิษจากการใช้ยา Digoxin ต้องหยุดยาเมื่อใช้ยาร่วมกับยากลุ่ม ACEIs และยาขับปัสสาวะช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น

1.5 กลุ่ม Beta-blockers ยากลุ่มนี้สามารถช่วยให้การทำงานของหัวใจลดลงโดยลดอัตราการเต้นของหัวใจ เพิ่มแรงการบีบตัวของหัวใจและลดปริมาณเลือดในหัวใจห้องล่างก่อนหัวใจบีบตัวป้องกันการเปลี่ยนโครงสร้างของกล้ามเนื้อหัวใจ และช่วยให้การทำหน้าที่ของหัวใจห้องล่างซ้ายดีขึ้น ลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำจากอาการที่แย่ลง และลดอัตราการตาย

1.6 กลุ่ม Nitrates ยากลุ่มนี้เป็นยากลุ่มที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้น ใช้แทน ACE inhibitors ในรายที่ไม่สามารถทนต่อผลข้างเคียงจาก ACE-inhibitors ยาช่วยทำให้กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดคลายตัว

1.7 กลุ่ม Human B-type Natriuretic Peptide (BNP): Nesiritide เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงที่มีอาการหายใจลำบากแม้ขณะพัก ยากลุ่มนี้ช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยลดความดันในหัวใจห้องบนขวา ห้องล่างซ้าย และความดันในหลอดเลือดฝอยในปอด (ลด Preload) พร้อมทั้งลดแรงต้านในระบบไหลเวียนเลือดโดยช่วยให้กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดคลายตัว ส่งผลให้หลอดเลือดดำและแดงขยายตัว ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ (ลด Afterload) พร้อมทั้งเพิ่มการขับโซเดียมทางปัสสาวะโดยไม่มีการสูญเสียโพแทสเซียม

2. การรักษาที่ไม่ใช้ยา (Non-pharmacological therapy)

การรักษาที่ไม่ใช้ยาเป็นการจัดการดูแลตนเอง และเป็นส่วนที่สำคัญสำหรับแผนการรักษาที่ใช้ควบคู่ไปกับการใช้ยา การรักษาที่ไม่ใช้ยาเป็นผลที่สำคัญให้เกิดการติดตามอาการแสดงของตนเอง เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น (ประทุม สร้อยวงศ์, 2560; เอกวิริ ศรีปรีวุฒ และคณะ, 2559) ดังนี้

2.1 การจำกัดโซเดียม (Sodium restriction) การจำกัดโซเดียมเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำเกิน สมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทยมีคำแนะนำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวควรจำกัดการบริโภคโซเดียม 2,000-3,000 มิลลิกรัมต่อวัน สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือจำเป็นต้องใช้ยาขับปัสสาวะในขนาดสูง จำเป็นต้องเคร่งครัดในการบริโภค

โซเดียมให้ต่ำกว่า 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน (สมาคมแพทยโรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์และชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2562)

2.2 การจำกัดปริมาณน้ำดื่ม สำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวคือ การจำกัดน้ำช่วยให้การทำหน้าที่ของหัวใจและความสามารถในการมีกิจกรรมดีขึ้น และลดการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการปานกลาง ถึงรุนแรงจำเป็นต้องจำกัดน้ำดื่มไม่ควรเกินวันละ 1,500 มิลลิกรัมต่อวัน หรือให้น้ำได้เพียง 1,000 มิลลิกรัมต่อวัน หรือตามจำนวนที่แพทย์สั่งอย่างเหมาะสมรายบุคคล (ไวพร พรมงศ์ และจรรยาศรี มีหนองหว้า, 2562)

2.3 การชั่งน้ำหนัก ผู้ป่วยควรชั่งน้ำหนักทุกวันเป็นประจำในทุกเช้าหลังจากปัสสาวะและ ก่อนรับประทานอาหารเช้า ควรสวมเสื้อผ้าที่ใกล้เคียงกันในการชั่งแต่ละวัน ไม่สวมรองเท้า และควรชั่งด้วยเครื่องชั่งเครื่องเดียวกันตลอด ถ้าน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 1.3 กิโลกรัม หรือมากกว่าใน 1 วัน หรือรวมแล้วเพิ่มขึ้น 2.3 กิโลกรัม หรือมากกว่าใน 1 สัปดาห์ หรือน้ำหนักลดมากกว่า 1.5 กิโลกรัม ในเวลา 3 วันขึ้นไปต้องไปพบแพทย์

2.4 การงดการดื่มแอลกอฮอล์ และคาเฟอีน ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ควรงดการดื่มแอลกอฮอล์และคาเฟอีน เนื่องจากก่อกวนการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้ความสามารถในการหดตัวของหัวใจลดลง และจะกระตุ้นให้หัวใจเกิดความเครียด

2.5 การเลิกสูบบุหรี่ ผู้ป่วยควรเลิกสูบบุหรี่ เนื่องจากการสูบบุหรี่มีผลต่อการไหลเวียนโลหิต โดยกระตุ้นให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นเพิ่มความดันในระบบหลอดเลือดและความดันในหลอดเลือดปอดสูงขึ้นเล็กน้อย มีแรงต้านทานที่เส้นเลือดส่วนปลายหัวใจห้องล่างซ้ายและที่ปอด ทำให้ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลง

ภาวะแทรกซ้อนของภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกินจะมีปัญหาอาการและอาการแสดงจากผลที่มาจากปริมาณน้ำคั่งอยู่บริเวณนอกเซลล์จำนวนมาก ทำให้ประสิทธิภาพของหัวใจลดลง จึงทำให้มีเลือดและน้ำคั่งในหัวใจมากขึ้น ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง ทำให้มีอาการเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ อ่อนเพลีย ข้อเท้าบวม และมีโอกาสที่จะกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูง ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น (Ponikowski et al., 2016) อาการที่พบมากน้อยต่างกัน ได้ จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาทั้งการใช่ยา และไม่ใช้ยา ซึ่งหากผู้ที่มีความสามารถในการดูแลตนเองให้ได้รับการรักษาอย่างครอบคลุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ นั้นจะทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องกลับมารับการรักษาซ้ำ และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ การกลับมารับการรักษาซ้ำจึงเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญอันหนึ่งในการจัดการระบบสุขภาพเพื่อส่งเสริมการจัดการดูแลตนเอง (ธนาพร คุ่มสว่าง, 2563)

ผลกระทบของภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน

ผลกระทบของภาวะหัวใจล้มเหลวภาวะหัวใจล้มเหลวเป็น โรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายและมีการดำเนินโรคที่รุนแรงเพิ่มมากขึ้นหากได้รับการดูแลรักษาที่ไม่ดีพอ ความเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านสุขภาพจากการตอบสนองจากการรักษาและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทุกด้าน (American Heart Association [AHA], 2020) ดังนี้

1. ด้านร่างกาย

เป็นผลกระทบที่เกิดจากภาวะหัวใจล้มเหลวที่เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังโดยตรง จากการเปลี่ยนแปลงทั้งโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย มีการดำเนินของโรคที่มากขึ้นเมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีภาวะสุขภาพและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเสื่อมถอยลงอย่างรวดเร็ว (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์และชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2562) จากการสำรวจในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่ามีอาการอ่อนเพลียร้อยละ 68 เมื่อเลือดไปเลี้ยงไตลดลง ปัสสาวะออกน้อยลงทำให้มีการกักเก็บน้ำและโซเดียมไว้เกิดภาวะน้ำเกินในร่างกาย (Volume overload) ทำให้มีอาการบวม มีน้ำคั่งตามแขนขา และอวัยวะต่าง ๆ เช่น ปอดทำให้ปอดขยายตัวลดลง ประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง และเมื่อเลือดไปเลี้ยงไตน้อยลงเป็นเวลานานจะเกิดภาวะไตล้มเหลวตามมาส่งผลให้เกิดภาวะของเสียคั่ง หากเลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ จะส่งให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดภาวะสมองพร่องออกซิเจน (Cerebral hypoxia) ผู้ป่วยจะมีความจำเสื่อมนอนไม่หลับ และอาจมีอาการประสาทหลอน นอกจากนี้ผู้ป่วยจะต้องนอนศีรษะสูงกว่าปกติทำให้ไม่สามารถนอนหลับได้อย่างต่อเนื่องต้องนั่งฟูบหรือนอนศีรษะสูงมาก อาจต้องลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืนเป็นช่วง ๆ ถ้าเป็นรุนแรงขึ้นผู้ป่วยจะไม่สามารถนอนราบได้หากไม่ได้รับการแก้ไขจะเกิดการหายใจล้มเหลว ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ ไอเสมหะเป็นฟองสีชมพู และอาจทำให้เสียชีวิตได้ (Benjamin et al., 2019)

2. ด้านจิตใจ

จากการที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องเผชิญกับอาการของโรคที่ไม่สามารถทำนายได้ว่าจะกำเริบเมื่อใดลักษณะอาการเป็น ๆ หาย ๆ จึงเป็นผลให้ผู้ป่วยเกิดความสับสน เครียด วิตกกังวล และเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การศึกษาของ Ketterer et al. (2014) ซึ่ง ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมและอัตราการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 4 ราย พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีผลต่อการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งในระยะสั้น และในระยะยาวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การจัดการภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ ดังนั้นจึงควรมีการประเมินด้านจิตใจ ตั้งแต่การกลับเข้ารับ

การรักษาซ้ำในโรงพยาบาล เพื่อลดอาการแทรกซ้อนและเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ดังนั้นหากบุคลากรทางการแพทย์สามารถแยกแยะปฏิกิริยาของผู้ป่วยและนำไปปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมจึงเป็นสิ่งจำเป็นจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดีขึ้นนำไปสู่ผลการปฏิบัติตัวและการรักษาที่ดีขึ้นด้วย (วิกานดา ศรีภูมิพฤกษ์, ดวงรัตน์ วัฒนกิจ ไกรเลิศ และวิชชดา เจริญกิจการ, 2559)

3. ด้านครอบครัว

จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีสัมพันธภาพภายในครอบครัวลดลง ซึ่งผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมักจะมีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า เป็นภาระของผู้อื่นทำให้ไม่อยากมีปฏิสัมพันธ์กับคนในครอบครัวมีการแยกตัวเองออกจากผู้อื่นและสังคม (จิราภรณ์ มีชูสิน และคณะ, 2554) นอกจากนี้ทางด้านสมาชิกในครอบครัวทำให้ครอบครัวผู้ป่วยขาดอิสระจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการของโรคไม่แน่นอน จนบางครั้งต้องลาออกจากงานขาดรายได้ และมีภาระหนี้สิน (สมฤดี ดินวนพะเนา, วัลภา คุณทรงเกียรติ และสุภาภรณ์ ค้วงแพง, 2557)

4. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคมและต้องการพึ่งพามุคคลอื่นมากขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตของประชากรในประเทศลดลงจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง รัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นจำนวนมาก และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี ดังเช่น การศึกษาของ ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 200 รายพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ไม่ได้ประกอบอาชีพถึงร้อยละ 69 และหากผู้ป่วยเสียชีวิตประเทศชาติต้องสูญเสียทรัพยากรบุคคลในการพัฒนาประเทศ (นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ และพัชรวรรณ ศรีคง, 2556) ผลกระทบที่กล่าวมาข้างต้น ส่งผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในทุก ๆ ด้าน ซึ่งหากผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่กับภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งเป็นภาวะเรื้อรังได้อย่างยาวนานและมีความสุข (รพีพรรณ เนาว่าประดิษฐ์, สุภาภรณ์ ค้วงแพง และวัลภา คุณทรงเกียรติ, 2562)

พฤติกรรมกรบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน จำเป็นต้องมีพฤติกรรมกรบริโภคที่เหมาะสมกับภาวะโรคเพื่อลดการทำงานของหัวใจ ป้องกันการเกิดอาการของโรค และลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรบริโภคอาหารให้ถูกต้อง (อรวรรณ ประภาศิลป์, 2556) โดยพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร และการจำกัดน้ำดื่มที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถสรุปได้ดังนี้

1. จำกัดอาหารที่มีโซเดียมและอาหารที่มีรสเค็มหรือมีเกลือ เพื่อลดการคูดน้ำกลับเข้าสู่ร่างกาย ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่เข้าใจว่าอาหารมีโซเดียมสูงจะเป็นอาหารที่มีรสเค็มปรุงด้วยน้ำปลา เกลือ ซอสที่มีรสเค็ม แต่ไม่ทราบว่าในส่วนผสมของอาหารขนมปัง เค้ก อาหารที่ใส่สารกันบูด ผงชูรสมีส่วนผสมของโซเดียมอยู่มาก ส่วนใหญ่รับประทานอาหารโดยมักเติมน้ำปลา ใช้ผงชูรสและเครื่องปรุงลงในอาหาร (สว่างจิต คงภิบาล และคณะ, 2560) อาหารที่มีโซเดียมสูงจะส่งผลต่อภาวะหลอดเลือดแข็งตัวทำให้หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น เนื่องจากปริมาณของโซเดียมในอาหารจะมีผลโดยตรงต่อการควบคุมน้ำในร่างกายส่งผลทำให้เกิดภาวะน้ำเกินได้ จากข้อมูลของ American Heart Association แนะนำให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกินให้บริโภคโซเดียมไม่เกิน 4,000 มิลลิกรัมต่อวัน (Ponikowaki et al., 2016) ส่วนสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ (2557) มีคำแนะนำให้ผู้มีภาวะหัวใจล้มเหลวควรได้รับโซเดียมไม่เกินวันละ 2,000-3,000 มิลลิกรัม แต่ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง (NYHA FC IV) หรือใช้ยาขับปัสสาวะในขนาดสูงจำเป็นต้องเคร่งครัดในการบริโภคโซเดียมต่ำกว่า 2,000 มิลลิกรัม หรือต่ำกว่า 500 มิลลิกรัมต่อวัน (รุจิรา สัมมะสุต, 2552; จริยา บุญภัทรรักษา, 2560) แต่พบว่าผู้ป่วยปฏิบัติได้ยากเพราะผู้ป่วยมักชินกับอาหารรสชาติเค็ม จนผู้ป่วยรับประทานไม่ได้ รู้สึกเบื่อหน่าย รสชาติอาหารไม่อร่อย อย่างไรก็ตามผู้ป่วยไม่อาจทราบปริมาณเกลือแ่งที่ผสมในอาหารต่าง ๆ ได้แน่นอน โดยเฉพาะเมื่อไม่ได้ประกอบอาหารรับประทานเอง ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวควรรู้วิธีอ่านฉลากโภชนาการ เมื่อซื้ออาหารมาบริโภค เพื่อจะได้ทราบปริมาณโซเดียมที่เป็นส่วนประกอบเพื่อนำมาคำนวณในการจำกัดโซเดียม (White, Kirschner, & Hamilton, 2014) ซึ่งการแนะนำให้ผู้ป่วยควบคุมโซเดียม ไม่ควรระบุเป็นเกลือแ่งเพียงอย่างเดียว เพราะโซเดียมจากอาหารไม่ได้มาจากเกลือเพียงอย่างเดียว แต่ยังได้จากอาหารอื่น ๆ รวมถึงอาหารแปรรูปต่าง ๆ เช่น อาหารแช่แข็ง อาหารสำเร็จรูป อาหารกระป๋อง เนื้อสัตว์แปรรูป เช่น ไส้กรอก แหนม หมูยอ บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ซึ่งอาหารส่วนใหญ่มักใส่เกลือเพื่อถนอมอาหารและใส่สารกันบูด จึงทำให้อาหารเหล่านี้มีปริมาณโซเดียมที่สูง จึงต้องคำนึงถึงปริมาณโซเดียมในอาหารด้วย (Doukky et al., 2016; ศรีสกุล จิราภรณ์, วัฒนะ ธิกรพงศ์, อัจจิมา สระภักดิ์, วรวิมล เชิดชูจิต, อุษณีย์ เพียงภัทรพงศ์, วิภา ธรรมทินโน และคณะ, 2561) ความเป็นไปได้ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ อาจเพิ่มรสชาติของอาหารโดยใช้มะนาว พริก ไทย และกระเทียมแทนในระยะโรครุนแรงหรือมีอาการหอบเหนื่อยมาก (นนทร ด่านงค์, อารณ ดินาน และวัลภา คุณทรงเกียรติ, 2558; พลอยไพลิน เอื้ออารีย์กุล และฉัตรชากร ภาโนมัย, 2562)

2. จำกัดอาหารที่มีไขมันสูง ไขมันเป็นสารอาหารที่ให้พลังงานเป็นหลัก ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวควรรับประทานอาหารที่มีไขมันไม่เกินร้อยละ 30 ของพลังงานทั้งหมด ควรหลีกเลี่ยง

การรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว เช่น ไข่แดง เนื้อสัตว์ติดมัน ไขมันจากสัตว์ต่าง ๆ เช่น น้ำมันหมู เนย นม และน้ำมันจากพืช เช่น น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม ควรลดการบริโภคอาหารประเภทเครื่องในสัตว์ และอาหารทะเลบางชนิด เช่น กุ้ง หอยนางรม ปลาหมึก อาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูงทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีน้ำหนักเกิน และภาวะอ้วนจะทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น และมีขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงยิ่งขึ้น (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์และชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2562)

3. เลือกรับประทานอาหารประเภทโปรตีน ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวควรรับประทานอาหารโปรตีนประเภทเนื้อปลา เนื่องจากมีไขมันต่ำอย่างง่าย และควรรับประทานโปรตีนจากพืชซึ่งสามารถลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือดได้ประมาณร้อยละ 5 เมื่อเปรียบเทียบกับโปรตีนจากสัตว์ โดยผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวควรได้รับโปรตีน 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม หรือประมาณวันละ 60-70 กรัม (รุจิรา สัมมะสุต, 2552)

4. อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต ควรเป็นคาร์โบไฮเดรตโมเลกุลเชิงซ้อน เช่น ข้าว แป้ง ธัญพืชต่าง ๆ หลีกเลี่ยงอาหารและเครื่องดื่มที่มีรสหวานจัด เช่น น้ำอัดลม ขนมหวาน ไอศกรีม เป็นต้น เนื่องจากอาหารประเภทนี้ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงและเปลี่ยนเป็นไขมันสะสมในหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดมีการตีบแคบและแข็งตัวหัวใจต้องทำงานหนักในการบีบเลือดส่งไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวมีความรุนแรงขึ้น (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์และชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2562)

5. ผักและผลไม้ ซึ่งมีสาร Antioxidant สูงควรรับประทานผักและผลไม้ที่มีรสไม่หวานจัดเพื่อช่วยในกระบวนการย่อยและการดูดซึมทำให้การขับถ่ายปกติ ควรรับประทานอาหารครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง เพื่อหลีกเลี่ยงอาการอึดอัดแน่นท้อง หายใจลำบาก ควรเพิ่มผักและผลไม้ที่มีโพแทสเซียม เช่น ส้ม กล้วย หากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับยาขับปัสสาวะ

6. การจำกัดน้ำดื่ม จะช่วยลดการคั่งของน้ำในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายทำให้หัวใจห้องบนทำงานได้ดีขึ้น ผู้ป่วยต้องรู้จักการวางแผนการแบ่งน้ำให้เหมาะสมกับมื้ออาหาร การทำกิจกรรมและการได้รับยา บางครั้งอาจต้องรับประทานยาร่วมกับอาหารที่เป็นเครื่องดื่มแทน ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเล็กน้อยถึงปานกลางจำเป็นต้องจำกัดน้ำโดยดื่มน้ำไม่เกิน 2,000 มิลลิลิตรต่อวัน หรือประมาณ 1,500-2,000 มิลลิลิตรต่อวัน แต่ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงมากอาจให้ดื่มน้ำ ไม่เกิน 1,000 มิลลิลิตรต่อวันหรือตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยน้ำที่ได้รับจะรวมถึงน้ำเปล่า น้ำที่ผสมอยู่ในอาหาร เครื่องดื่มต่าง ๆ รวมทั้งสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556; Ponikowaki et al., 2016)

7. หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ เพราะจะกระตุ้นให้หลอดเลือดมีการหดตัวและเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะการดื่มเครื่องดื่มเหล่านี้จะกระตุ้นให้ร่างกายมีการหลั่งคอร์ติซอล มากขึ้นทำให้หลอดเลือดมีการหดตัวและหัวใจเต้นเร็วขึ้น (Doukky et al., 2016)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม

พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกินยังเป็นปัญหาพบว่าผู้ป่วยไม่มีความเข้าใจในการเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้อง หรือการปรับเปลี่ยนอาหารบางชนิดให้เหมาะสม (พรสวรรค์ คิดคำ, สุภารัตน์ สิทธิสมบัติ และจินดารัตน์ ชัยอาจ, 2560) พฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นผลมาจากความเกี่ยวเนื่องของพฤติกรรมหลายอย่าง เช่น การเลือกอาหาร การเตรียมอาหาร การสั่งอาหาร การรับประทานอาหาร คนส่วนใหญ่จะมีข้อมูลเกี่ยวกับชนิดอาหาร สถานที่ซื้อ หรือรับประทาน รวมถึงการรับประทานอาหารร่วมกับบุคคลอื่น พฤติกรรมเหล่านี้ล้วนมีความซับซ้อนและสัมพันธ์กัน และเป็นผลมาจากปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรม ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่ภาวะหัวใจล้มเหลว จากการทบทวนปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถ สรุปได้ดังนี้

1. ความรู้มีผลต่อพฤติกรรม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจล้มเหลว และการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจ และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อลดการทำงานของหัวใจ และป้องกันอาการกำเริบ (พลอยไพลิน เอื้ออารีย์กุล และฉนิตชาธร ภาโนมัย, 2562; วรรณญา เกษไชย, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาของ สว่างจิต คงภินาด และคณะ (2560) พบว่าการให้ข้อมูลความรู้ อาหารเฉพาะโรค การจำกัดปริมาณน้ำดื่ม ประกอบกับการให้คู่มือเกี่ยวกับความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว ส่งผลให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญสำคัญทางสถิติที่ .05

2. การสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การเห็นคุณค่า และการได้รับการยกย่องจากสมาชิกในครอบครัว รวมถึงการได้รับข้อมูลข่าวสาร เรื่องโรค การแก้ไขอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น สามารถทำให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารเหมาะสมกับตนเองมากขึ้น โดยพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมจำกัดโซเดียมและน้ำดื่ม ($r = 0.360, p = 0.001$) (กาญจนา ลีอมงคล และวาสนา รวยสูงเนิน, 2560)

3. การรับรู้ความเจ็บป่วย การรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีการรับรู้ผลที่ตามมาจากการเจ็บป่วยในการไม่จำกัดพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม อาการที่เกิดขึ้นไม่รุนแรงส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ไม่มาก และการรับประทานยาตามแผนการรักษาเป็นการป้องกันการเกิดอาการผิดปกติของโรคได้มากที่สุด เป็นการป้องกันการเกิด

อาการผิดปกติของโรค และมีการรับรู้ว่าการจำกัดอาหารตามคำแนะนำเป็นการป้องกันการเกิดอาการผิดปกติได้ การมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ($r = 0.371, p = 0.014$) (กาญจนา ลือมงคล และวาสนา รวยสูงเนิน, 2560; จิราวรรณ กุมขุนทด, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และคณิงนิจ พงศ์ถาวรกุล, 2557)

นอกจากนั้นยังพบปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ดังนี้

1. ปัจจัยด้านบุคคล ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม คือ การขาดความรู้ มีอุปสรรคในการดำรงชีวิตในสังคมและมีอาหารให้เลือกน้อย พบมีผู้ป่วยเพียง 1 ใน 5 เท่านั้นที่ควบคุมการรับประทานอาหารค้มน้อยและปริมาณโซเดียมในอาหารน้อย ที่เหลือส่วนใหญ่แม้จะรู้ว่าต้องจำกัดปริมาณการรับประทานโซเดียมและอาหารค้มนแต่ก็ควบคุมลำบาก ความสามารถในการรับรสสัมผัสและความชอบ ความรู้สึเกี่ยวกับรสชาติของอาหาร เช่น เค็ม หวาน เปรี้ยว จะกระตุ้นปมสัมผัสรสของลิ้นแต่ละบุคคลแตกต่างกัน นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับอายุ รวมถึงความชอบในรสชาตินั้น ๆ มีความแตกต่างกันออกไป ซึ่งความชอบนั้นส่งผลให้เกิดเป็นพฤติกรรมที่ไม่ชอบ หรือไม่ยอมรับประทานอาหารมาก่อนทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนได้ยาก (พลอยไพลิน เอื้ออารีย์กุล และฉนิตชาธร ภาโนมัย, 2562)

2. ปัจจัยด้านครอบครัว ครอบครัวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคมากเพราะครอบครัวมีความสำคัญในการถ่ายทอดสิ่งต่าง ๆ รวมทั้งการปฏิบัติในการรับประทานอาหาร โดยแต่ละครอบครัวจะถ่ายทอดหรือให้ความรู้ในลักษณะที่ต่างกัน แม้ว่าจะอยู่ในสังคมชนบทธรรมเนียมและวัฒนธรรมเดียวกันก็ตาม การถ่ายทอดเป็นสิ่งสำคัญเพราะจะได้รับทั้งความมีเหตุมีผลและการแสดงออกซึ่งอารมณ์ทำให้เกิดการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ รวมทั้งทัศนคติในการยอมรับหรือปฏิเสธและความชอบหรือไม่ชอบอาหารนั้น ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ส่วนหนึ่งผู้ป่วยยังคงต้องอาศัยกับครอบครัว การต้องรับประทานอาหารที่ปรุงแบบเดียวกับครอบครัว การไม่เป็นผู้ที่ต้องปรุงอาหารรับประทานเอง (กาญจนา ลือมงคล และวาสนา รวยสูงเนิน, 2560) รวมถึงการเข้าถึงแหล่งของการจัดซื้อทรัพยากรอาหารที่จำกัด และค่าใช้จ่ายของครอบครัว (Shahrbabaki et al., 2016)

3. ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม วิถีชีวิตของคนในปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นสังคมอุตสาหกรรมที่มีความเร่งรีบในการประกอบอาชีพ นิยมการรับประทานอาหารจานเดียวรับประทานอาหารนอกบ้าน ทำให้ไม่สามารถควบคุมการปรุงอาหารได้ นอกจากนี้วัฒนธรรมการบริโภคส่วนใหญ่มักใส่เครื่องปรุงเพื่อให้รสชาติอาหารดีขึ้น เช่น เกลือแกง น้ำปลา ซอสปรุงรส และน้ำปลาแร่ เป็นต้น (สว่างจิต คงภิบาล และคณะ, 2560)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ครอบคลุมในเรื่องงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์ ปัจจัยทำนาย และโปรแกรมการจัดการตนเอง เห็นได้ว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด มีระยะเวลาในการเจ็บป่วย มีโรคร่วมหลายอย่าง มีการดำเนินโรคอย่างช้า ๆ การรักษาเป็นเพียงการพยุงไม่ให้เกิดการสูญเสียของร่างกายมากขึ้น ความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับพฤติกรรม การปฏิบัติตัวในเรื่องการรับประทานอาหาร จำกัดโซเดียม การจำกัดน้ำดื่ม และควบคุมอาการของโรคร่วมของผู้ป่วย ทำให้การดูแลมีความยุ่งยากและซับซ้อน การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวชะลอความเสื่อมของหัวใจเข้าสู่ระยะสุดท้ายมีความสำคัญ ซึ่งปัจจุบันผู้ป่วยได้รับการสอนให้ดูแลตนเองโดยใช้หลักการจัดการตนเอง (Self-management) ผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการจัดการตนเองทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น เช่น การรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย และปฏิบัติตามแผนการรักษา ตลอดจนสามารถควบคุมอาการทางคลินิกของโรคได้ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวนี้ผู้ป่วยต้องปฏิบัติเป็นประจำให้ได้เป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิตประจำวัน และต้องการการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว (อาภรณ์ ดินาน, 2563) ที่เป็นทั้งกำลังใจและให้การดูแลเอาใจใส่ในเรื่องการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตร่วมกับครอบครัวให้เหมาะสมกับโรค ครอบครัวนอกจากจะมีบทบาทสำคัญในการดูแลสมาชิกที่ป่วยแล้ว ยังเป็นแหล่งของความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม และการปฏิบัติด้านสุขภาพ หากสมาชิกในครอบครัวมีการจัดการภาวะสุขภาพของตนเองได้ดี ย่อมส่งผลกระทบต่อสมาชิกและผู้ป่วยในครอบครัวให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรคด้วย

แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management)

การจัดการตนเอง (Self-management) เป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social cognitive theory) เป็นแนวคิดที่ได้รับการพัฒนาในหลายวิชาชีพ เช่น สาขาการแพทย์ การพยาบาล กายภาพบำบัด จิตวิทยาสุขภาพ และสุขศึกษา โดยการจัดการตนเองเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลตนเอง กระบวนการจัดการตนเองเป็นกระบวนการในการปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมสุขภาพและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เป็นสิ่งที่จำเป็นในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การจัดการตนเองยังรวมถึงการควบคุมโรคได้

1. ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว

ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (The Individual and Family Self-management Theory) ของไรอันและซาวิน (Ryan & Sawin, 2009) กล่าวว่า การจัดการตนเองเป็นพฤติกรรมของบุคคลและครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบร่วมกัน มีการเรียนรู้ร่วมกันถึงภาวะสุขภาพและการดูแลภายหลังการเจ็บป่วย พร้อมทั้งปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมกับโรค

เพื่อลดผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังที่เผชิญอยู่ในปัจจุบัน และการมีภาวะสุขภาพที่ดีต้องเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีครอบครัวสนับสนุนเนื่องจากสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นสถาบันพื้นฐานทางสังคมที่สำคัญและถือว่าเป็นหน่วยเดียวกับบุคคล มีการปฏิสัมพันธ์ต่อกันอย่างเป็นระบบ มีการตอบสนองทางอารมณ์ระหว่างกันอย่างเหมาะสม มีความรักและความผูกพัน เอาใจใส่ต่อกัน มีส่วนร่วมระหว่างสมาชิกครอบครัวในการดูแลซึ่งกันและกัน มีการควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของสมาชิก ทำให้สมาชิกในครอบครัวที่มีความเจ็บป่วยได้รับการดูแลเอาใจใส่ และได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนด้านต่าง ๆ เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีการเจ็บป่วยหรือมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ จะมีส่วนในการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องจนเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยสามารถรักษา บรรเทาอาการหรือควบคุมโรคได้

แนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ของ Ryan and Sawin (2009) เป็นทฤษฎีระดับกลางที่พัฒนาจากทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม ร่วมกับทฤษฎีสมรรถนะของตนเอง มีจุดเน้นในเรื่องการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว และเชื่อว่าบุคคลและครอบครัวเป็นหน่วยเดียวกัน มีอิทธิพลต่อกัน มีความรับผิดชอบต่อภาวะการเจ็บป่วยร่วมกัน มีปฏิสัมพันธ์และการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกันอย่างเป็นระบบสม่ำเสมอ มีการตอบสนองทางอารมณ์ระหว่างกันอย่างเหมาะสม มีความรักและความผูกพันเอาใจใส่ต่อกัน ซึ่งเป็นสิ่งสนับสนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และร่วมแก้ปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนได้ และนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี

โดยกระบวนการของแนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของ Ryan and Sawin (2014) ประกอบด้วย 3 มิติหลัก ได้แก่ 1) มิติด้านบริบท (Context dimension) 2) มิติด้านกระบวนการ (Process) 3) มิติด้านผลลัพธ์ (Out comes) โดยทุกมิติของกระบวนการจัดการตนเองเป็นพลวัตร เกิดจากตัวบุคคลและครอบครัว โดยครอบครัว หมายถึง การอยู่ร่วมกันของกลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์และผูกพันกัน เช่น ความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือบุตรบุญธรรม สมาชิกมีความสัมพันธ์กันและมีบทบาทหน้าที่แตกต่างกัน เช่น เป็นบิดา มารดา ภรรยาหรือบุตร มีหน้าที่ร่วมรับผิดชอบในการเจ็บป่วย ร่วมปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อควบคุมโรคหรือความเจ็บป่วย เริ่มต้นจากมิติด้านบริบทเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อบุคคลและครอบครัว และนำไปสู่กระบวนการจัดการตนเอง โดยใช้โปรแกรมการจัดการตนเองเข้ามากระทำหลังจากผ่านมิติด้านกระบวนการจัดการตนเองแล้ว จะนำมาสู่มิติด้านผลลัพธ์ คือการมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ถูกต้อง ส่งผลให้สุขภาพดีปราศจากภาวะแทรกซ้อนจากโรค Ryan and Sawin (2014) ได้กล่าวถึงรายละเอียดของมิติด้านต่าง ๆ ไว้ดังนี้

1. มิติด้านบริบท (Context dimension) เป็นปัจจัยมีผลต่อกระบวนการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ประกอบด้วยปัจจัยเฉพาะโรคที่มีความเฉพาะเจาะจง รวมถึงวิธีการหรือขั้นตอนในการรักษาที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง ปัจจัยด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อมทางสังคม การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ สิทธิการรักษา การเดินทาง แหล่งสนับสนุนทางสังคม และวัฒนธรรม เป็นต้น ซึ่งมิติด้านบริบทเป็นปัจจัยที่ชักนำและสนับสนุนให้บุคคลและครอบครัวมีพฤติกรรมจัดการตนเอง ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการเอาใจใส่ต่อการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อการมีสุขภาพดี

2. มิติด้านกระบวนการ (Process dimension) เป็นมิติหลักของการสร้างโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว สร้างเป็นกรอบแนวคิดของมิติด้านกระบวนการ โดยอาศัยหลักการของทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior change) ทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-regulation) ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social support) ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกระบวนการนี้ที่มีปฏิสัมพันธ์กัน ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านความรู้และความเชื่อของบุคคลและครอบครัว ในภาวะสุขภาพ (Knowledge & beliefs) 2) ทักษะและความสามารถในการควบคุมตนเอง (Self-regulation) และ 3) การเอื้ออำนวยจากสังคม (Social facilitation) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยเรื้อรัง โดยบุคคลจะได้รับข้อมูลและการเรียนรู้ในเรื่องนั้น ๆ จนเกิดเป็นความรู้ (Knowledge) และความเชื่อ (Beliefs) ด้านสุขภาพที่เฉพาะเจาะจง ทำให้บุคคลเกิดความคาดหวัง โดยตั้งเป้าหมายหรือกำหนดผลลัพธ์ของพฤติกรรมที่จะเกิดขึ้น (Outcome expectation) เช่น ไม่มีภาวะน้ำเกิน การมีภาวะสุขภาพดี ควบคุมการกำเริบของโรคได้ สภาพร่างกายแข็งแรง หรือการได้รับประโยชน์อื่น ๆ เป็นต้น ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาสมรรถนะและความสามารถของตนเอง ที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ นอกจากนี้การรับรู้สมรรถนะตนเอง มีส่วนสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวเป็นอย่างมาก โดยที่บุคคลและครอบครัวจะคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนหรือสมรรถนะของตนเอง (Efficacy expectation) แล้วมีการวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากนั้นตัดสินใจลงมือปฏิบัติ หากเกิดความเชื่อมั่นแล้วจึงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองในที่สุด ซึ่งต้องอาศัยกระบวนการรับรู้และพิจารณาข้อมูลต่าง ๆ แล้วนำมาสรุปว่าตนเองมีความสามารถเพียงพอหรือไม่ หากพบว่าตนเองมีความสามารถไม่เพียงพอ หรือสมรรถนะต่ำกว่าความคาดหวังแล้ว บุคคลอาจจะมีกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่คาดหวังหรือมีความพยายามปฏิบัติพฤติกรรมที่เกินความสามารถของตนเอง (ฉัตรทิ ใจงาม, อรุณ ชูศรี, รุ่งนภา ป็องเกียรติชัย และรังสรรค์มาระเพ็ญ, 2560)

พฤติกรรมจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ต้องอาศัยทักษะและความสามารถในการควบคุมตนเอง (Self-regulation) ประกอบด้วย 5 ด้านดังนี้ การตั้งเป้าหมายและตัววัด

ความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรม (Goal setting) การติดตามตนเองอย่างต่อเนื่อง การสะท้อนคิด และเรียนรู้ในสิ่งที่เกิดขึ้น (Self-monitoring and reflective thinking) ทักษะการตัดสินใจที่เหมาะสม (Decision making) มีการวางแผนที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมและปฏิบัติตามที่วางไว้ (Planning and action) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) ซึ่งกระบวนการต่าง ๆ จะเกิดขึ้น ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม และการสนับสนุนของครอบครัว ซึ่งมีอิทธิพลทำให้นักดูลด ได้รับการดูแลเอาใจใส่ คอยให้กำลังใจให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ และมีความมั่นใจ ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพ นอกจากนี้บุคคลและครอบครัวกับ เจ้าหน้าที่สุขภาพต้องประสานการทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง จึงจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การจัดการตนเองที่ต่อเนื่องสามารถควบคุมอาการของ โรคได้ (Ryan & Sawin, 2009)

3. มิติด้านผลลัพธ์ (Outcome dimension) เป็นการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดจาก พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ผลลัพธ์ในระยะสั้น (Proximal outcomes) และผลลัพธ์ระยะยาว (Distal outcomes) ซึ่งผลลัพธ์ระยะสั้น เป็นการวัดผล ของพฤติกรรมการจัดการตนเอง ที่เป็นพฤติกรรมเฉพาะเจาะจงตามเงื่อนไขของการปฏิบัติ เช่น ผลลัพธ์จากการจัดการอาการ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย หรือการรักษาที่ใช้ในการดูแลรักษา เป็นต้น ส่วนผลลัพธ์ระยะยาวเป็นการวัดผลต่อเนื่องจากผลลัพธ์ในระยะสั้นเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในระยะ ยาว จากการมีพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยจะวัดผลเรื่องสภาวะสุขภาพ เป็นต้น

2. บทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการจัดการตนเอง

ภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกินเป็นโรคที่ต้องการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องในระยะ ยาว ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวจำเป็นต้องให้การดูแลสนับสนุนการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับ ผู้ป่วย เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการจัดการตนเองบกพร่อง จากการศึกษาของ Kannan (2016) พบว่าการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังจะช่วยให้มีการจัดการที่ดีใน หลายๆด้าน ได้แก่ การจัดการการเจ็บป่วย การดูแลสุขภาพ ลดภาวะซึมเศร้า ทำให้ครอบครัวมีการ ทำหน้าที่อย่างสมบูรณ์ สามารถรักษาสมดุลของครอบครัว ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวจึงมี ความสำคัญต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการดูแลและการ ตัดสินใจเลือกรักษาสุขภาพและการเจ็บป่วยรวมทั้งค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง สะท้อนให้เห็นถึงอิทธิพลที่ มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำ เกินได้

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัว ให้สามารถมีการจัดการตนเองได้ จะต้องอาศัยวิธีการต่าง ๆ หลายวิธีด้วยกัน ได้แก่ การสะท้อน พฤติกรรมการจัดการตนเองที่บกพร่อง การวางแผนและมีส่วนร่วมในการจัดการตนเองของผู้ป่วย

และครอบครัว การฝึกควบคุมสารน้ำและอาหาร การตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพพร้อมกับทีมสุขภาพที่คอยเป็นผู้ดูแลให้คำแนะนำ เผื่อติดตามปัญหาการจัดการตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากปัญหาภาวะน้ำเกินที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

โปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำดื่ม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองทั้งในประเทศและต่างประเทศ ครอบคลุมในเรื่องงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์ ปัจจัยทำนาย และโปรแกรมการจัดการตนเอง เห็นได้ว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด มีระยะเวลาในการเจ็บป่วย มีโรคร่วมหลายอย่าง จะมีการดำเนินโรคอย่างช้า ๆ การรักษาเป็นเพียงการพุงไม่ให้มีการสูญเสียของร่างกายมากขึ้น ความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับพฤติกรรมปฏิบัติตัวในเรื่องการรับประทานอาหาร จำกัดโซเดียม การจำกัดน้ำดื่ม และควบคุมอาการของโรคร่วมของผู้ป่วย ทำให้การดูแลมีความยุ่งยากและซับซ้อน การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวชะลอความเสื่อมของหัวใจเข้าสู่ระยะสุดท้ายมีความสำคัญ ซึ่งปัจจุบันผู้ป่วยได้รับการสอนให้ดูแลตนเองโดยใช้หลักการจัดการตนเอง (Self-management) ผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการจัดการตนเองทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น เช่น การรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย และปฏิบัติตามแผนการรักษา ตลอดจนสามารถควบคุมอาการทางคลินิกของโรคได้ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวนี้ผู้ป่วยต้องปฏิบัติเป็นประจำให้ได้เป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิตประจำวัน และต้องการการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ที่เป็นทั้งกำลังใจและให้การดูแลเอาใจใส่ในเรื่องการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตร่วมกับครอบครัว ให้เหมาะสมกับโรค ครอบครัวนอกจากจะมีบทบาทสำคัญในการดูแลสมาชิกที่ป่วยแล้ว ยังเป็นแหล่งของความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม และการปฏิบัติด้านสุขภาพ หากสมาชิกในครอบครัวมีการจัดการภาวะสุขภาพของตนเองได้ดี ย่อมส่งผลกระทบต่อสมาชิกและผู้ป่วยในครอบครัวให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่มที่เหมาะสมกับโรคด้วย

จากปัญหาดังกล่าวพบว่า การจัดการตนเองของผู้ป่วยร่วมกับครอบครัวนั้นมีผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยทั้งในด้านพฤติกรรมรับประทานอาหาร และอาการทางคลินิก ซึ่งครอบครัวจะเป็นแหล่งสนับสนุนที่ให้การช่วยเหลือให้ผู้ป่วย มีความรู้เฉพาะด้าน มีทักษะและแรงเสริมในการปฏิบัติ ช่วยให้ผู้ป่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองนำไปปรับใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับครอบครัวได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวแล้ว ยังมีผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับและปฏิบัติตามแผนการรักษา ควบคุมอาการ และชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการจัดการตนเองของบุคคล

และครอบครัวของ Ryan and Sawin (2009) มาสร้างโปรแกรมการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การจำกัดน้ำดื่ม และผลลัพธ์ทางคลินิก เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ผู้มีส่วนร่วมในโปรแกรมประกอบด้วย ผู้วิจัย ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และเพิ่มสมาชิกในครอบครัว ในมิติที่ 2 ด้านกระบวนการ (Process dimension) โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว ทุกขั้นตอนของกิจกรรม ให้สามารถจัดการกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การจำกัดน้ำดื่ม และจัดการกับอาการทางคลินิกของตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม โดยกำหนดกิจกรรมประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1. การให้ความรู้และเปลี่ยนความเชื่อ โดยเชื่อว่าความรู้มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว โดยให้ความรู้เป็นรายบุคคลและครอบครัว ผ่านกิจกรรมรู้ทันภาวะน้ำเกินในเรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว ผลกระทบจากภาวะหัวใจล้มเหลวจากภาวะน้ำเกิน การประเมินและติดตามภาวะน้ำเกินด้วยตนเองด้วยวิธี Pitting edema วิธีการจำกัดน้ำดื่มได้แก่ หลักการจำกัดน้ำ การคำนวณปริมาณน้ำที่สามารถดื่มได้ของผู้ป่วยแต่ละรายต่อวัน การแบ่งสัดส่วนน้ำดื่มในแต่ละวัน เพื่อไม่ให้เกิดภาวะน้ำเกิน สารน้ำที่ควรหลีกเลี่ยงรวมทั้งให้ความรู้เรื่องวิธีการจัดการด้านอาหารได้แก่ อาหารสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อาหารแปรรูปที่มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบ ปริมาณโซเดียมในเครื่องปรุงรส หลักการประกอบอาหารเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน แนะนำเมนูอาหารและส่วนประกอบในการปรุงเพื่อจำกัดปริมาณ โซเดียม ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (Power point) โปสเตอร์ อุปกรณ์ตวงน้ำดื่ม

2. การพัฒนาทักษะและความสามารถ เป็นกระบวนการที่ฝึกปฏิบัติผู้ป่วยและครอบครัว เป็นรายบุคคล เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย 6 ขั้นตอนของการฝึกทักษะ ดังนี้
 - ขั้นตอนที่ 1 ตั้งเป้าหมายในการควบคุมภาวะน้ำเกินจัดให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกัน ตั้งเป้าหมายการจัดการสารน้ำและอาหาร โดยตั้งเป้าหมายตามปริมาณน้ำที่สามารถดื่มได้ในแต่ละวัน โดยการแสดงวิธีคำนวณปริมาณน้ำดื่มที่จำกัดในผู้ป่วยแต่ละราย แนะนำวิธีแบ่งสัดส่วนน้ำดื่มประจำวัน แนะนำเมนูอาหารการเลือกวัตถุดิบ วิธีปรุง หรือการเลือกรับประทานอาหารจานด่วนที่เหมาะสมกับลักษณะผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวตั้งเป้าหมายประจำวันตามความสามารถที่ปฏิบัติได้โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้แนะนำ

- ขั้นตอนที่ 2 การเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นการเฝ้าระวังตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว การสังเกตตนเอง (Self-observation) และการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง (Self-recording) โดยฝึกวิธีการสังเกตและวิธีการบันทึก อาการแสดงของภาวะน้ำเกินในร่างกาย

- ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนและการปฏิบัติให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันฝึกปฏิบัติการจัดการด้านสารน้ำและอาหาร ด้วยการบันทึกรายการอาหารและปริมาณน้ำดื่มประจำวันในสมุด

บันทึกที่ผู้วิจัยจัดเตรียมให้ และติดตามเป็นประจำทุกวันเป็นเวลานาน 6 สัปดาห์โดยมีผู้วิจัยติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวทางกลุ่มไลน์ เป็นเวลา 2 ครั้งหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และให้คำแนะนำการจัดการอาหารและสารน้ำที่ถูกต้องร่วมกับการทบทวนความรู้ในการจัดการสารน้ำและอาหาร

ขั้นตอนที่ 4 การตัดสินใจเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันตัดสินใจเลือกวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองในด้านพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร การจำกัดน้ำดื่ม เพื่อควบคุมภาวะน้ำเกิน ตามแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ฝึกการตัดสินใจด้วยตนเองเพื่อให้เกิดความพึงพอใจ

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวประเมินตนเอง ในด้านพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร การจำกัดน้ำดื่ม ประเมินปัญหาและอุปสรรคร่วมทั้งทบทวนเนื้อหาการจัดการสารน้ำและอาหารในชีวิตประจำวัน และตรวจสอบสมุดบันทึกรายการอาหารและให้คำแนะนำการจัดการด้านตนเองต่อภาวะน้ำเกินที่ถูกต้องและเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 6 การสะท้อนความคิดเกี่ยวกับการจัดการตนเองโดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันบอกเล่าประสบการณ์วิธีการจัดการตนเองด้านสารน้ำและอาหารที่ทำประจำความเชื่อ เพื่อทำการประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวและผู้วิจัยสะท้อนถึงปัญหาการจัดการตนเองที่บกพร่องและอุปสรรคต่อการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว

3. ด้านสิ่งเอื้ออำนวยการจัดการตนเอง เป็นการแนะนำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้จัดหาอุปกรณ์ในการช่วยจัดการตนเอง ด้านอาหาร ด้านน้ำดื่ม เช่น ให้อุปกรณ์ในการจัดการตนเองในการเลือกบริโภคอาหาร เป็นต้น

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าการเสื่อมของภาวะหัวใจล้มเหลวเข้าสู่ระยะสุดท้ายอย่างรวดเร็ว การชะลอความเสื่อมของหัวใจนั้นสามารถทำได้โดยการช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภค ในการลดการบริโภคอาหาร โปรตีน การจำกัดโซเดียม และการจำกัดปริมาณน้ำดื่ม ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรได้รับการส่งเสริมให้มีความรู้และทักษะการเลือกรับประทานอาหาร การจำกัดน้ำดื่มที่เหมาะสม รวมถึงทักษะในการสังเกตอาการทางคลินิกของภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยทั้งในด้านพฤติกรรมกรรับประทานอาหาร และอาการทางคลินิก ซึ่งครอบครัวจะเป็นแหล่งสนับสนุนที่ให้การช่วยเหลือให้ผู้ป่วย มีความรู้เฉพาะด้าน มีทักษะและแรงเสริม ในการปฏิบัติช่วยให้ผู้ป่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองนำไปปรับใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับครอบครัวได้เป็นอย่างดี นอกจากสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวแล้ว ยังมีผล

ให้ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับและปฏิบัติตามแผนการรักษา ควบคุมอาการ และชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า การจัดการตนเองของผู้ป่วยร่วมกับครอบครัวได้ จะต้องอาศัยวิธีการต่าง ๆ หลายวิธีด้วยกัน เช่น การสะท้อนพฤติกรรม การจัดการตนเองที่บกพร่อง การวางแผนและมีส่วนร่วมในการจัดการตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว การฝึกการควบคุมการบริโภคอาหารและน้ำดื่ม การตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับทีมสุขภาพที่คอยดูแลและติดตาม ให้คำแนะนำ เพื่อป้องกันการเกิดอาการกำเริบจากภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกทำการศึกษาในครั้งนี้



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมบริโภคอาหาร การจำกัดน้ำดื่ม และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน และมีระดับ Functional Heart Classification อยู่ในระดับที่ 2 และ 3 (New York Heart Association [NYHA], 2009)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน และมีระดับ Functional Heart Classification อยู่ในระดับที่ 2 และ 3 (New York Heart Association [NYHA], 2009) ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าการวิจัย (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นภาวะหัวใจล้มเหลว ดังนี้
 - 1.1 มีสาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลวมาจากความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ โรคหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย ความดันโลหิตสูง
 - 1.2 มีประวัติเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกินตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป
 - 1.3 มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับ Functional Heart Classification อยู่ในระดับที่ 2 และ 3 (New York Heart Association [NYHA], 2009)
 - 1.4 ไม่มีอาการทางคลินิกที่เป็นอุปสรรคก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ได้แก่ เหนื่อย หอบ หายใจลำบาก อ่อนเพลีย และอวัยวะส่วนปลายบวม
2. อายุมากกว่า 20 ปีขึ้นไป

3. กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ไม่มีปัญหาเรื่อง Cognitive impairment โดยใช้การประเมินจากแบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test [CMT] มีคะแนน > 16 คะแนน)
4. มีสติสัมปชัญญะดี มีความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยได้ดี
5. มีโทรศัพท์มือถือสมาร์ทโฟน และมีความสามารถในการใช้แอปพลิเคชันไลน์
6. มีผู้ดูแลเป็นสมาชิกในครอบครัว

เกณฑ์ในการคัดออกการวิจัย (Exclusion criteria)

1. เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามที่โปรแกรมกำหนด
2. มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะหัวใจล้มเหลวที่เป็นอุปสรรค และไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ เช่น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดระดับรุนแรงมีอาการเหนื่อย เจ็บแน่นหน้าอก ต้องเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนัก

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คำนวณโดยใช้ Power analysis ด้วยโปรแกรม G*power version 3.1.9.6 (Faul, 2020) โดยกำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (Power of test) = .80 และความเชื่อมั่นทางสถิติที่ .05 ส่วนขนาดอิทธิพล (Effect size) ได้จากการประมาณค่าของขนาดอิทธิพลจากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม จากงานวิจัยของ Cook and Horrocks (2015) ที่ศึกษาเรื่อง Evaluation of a heart failure self-management programme โดยใช้สูตรของ Cohen (1988) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{เมื่อกำหนดให้} \quad E_s &= \text{ขนาดอิทธิพล} \\ \bar{X}_E &= \text{ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง} \\ \bar{X}_C &= \text{ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม} \\ SD_C &= \text{ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม} \end{aligned}$$

นำคะแนนค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มทดลอง (\bar{X}_E) เท่ากับ 17.85 และกลุ่มควบคุม (\bar{X}_C) เท่ากับ 24.04 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD_C) เท่ากับ 8.57 มาคำนวณหาขนาดอิทธิพลจากสูตร

$$\begin{aligned} E_s &= \frac{\bar{X}_E - \bar{X}_C}{SD_C} \\ E_s &= \frac{17.85 - 24.04}{8.57} \\ E_s &= 0.72 \end{aligned}$$

จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อาจมีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม (Drop out) จึงพิจารณาเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (Polit & Beck, 2012) ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจริงครั้งนี้โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 ราย แต่เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ Covid-19 ทำให้มีข้อจำกัดในการดำเนินการวิจัยให้เป็นไปตามแผนที่วางไว้ ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 ราย ดังนั้นผู้วิจัยจึงคำนวณความเพียงพอของขนาดกลุ่มตัวอย่างจากค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้โดยนำคะแนนค่าเฉลี่ยของพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มทดลอง (\bar{X}_E) เท่ากับ 52.15 และกลุ่มควบคุม (\bar{X}_C) เท่ากับ 59.40 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม (SD_C) เท่ากับ 6.09 จากสูตรของ Cohen (1988)

$$E_s = \frac{\bar{X}_E - \bar{X}_C}{SD_C}$$

$$E_s = \frac{52.15 - 59.40}{6.09}$$

$$E_s = 1.19$$

พบว่าต้องการขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 17 ราย ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย ดังนั้นจึงน่าจะเพียงพอสำหรับการทดสอบผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับอาหารและน้ำดื่มในครั้งนี้

สถานที่ในการศึกษา

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีแพทย์เฉพาะทางเชี่ยวชาญด้านระบบหัวใจและหลอดเลือด แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยใน เปิดรับการรักษาผู้ป่วยใน โรงพยาบาลด้านโรคทางอายุรกรรมมีจำนวน 3 หอผู้ป่วย จัดเป็นหอผู้ป่วยชายจำนวน 1 หอผู้ป่วย หอผู้ป่วยหญิงจำนวน 1 หอผู้ป่วย และหอผู้ป่วยอายุรกรรมรวมจำนวน 1 หอผู้ป่วย ซึ่งให้การดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตั้งแต่อายุ 18 ปีขึ้นไป โดยรับเป็นผู้ป่วยจากคลินิกโรคหัวใจและแผนกฉุกเฉิน เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเจ้าหน้าที่จะประเมินสุขภาพขั้นต้นและตรวจร่างกาย หลังจากนั้นจะเข้าสู่กระบวนการตรวจรักษาจากแพทย์เฉพาะทางอายุรแพทย์โรคหัวใจแผนกผู้ป่วยใน เมื่อผู้ป่วยจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและคำแนะนำ

เกี่ยวกับหลักการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง การรับประทานยา การสังเกตอาการ และการมาพบแพทย์ตามนัดหมายจากพยาบาล และมีการนัดผู้ป่วยมาพบแพทย์ติดตามอาการหลังจากออกจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ทุกราย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือก และสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อกับเจ้าหน้าที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยใน เพื่อสอบถามว่ามีผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเข้ารับการรักษาหรือไม่ หลังจากนั้นประสานงานกับเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วย เพื่อช่วยประชาสัมพันธ์โครงการฯ รวมทั้งคัดกรองผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจากเพิ่มประวัติผู้ป่วยจากข้อมูลระบบบัญชีผู้ป่วยภายในหอผู้ป่วย

2. จากนั้นประสานงานกับเจ้าหน้าที่ประจำแผนกเพื่อขอความช่วยเหลือในการแนะนำให้รู้จักกับผู้ป่วยก่อน เมื่อผู้ป่วยอนุญาต ผู้วิจัยดำเนินการให้ข้อมูลกับผู้ป่วย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยเพื่อการตัดสินใจ

3. ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าเป็นกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลองเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบง่ายจากสัปดาห์ที่เก็บข้อมูล โดยทำการจับฉลากสัปดาห์เก็บข้อมูล แบ่งทำการเก็บข้อมูลเป็นช่วงสัปดาห์ เช่น จับฉลากสัปดาห์แรกเป็นกลุ่มควบคุม และสัปดาห์ถัดไปเป็นกลุ่มทดลอง โดยสลับสัปดาห์จนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง 2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล และ 3) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

1. แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test [CMT]) ซึ่งพัฒนาโดย

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2541) ใช้เพื่อการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป แบบทดสอบนี้พัฒนาขึ้นและได้รับการทดสอบ เพื่อใช้พิจารณาค่าในความจำแนกผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมออกจากผู้สูงอายุปกติ เพื่อความไวและจำเพาะในการวินิจฉัยโรคสมองเสื่อม เหมาะสมที่จะเป็นแบบคัดกรองสภาพจิตผู้สูงอายุไทย และมีความน่าเชื่อถือโดยแบบประเมินมีทั้งหมด 13 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนนไม่เท่ากัน โดยมีคะแนนสูงสุดคือ 19 คะแนน ผู้สูงอายุที่ได้คะแนนต่ำกว่า 15 คะแนน แสดงว่าน่าจะมีความผิดปกติของ Cognitive function

2. การแบ่งระยะความรุนแรงของโรค เพื่อใช้พิจารณาการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับ Functional Heart Classification อยู่ในระดับที่ 2 และ 3 แบ่งความรุนแรงตามระยะของโรค และความรุนแรงของพยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลว ตามสมาคมโรคหัวใจนิวยอร์ก (New York Heart Association: NYHA, 2009) NYHA Functional Classification เป็น 4 ระดับดังนี้

2.1 Class I คือ ใช้ชีวิตได้ปกติ ไม่ปรากฏอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว

2.2 Class II คือ ทำกิจกรรมทั่วไปได้น้อยลงบ้าง มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย ไม่มีอาการขณะพัก แต่การทำกิจกรรมทั่วไปจะทำให้แสดงอาการเล็กน้อย

2.3 Class III คือ ทำกิจกรรมทั่วไปได้น้อยลงมาก ไม่มีอาการขณะพัก แต่แสดงอาการเมื่อทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย

2.4 Class IV คือ ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างสบาย มีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวตลอดเวลา แม้ขณะพักอยู่นิ่งหรือทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยมีจำนวน 12 ข้อ ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำเกี่ยวกับ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัวอื่น ๆ สิทธิการรักษา ยาที่ได้รับ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลว และจำนวนครั้งที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำเกินจากหัวใจล้มเหลว

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัว พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย มีจำนวน 9 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำเกี่ยวกับ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ระยะเวลาที่รับการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และจำกัดน้ำดื่ม โดยผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก แบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือดของ อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์ และคณะ (2552) มาใช้ประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม ซึ่งประกอบด้วย การเลือกรับประทานอาหารที่มีโซเดียมต่ำ การลดรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม อาหารที่มีไขมันสูง เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนและแอลกอฮอล์ การรับประทานอาหารที่มีปริมาณเหมาะสม และจำกัดปริมาณน้ำให้สอดคล้องกับภาวะหัวใจล้มเหลว มีข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ โดยมีคำถามเชิงลบ ข้อ 1, 2, 3, 5, 6, 9, 10, 13, 14, 15, 16 และ 17 ส่วนข้อ 4, 7, 8, 11, 12, 18 และ ข้อ 19 เป็นข้อคำถามเชิงบวก ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้

ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ เลย ในระยะเวลาหนึ่งเดือน
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ นาน ๆ ครั้งหรือ 1-2 ครั้งต่อเดือน
ปฏิบัติบ่อย	หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ เป็นบางครั้ง 1-2 วัน ต่อสัปดาห์

ปฏิบัติประจำ หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ เป็นส่วนใหญ่ 3-6 วัน ต่อสัปดาห์
 ปฏิบัติทุกวัน หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นประจำวันสม่ำเสมอทุกวัน
 เกณฑ์การให้คะแนนแบบสอบถามพฤติกรรมกรับประทานอาหารและจำกัดน้ำดื่ม มีดังนี้

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
ไม่เคยปฏิบัติ	1	5
ปฏิบัติบางครั้ง	2	4
ปฏิบัติบ่อย	3	3
ปฏิบัติประจำ	4	2
ปฏิบัติทุกวัน	5	1

การแปลผลคะแนนแบบสอบถามพฤติกรรมกรับประทานอาหารและจำกัดน้ำดื่ม ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 19-95 คะแนน โดยคะแนนสูง หมายถึง พฤติกรรมกรับประทานอาหารและจำกัดน้ำดื่ม ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับดี

4. แบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการทางคลินิกของภาวะหัวใจล้มเหลว โดยผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ของ จิราภรณ์ มีชูสิน และคณะ (2554) มาใช้ประเมินการรับรู้อาการทางคลินิกของภาวะหัวใจล้มเหลว มีข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับอาการเหนื่อยหอบจำนวน 5 ข้อ การรับรู้ความทน ในการทำกิจกรรมลดลงจำนวน 8 ข้อ และการรับรู้อาการบวมจำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 0-10 ระดับ การแปลผลคะแนนการรับรู้อาการทางคลินิกของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 18-180 คะแนน โดยคะแนนสูง หมายถึง การรับรู้อาการทางคลินิกของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับดี

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้ ประกอบด้วย คู่มือปฏิบัติการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและสมาชิกในครอบครัว แผนการสอนสำหรับผู้วิจัย และโปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับอาหารและน้ำดื่มสำหรับผู้วิจัย ดังนี้

1. คู่มือปฏิบัติการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและสมาชิกในครอบครัว เป็นคู่มือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยจากการทบทวนวรรณกรรม หนังสือ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย เนื้อหาสังเขปเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ข้อมูลการจัดการตนเองด้านอาหารและน้ำดื่ม การจัดการอาการและอาการแสดงเบื้องต้นหากมีความผิดปกติ รวมถึงแบบบันทึกการติดตามประเมินผล อาการบวมกดปุ่มที่เท้า อาการเหนื่อยหอบนอนราบไม่ได้และปริมาณน้ำดื่มตลอดวัน โดยมอบให้กลุ่มตัวอย่างเพื่อนำกลับไปทบทวนและปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน

2. แผนการสอน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยจากการทบทวนวรรณกรรม หนังสือ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแผนการสอนครอบคลุมเนื้อหา 3 เรื่อง ได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน (สาเหตุ ผลกระทบ การประเมินอาการทางคลินิก) การจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร และน้ำดื่ม การจัดการตนเองด้านอาการทางคลินิก

3. โปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับอาหารและน้ำดื่ม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Ryan and Sawin (2009) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยศึกษาจากตำราเอกสาร การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีองค์ประกอบได้แก่ การประเมินปัญหา การให้ความรู้ การตั้งเป้าหมาย การฝึกทักษะ การให้แรงเสริม และการประเมินผล ภายใต้องค์ประกอบมีการดำเนินโปรแกรมด้วยกิจกรรม 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การเรียนรู้เกี่ยวกับกระบวนการจัดการตนเอง

1.1 มีการสร้างสัมพันธภาพ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลและการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร การจำกัดน้ำดื่ม และการรับรู้อาการทางคลินิกโดยผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ประเมินปัญหา และร่วมตั้งเป้าหมายในการจำกัดการบริโภคอาหารรสเค็ม การจำกัดปริมาณน้ำดื่ม และการประเมินอาการทางคลินิก ทั้งนี้เป้าหมายที่กำหนดต้องเป็นเป้าหมายที่ผู้ป่วยคิดว่าสามารถปฏิบัติให้เป็นจริงได้ ประกอบด้วยเป้าหมายระยะสั้น ระยะยาว และกำหนดระยะเวลาในการปฏิบัติ

1.2 การให้ความรู้ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว ความหมาย อาการและอาการแสดง ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยส่งเสริมการเกิดโรค ของภาวะหัวใจล้มเหลว รวมถึงการสังเกตอาการกำเริบและภาวะแทรกซ้อน การเฝ้าระวังภาวะน้ำเกินที่อาจเกิดขึ้น ดำเนินการโดยใช้ภาพพลิกโปสเตอร์สี แสดงปริมาณ โซเดียมในเครื่องปรุงชนิดต่าง ๆ วิธีการจัดการด้านอาหาร และแสดงวิธีการจัดการด้านน้ำดื่ม โดยแจกคู่มือการจัดการตนเองและแบบบันทึกติดตามการปฏิบัติตัวของตนเอง และฝึกการจดบันทึก ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวซักถามและตอบข้อซักถามในปัญหาต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยสงสัย

กิจกรรมที่ 2 การฝึกทักษะกระบวนการจัดการตนเอง 6 ทักษะ ได้แก่ การตั้งเป้าหมายที่ต้องการให้เกิดขึ้น การรวบรวมข้อมูล การวางแผนและฝึกปรับทักษะ การตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การประเมินผล และการสะท้อนตนเองให้เท่าหรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร และการจำกัดน้ำดื่ม รวมถึงวิธีการแก้ไขต่าง ๆ เมื่อมีอาการทางคลินิกเกิดขึ้น แล้วเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวซักถามข้อสงสัย จากนั้นกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะต่าง ๆ จนสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ร่วมกับให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวร่วมแสดงความคิดเห็นตามความรู้และประสบการณ์เดิมของผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 3 การวางแผนให้ปฏิบัติและให้แรงเสริม โดยการปฏิบัติจะให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ร่วมสำรวจวิธีการควบคุมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารรสเค็ม การจำกัดน้ำดื่มในชีวิตประจำวันตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยผู้วิจัยให้การช่วยเหลือ กระตุ้นให้ผู้ป่วยค้นหาวีธีควบคุมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การจำกัดน้ำดื่ม เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยร่วมกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวจัดการบันทึกเป้าหมาย กิจกรรมการปรุงรสอาหารในแต่ละมื้อ การสังเกตอาการทางคลินิกของผู้ป่วย เพื่อนำกลับไปปฏิบัติที่บ้าน โดยผู้วิจัยช่วยเหลือ และให้แรงเสริม โดยกล่าวชมเชยผู้ป่วยเมื่อปฏิบัติได้ ร่วมส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการปฏิบัติ พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การจำกัดน้ำดื่ม รวมถึงกระตุ้นในสมาชิกในครอบครัวร่วมให้กำลังใจ กระตุ้นเตือนอยู่เสมอ ตลอดจนให้การช่วยเหลือแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นอยู่เสมอ

กิจกรรมที่ 4 ติดตามเยี่ยมและประเมินผล โดยผู้วิจัยติดตามเยี่ยมทางแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อทบทวนและประเมินกิจกรรมกรรมการบริโภคอาหาร โดยตรวจสอบแบบบันทึกการบริโภคอาหาร การจำกัดปริมาณน้ำดื่ม ประเมินปัญหาและอุปสรรค กระตุ้นให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวร่วมหาแนวทางการแก้ไข ผู้วิจัยร่วมชี้แนะแนวทางการแก้ไข กล่าวชมเชยเมื่อสามารถทำกิจกรรมได้บรรลุตามเป้าหมาย กรณีไม่บรรลุเป้าหมายผู้วิจัยร่วมกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวร่วมวางแผนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และการจำกัดน้ำดื่มใหม่ เพื่อนำกลับไปปฏิบัติอีกครั้ง

4. อุปกรณ์การสื่อสารรูปแบบต่างๆ เช่น สมาร์ทโฟน คอมพิวเตอร์ตั้งโต๊ะ และแท็บเล็ต ที่สามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ โดยผู้วิจัยใช้เป็นเครื่องมือสำหรับการสนทนากับกลุ่มตัวอย่างของโปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับอาหารและน้ำดื่ม ตั้งชื่อไลน์กลุ่ม โดยมีสมาชิกกลุ่มคือ ผู้วิจัย, ผู้ป่วย, และสมาชิกในครอบครัว โดยใช้ชื่อไลน์กลุ่มว่า “Family 01-Family 20” ในการสื่อสารและดำเนินกิจกรรมติดตามเยี่ยม โดยใช้การโทรแบบวิดีโอคอล (Video call) และการพิมพ์ข้อความในการสื่อสารภายในกลุ่มผ่านแอปพลิเคชันไลน์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และการจำกัดน้ำดื่ม แบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แผนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการตนเอง คู่มือการปฏิบัติตนในการควบคุมโรค และโปสเตอร์สีในการแสดงวิธีการเลือกอาหาร ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความถูกต้องในการใช้ภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านประกอบด้วย พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 1 ท่าน อาจารย์ด้านโภชนาการ 1 ท่าน ภายหลังผ่านการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาและโครงสร้าง รวมทั้งความถูกต้องความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำ

ข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุง แก้ไขให้ถูกต้องเข้าใจ ง่ายต่อการใช้งานร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการจัดการตนเอง และคู่มือการปฏิบัติตนในการควบคุมโรค และโปสเตอร์สีในการแสดงวิธีการเลือกอาหารสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ของการนำไปใช้ในการทดลองกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา ค่าความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามพฤติกรรมกรบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม ได้ค่า $CVI = 0.95$ และค่าความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามการรับรู้อาการทางคลินิกของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้ค่า $CVI = 0.91$

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร และการจำกัดน้ำดื่ม และแบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ไปทดสอบความเชื่อมั่น (Try out) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเลิดสิน จำนวน 30 ราย ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลอง และนำข้อมูลที่ได้ออกมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach alpha coefficient, 1999) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .78 และ .88 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรองเลขที่ 070/2563 เมื่อวันที่ 4 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563) และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลเลิดสิน จังหวัดกรุงเทพมหานคร (เอกสารรับรองเลขที่ 019/2564 รหัสโครงการเลขที่ LH631060 เมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564) เมื่อผ่านการพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลวิจัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยใน เพื่อขอเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนการเข้าร่วมการทดลอง ประโยชน์ที่ได้รับ ขอความร่วมมือในการทำวิจัยและชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจวัตถุประสงค์ และขั้นตอนในการวิจัย และสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้ลงนามยินยอม ในแบบฟอร์ม กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล

และจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาล โดยข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ การทำแบบประเมิน และการเข้าร่วม โปรแกรม ข้อมูลทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับการนำเสนอข้อมูล และการพิมพ์เผยแพร่ จะกระทำในภาพรวมในระหว่างการดำเนินการทดลองหากกลุ่มตัวอย่างไม่พร้อมในการเข้าร่วม โปรแกรม ให้แจ้งให้ผู้วิจัยทราบทันที หรือหากผู้วิจัยสังเกตเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติต่าง ๆ เช่น หายใจหอบเหนื่อย หายใจลำบาก เจ็บแน่นหน้าอก หน้ามืด เป็นต้น ก็จะทำให้กลุ่มตัวอย่างยุติการเข้าโปรแกรมทันทีและให้การรักษาจนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างมีอาการทุเลา และประสานงานกับพยาบาลหน้าห้องตรวจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลการรักษาตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

การรวบรวมข้อมูล

1. การเตรียมตัวของผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

1.1 ผู้วิจัยดำเนินการ โปรแกรมการทดลองวิจัยด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยเตรียมตัวในด้าน การใช้เทคนิคการจัดการตนเองจากการทบทวนวรรณกรรมและการทำการทดสอบเบื้องต้น (Pilot study) และมีผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 การเตรียมผู้ช่วยวิจัย ในครั้งนี้มีผู้ช่วยวิจัย 1 ท่าน เพื่อทำหน้าที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง และภายหลังการทดลอง โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการ ด้านการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีความสนใจต้องการเข้าร่วมเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัย โดยอธิบายความเป็นมา วัตถุประสงค์ ความสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้านแบบสัมภาษณ์ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของการทำแบบสัมภาษณ์ วิธีจดบันทึกคำถามและ คำตอบของคำถามแต่ละข้อ จนมีความเข้าใจตรงกันกับผู้วิจัย หลังจากนั้นให้ผู้ช่วยผู้วิจัยทดลองฝึก ประเมิน โดยใช้แบบสัมภาษณ์กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอายุรกรรม ผู้ป่วยในโรงพยาบาลเลิดสิน จำนวน 3 ราย โดยผู้วิจัยเป็นผู้สังเกตและอธิบายข้อคำถาม ภาษาที่ใช้ จนเกิดความเข้าใจตรงกัน จึงให้ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจริงต่อไป

2. ผู้วิจัยเสนอ คำโครงการวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร

3. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตจากคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเลิดสิน เพื่อขออนุญาตขอศึกษาสถิติข้อมูลของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวที่ เข้ารับการรักษาที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเลิดสิน ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2564

4. หลังผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการ การพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยบูรพา และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลเลิดสิน จังหวัด กรุงเทพมหานครแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลวิจัย ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเลิดสิน เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการแล้ว จึงดำเนินการวิจัย และเนื่องจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ผู้วิจัยจึงได้มีมาตรการในการเก็บข้อมูลและการเข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง และสมาชิกในครอบครัว ตามมาตรการควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาด โรคติดเชื้อดังกล่าวของ องค์การอนามัยโลก (WHO) และของ โรงพยาบาลเลิดสินอย่างเคร่งครัด คือ มีการวัดอุณหภูมิร่างกายก่อนทำกิจกรรม จัดให้มีการเว้นระยะห่างทางสังคม เช่น จัดเก้าอี้ห่างกันขณะดำเนินกิจกรรม ให้สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา ใช้แอลกอฮอล์เจลล้างมือก่อนและหลังสัมผัสสิ่งของต่าง ๆ โดยมาตรการการรักษาความสะอาดมีขึ้นเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (COVID-19) เพื่อความปลอดภัย ลดความเสี่ยงและเกิดผลกระทบน้อยที่สุด ในการดำเนินกิจกรรมการวิจัย

รายละเอียดในการดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบผู้ป่วย สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ผู้วิจัยชี้แจง วัตถุประสงค์การวิจัย ระยะเวลา ขั้นตอน และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับในการวิจัยครั้งนี้ การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ประเมินความพร้อมทางด้านร่างกายจิตใจ ได้แก่ ไม่มีอาการเหนื่อยหอบหรือแน่นหน้าอกภายใน 24 ชั่วโมงก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และขอความร่วมมือในการทำวิจัยพร้อมทั้งอธิบายบทบาทหน้าที่ของผู้วิจัยอีกครั้ง จากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลในผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวของแต่ละราย และให้ผู้ป่วยตอบแบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การบริโภคอาหาร การจำกัดน้ำดื่ม และแบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการทางคลินิก และผู้วิจัยดำเนินขั้นตอนตามโปรแกรมการจัดการตนเอง ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินการ 3 ครั้ง ที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยใน

กิจกรรมที่ 1 (ครั้งที่ 1) ที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยใน ใช้เวลาประมาณ

40 นาที-1 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 1 การสร้างเสริมความรู้และความเชื่อ

1. ผู้วิจัยดำเนินการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวโดยการแนะนำตัว ให้ความสนใจและซักถามอาการทั่วไปของผู้ป่วย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวแนะนำตนเอง เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ จากนั้นผู้วิจัยประเมินปัญหาของผู้ป่วย

การรับรู้ ความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ประเมิน ปัญหาด้านการบริโภคอาหาร การจำกัดน้ำดื่มในชีวิตประจำวัน การสังเกตอาการทางคลินิก แบบแผนการดำเนินชีวิต เกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวจากผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว

2. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้ แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ ความรู้ ประสบการณ์เดิม ทักษะคิด และความเชื่อถึงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การจำกัดน้ำดื่ม การสังเกตอาการทางคลินิก รวมทั้งสิ่งที่ปัญหาหรืออุปสรรคในการบริโภคอาหาร ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวสามารถบอกได้ว่าสิ่งที่ตนปฏิบัติอยู่ มีปัญหาหรืออุปสรรคในการบริโภคอาหาร เฉพาะภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น การที่ตนเองชอบรับประทานปลาเค็มและดื่มน้ำมาก เป็นการปฏิบัติที่ทำให้เกิดภาวะน้ำเกิน และเป็นสาเหตุของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สิ่งที่ควรปฏิบัติเมื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3. ให้ความรู้เป็นรายบุคคลและครอบครัว ประกอบด้วยผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และสมาชิกในครอบครัว โดยใช้กิจกรรม “รู้ทันอาหารรสเค็มกับหัวใจ” แผ่นภาพพลิกประกอบการ สอนสีขนาด A3 โดยให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว การประเมินและติดตามภาวะน้ำเกิน การจำกัดน้ำ รวมทั้งการจัดการด้านอาหารรสเค็ม ได้แก่ ความรู้เรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจ ล้มเหลว อาหารแปรรูปที่มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบ ปริมาณโซเดียมในเครื่องปรุงรส โดย ครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

3.1 ความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว สาเหตุ ภาวะแทรกซ้อน การรักษา สาเหตุที่ทำให้ ผู้ป่วยเกิดภาวะน้ำเกิน ผลกระทบและอันตรายจากภาวะน้ำเกิน

3.2 ความรู้เรื่องการจำกัดน้ำดื่ม หลักการคำนวณปริมาณน้ำดื่ม ตามน้ำหนักตัวปกติของผู้ป่วย เพื่อกำหนดปริมาณน้ำดื่มของผู้ป่วยแต่ละรายที่สามารถดื่มได้ในแต่ละวัน วิธีการจัดสรร ปริมาณน้ำดื่มในแต่ละวัน และการดำเนินชีวิตประจำวันเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน พร้อมทั้งติดตาม น้ำหนักตัวจากชั่งน้ำหนัก การมีกิจกรรมผ่อนคลาย และการพักผ่อน

3.3 ความรู้เรื่องแนวปฏิบัติในการจัดการตนเองด้านการจำกัดน้ำดื่ม ดังนี้

3.3.1 เทคนิคการแบ่งสัดส่วนปริมาณน้ำดื่มประจำวัน หลักการตวงน้ำดื่มการแบ่ง น้ำดื่มในแต่ละครั้ง การแบ่งดื่มน้ำเพื่อรับประทานยา

3.3.2 เครื่องดื่มที่ควรหลีกเลี่ยง การกระทำกิจกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงอาการกระหายน้ำ

3.4 ความรู้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติการจัดการตนเองด้านอาหารที่มีรสเค็ม โดยการให้ ความรู้ครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

3.4.1 ความรู้เรื่องเกลือโซเดียม อาหารที่มีปริมาณ โซเดียมในระดับสูง และอาหาร แปรรูปเครื่องปรุงต่าง ๆ ที่มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบ

3.4.2 ประเภทอาหารเค็ม วัตถุติด และเครื่องปรุงที่ควรหลีกเลี่ยงในการใช้ปรุงอาหาร

3.4.3 การจัดเมนูอาหารเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน

3.5 ให้ความรู้ถึงวิธีการสังเกตอาการของภาวะน้ำเกิน และข้อควรปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของตนเอง

4. ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ร่วมกันตั้งเป้าหมายในการควบคุมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร โดยเฉพาะอาหารรสเค็ม การจำกัดน้ำดื่ม และอาการทางคลินิก โดยผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวร่วมกันวางแผนการจัดการอาหารและน้ำดื่มประจำวัน ในการตั้งเป้าหมายร่วมกันในระยะสั้นที่สามารถปฏิบัติได้จริง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติตามพฤติกรรมได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายในระยะยาวต่อไป เพื่อให้เกิดความมุ่งมั่น ในการปฏิบัติตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เช่น การตั้งเป้าหมายในการควบคุมอาการกำเริบจากภาวะน้ำเกิน โดยให้ผู้ป่วยสังเกตอาการหายใจลำบาก อาการบวมกดบวม อาการสะดุ้งตื่นกลางดึก อาการไอทุกวัน การตั้งเป้าหมายในการควบคุมอาหาร โดยไม่รับประทานอาหารเค็ม ไม่เติมน้ำปลาในอาหารที่ปรุงสำเร็จ ไม่รับประทานอาหารหมักดอง เป็นต้น โดยผู้วิจัยอำนวยความสะดวก ช่วยเหลือสนับสนุน ส่งเสริมให้กำลังใจ ให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่มที่กำหนดได้อย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 2 (ครั้งที่ 2) การเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเอง ดำเนินการที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยใน ใช้เวลาประมาณ 40 นาที-1 ชั่วโมง

1. ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวพัฒนาความสามารถในทักษะในการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร การจำกัดน้ำดื่ม และอาการทางด้านคลินิก ผ่านกิจกรรม “งดเค็ม ลดน้ำ” ได้แก่ 1) ฝึกความสามารถด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร 2) ความสามารถด้านการจำกัดปริมาณน้ำดื่ม 3) ความสามารถด้านการประเมินอาการหายใจลำบาก 4) ความสามารถด้านการประเมินอาการบวม 5) ความสามารถด้านการเฝ้าระวังการเกิดภาวะน้ำเกินและการตัดสินใจ โดยผู้วิจัยสาธิตวิธีการกำหนดอาหาร หรือสัดส่วนของอาหารและน้ำในแต่ละวัน การเลือกชนิดอาหาร การอ่านฉลากอาหารเพื่อดูปริมาณ โซเดียม สาธิตการให้อุปกรณ์ในการตวงวัดน้ำดื่ม โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้ฝึกทักษะไปด้วย จนสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

2. ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นซักถามข้อสงสัย ตามความรู้และประสบการณ์ในการฝึกทักษะที่ได้รับ จากนั้นผู้วิจัยแนะนำการใช้แบบบันทึกการบริโภคอาหาร การจำกัดน้ำดื่ม อาการทางคลินิก วิธีการแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่

เกิดขึ้น และเป้าหมายในการปฏิบัติ ในคู่มือการจัดการตนเอง อธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์และความสำคัญในการจัดบันทึกตามความจริง ในคู่มือทุกครั้ง

กิจกรรมที่ 3 (ครั้งที่ 2) การวางแผนการปฏิบัติและให้แรงเสริม

3. ผู้วิจัย ร่วมกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว วางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการจำกัดน้ำดื่ม โดยร่วมกันสำรวจวิธีการควบคุมพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยเฉพาะรสเค็ม การจำกัดน้ำดื่มในชีวิตประจำวัน โดยผู้วิจัยให้การช่วยเหลือ กระตุ้นให้ผู้ป่วยค้นหาวิธีต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยร่วมกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ตรวจสอบการจัดบันทึกในคู่มือการจัดการตนเองเกี่ยวกับ กิจกรรมการปรุงรสอาหารในแต่ละมื้อ การสังเกตอาการทางคลินิก และเป้าหมายของผู้ป่วยให้มีความเข้าใจตรงกันเพื่อนำกลับไปปฏิบัติที่บ้าน

4. ผู้วิจัยวิจัยช่วยเหลือ และให้แรงเสริม โดยกล่าวชมเชยผู้ป่วยเมื่อปฏิบัติได้ตามกระบวนการฝึกทักษะ ร่วมส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การจำกัดน้ำดื่ม รวมถึงกระตุ้นในสมาชิกในครอบครัวร่วมให้กำลังใจ กระตุ้นเตือนอยู่เสมอ ตลอดจนให้การช่วยเหลือแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นอยู่เสมอ จากนั้นผู้วิจัยจะทำการนัดหมายผู้ป่วยเพื่อติดตามเยี่ยมทางแอปพลิเคชันไลน์ ทุก 1 สัปดาห์เป็นจำนวน 3 ครั้ง

สัปดาห์ที่ 2, 3 และ 5 กิจกรรมที่ 4

กิจกรรมที่ 4 (ครั้งที่ 3) ติดตามเยี่ยมและประเมินผล

1. ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลทางแอปพลิเคชันไลน์ ทุก 1 สัปดาห์ เป็นจำนวน 3 ครั้ง โดยใช้เวลาในการติดตามเยี่ยมครั้งละ 15-20 นาที เพื่อให้กำลังใจ กระตุ้นเตือน และติดตามผลการปฏิบัติกิจกรรม โดยประเมินจากแบบบันทึกการบริโภคอาหาร การจำกัดปริมาณน้ำดื่ม ประเมินปัญหาและอุปสรรค กระตุ้นให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวร่วมหาแนวทางการแก้ไข ผู้วิจัยร่วมชี้แนะแนวทางการแก้ไข กล่าวชมเชยเมื่อสามารถทำกิจกรรมได้ บรรลุตามเป้าหมาย กรณีไม่บรรลุเป้าหมายผู้วิจัยร่วมกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวร่วมวางแผนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการจำกัดน้ำดื่มใหม่ เพื่อนำกลับไปปฏิบัติอีกครั้ง

2. จากนั้นผู้วิจัยจะทำการนัดหมายการติดตามทางแอปพลิเคชันไลน์ทุกครั้ง จนครบ 3 ครั้ง และทำการนัดหมายในการประเมินผลการทดลองอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 6

สัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบผู้ป่วยรายบุคคล กล่าวทักทายผู้ป่วย หลังจากนั้นผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมมารับประทานอาหาร และแบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการทางคลินิกของภาวะหัวใจล้มเหลว ในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด หลังจากนั้นผู้วิจัยจะเข้าพบผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยให้คำแนะนำเพิ่มเติม

สรุปผลการจัดการตนเองตามที่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้เข้าร่วมโปรแกรม 6 สัปดาห์ จากนั้นให้กำลังใจ แสดงความเชื่อมั่นชื่นชมที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างเต็มความสามารถ ผู้วิจัยแสดงความขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัย แจ้งสิ้นสุดการวิจัยและยุติสัมพันธภาพ

2. กลุ่มควบคุม

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้ช่วยวิจัย จำนวน 2 ครั้ง และผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานของโรงพยาบาลเลิศสิน ดังนี้

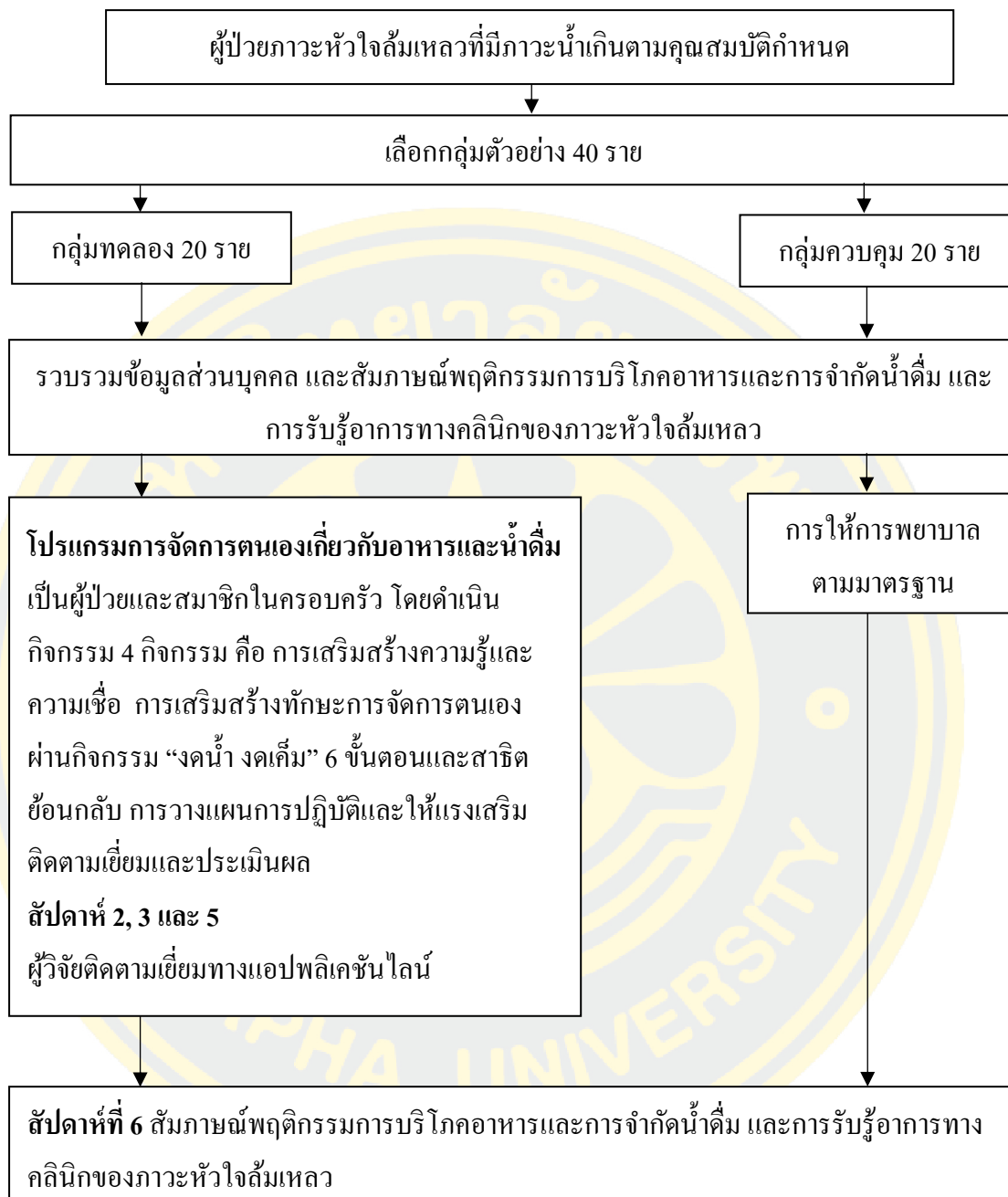
สัปดาห์ที่ 1 ที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยใน ใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบผู้ป่วยและแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจง

วัตถุประสงค์ การเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง ประเมินความพร้อมทางด้านร่างกายจิตใจ และขอความร่วมมือในการทำวิจัยพร้อมทั้งอธิบายบทบาทหน้าที่ของผู้วิจัยอีกครั้ง จากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลในผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวของแต่ละราย และให้ผู้ป่วยตอบแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร การจำกัดน้ำดื่ม และแบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการทางคลินิกของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จากนั้นผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษา และให้การพยาบาลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล โดยได้รับความรู้จากแพทย์พยาบาล วิชาชีพ เกษัชกร และทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยใน เป็นรายบุคคลและครอบครัวเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวและการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน รวมทั้งการรับปรึกษาและนัดพบผู้ป่วยอีกครั้งหลังผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลในสัปดาห์ที่ 6

สัปดาห์ที่ 6 คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยส่วนหนึ่งได้รับการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ Covid-19 การสัมภาษณ์ ใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 6 กล่าวทักทายผู้ป่วย หลังจากนั้นผู้ช่วยวิจัยดำเนินการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร การจำกัดน้ำดื่ม และแบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการทางคลินิกของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว หลังจากนั้นผู้วิจัยจะเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ให้คู่มือการจัดการตนเอง ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวซักถามข้อสงสัยหรือประเด็นที่สนใจ ผู้วิจัยตอบข้อซักถาม และกล่าวแสดงความขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัย



ภาพที่ 2 แผนการดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS Version 26 โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการอธิบายลักษณะทั่วไปของประชากร
2. วิเคราะห์ความแตกต่างทางคุณลักษณะประชากรของข้อมูลทั่วไป ระหว่างกลุ่ม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และสถิติฟิชเชอร์ (The Fisher exact probability test)
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม และผลลัพธ์ทางคลินิก ภายในกลุ่มระยะก่อนการทดลองและภายหลังทดลอง ด้วยสถิติทดสอบ Paired t -test
4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม และผลลัพธ์ทางคลินิก ภายหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบ ANCOVA โดยใช้คะแนน Pretest เป็น Covariance

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม การจัดการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม และผลลัพธ์ทางคลินิก ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 จำนวนทั้งหมด 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 ราย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอเป็น 3 ส่วนในรูปของตาราง ประกอบคำบรรยาย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัว

ส่วนที่ 3 ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับอาหารและน้ำดื่มของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และผลการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกินในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		ค่าสถิติ	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					Fisher's	.74
ชาย	13	65.0	11	55.0	Exact test	
หญิง	7	35.0	9	45.0		
อายุ					$\chi^2 = 1.05$.59
20-40 ปี	6	30.0	7	35.0		
41-59 ปี	8	40.0	5	25.0		
60 ปีขึ้นไป	6	30.0	8	40.0		
สถานภาพสมรส					Fisher's	.73
โสด/ หย่า/ หม้าย	5	25.0	7	35.0	Exact test	
สมรส	15	75.0	13	65.0		
ระดับการศึกษา					$\chi^2 = .61$.73
ประถมศึกษา	6	30.0	8	40.5		
มัธยมศึกษา	7	35.0	7	35.0		
ปริญญาตรี	7	35.0	5	25.0		
อาชีพ					$\chi^2 = 1.03$.59
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5	25.0	6	30.0		
ทำงานประจำ	7	35.0	9	45.0		
ทำงานอิสระ	8	40.0	5	25.0		
รายได้ (บาท)					$\chi^2 = .95$.62
≤ 10,000	7	35.0	10	50.0		
10,001-20,000	7	35.0	5	25.0		
≥ 20,001	6	30.0	5	25.0		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		ค่าสถิติ	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	โรคประจำตัว					
1 โรค	8	40.0	9	45.0		
2 โรค	6	30.0	5	25.0		
มากกว่า 3 โรค	6	30.0	6	30.0		
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย ด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว					Fisher's Exact test	.26
1-5 ปี	11	55.0	8	40.0		
5 ปีขึ้นไป	9	45.0	12	60.0		
จำนวนครั้งที่เข้ารับการ รักษาพยาบาลในโรงพยาบาล ด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว ใน 1 ปี ที่ผ่านมา					$X^2 = .55$.75
1 ครั้ง	8	40.0	10	50.0		
2 ครั้ง	5	25.0	5	25.0		
3 ครั้งขึ้นไป						

จากตารางที่ 1 กลุ่มทดลองจำนวน 20 รายส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 65 มีอายุระหว่าง 41-59 ปี ร้อยละ 40 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 75 การศึกษาในระดับปริญญาตรีและระดับมัธยมศึกษาในจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 35 ประกอบอาชีพแบบอิสระ ร้อยละ 40 รองลงมา คือทำงานประจำ ร้อยละ 35 มีรายได้ไม่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท และ 10,001-20,000 บาท ในจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 35 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวรวม 1 โรค ร้อยละ 40 รองลงมา มีโรคประจำตัวรวม 2 โรค ร้อยละ 30 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 55 และใน 1 ปีที่ผ่านมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 2 ครั้ง ร้อยละ 40 รองลงมา คือ 1 ครั้ง ร้อยละ 35

กลุ่มควบคุมจำนวน 20 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 40 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 20-40 ปี ร้อยละ 35 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 65 การศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 35 ทำงานประจำร้อยละ 45 รองลงมาคือไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 30 มีรายได้ไม่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท ร้อยละ 50 มีโรคประจำตัวร่วม 1 โรค ร้อยละ 45 รองลงมาคือ มีโรคประจำตัวร่วม 3 โรค ร้อยละ 30 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะหัวใจล้มเหลว 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 60 และใน 1 ปีที่ผ่านมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 2 ครั้ง ร้อยละ 50

เมื่อนำข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มาทดสอบความแตกต่าง โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และสถิติฟิชเชอร์ (The Fisher exact probability test) พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวและผลการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัว	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		ค่าสถิติ	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	เพศ					
ชาย	5	25.0	7	35.0	Exact test	
หญิง	15	75.0	13	65.0		
อายุ					$\chi^2 = 1.03$.59
20-40 ปี	6	30.0	5	25.0		
41-59 ปี	9	45.0	7	35.0		
60 ปีขึ้นไป	5	25.0	8	40.0		
สถานภาพสมรส					Fisher's	.50
โสด/หย่า/หม้าย	5	25.0	8	40.0	Exact test	
สมรส	15	75.0	12	60.0		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิก ในครอบครัว	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		ค่าสถิติ	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	ระดับการศึกษา					
มัธยมศึกษา	11	55.0	6	30.0	Exact test	
ปริญญาตรี	9	45.0	14	70.0		
อาชีพ					Fisher's	.51
ทำงานประจำ	9	45.0	6	30.0	Exact test	
ทำงานอิสระ	11	55.0	14	70.0		
รายได้ (บาท)					$\chi^2 = .41$.81
≤ 10,000	5	25.0	6	30.0		
10,001-20,000	6	30.0	7	35.0		
≥ 20,001	9	45.0	7	35.0		
โรคประจำตัว					Fisher's	.50
ไม่มี	15	75.0	12	60.0	Exact test	
มี	5	25.0	8	40.0		
ระยะเวลาการดูแล					Fisher's	.52
1-5 ปี	12	60.0	9	45.0	Exact test	
5 ปีขึ้นไป	8	40.0	11	55.0		

จากตารางที่ 2 สมาชิกในครอบครัวของกลุ่มทดลองจำนวน 20 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75 มีอายุระหว่าง 41-59 ปี ร้อยละ 45 รองลงมาคือมีอายุระหว่าง 20-40 ปี ร้อยละ 30 ส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 75 มีการศึกษาในระดับระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 55 รองลงมาคือ ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 45 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพแบบอิสระ ร้อยละ 55 มีรายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 45 รองลงมาคือ รายได้ระหว่าง 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 30 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75 และเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มทดลองระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 60

สมาชิกในครอบครัวของกลุ่มควบคุม จำนวน 20 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 40 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 41-59 ปี ร้อยละ 35 ส่วนใหญ่มีสถานภาพ สมรส ร้อยละ 60 ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 70 ประกอบอาชีพแบบอิสระ ร้อยละ 70 มีรายได้ระหว่าง 10,001-20,000 บาทและรายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน ในจำนวน เท่ากันร้อยละ 35 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 60 และเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มควบคุมตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไปร้อยละ 55

เมื่อนำข้อมูลส่วนบุคคลสมาชิกในครอบครัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มา ทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และสถิติฟิชเชอร์ (The Fisher exact probability test) พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ส่วนที่ 3 ผลของ โปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับอาหารและการจำกัดน้ำดื่มของผู้ป่วยภาวะ หัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน

ก่อนการทดสอบผลของ โปรแกรมการจัดการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภค อาหารและการจำกัดน้ำดื่ม และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกินผู้วิจัย ได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของข้อมูล สำหรับการ ใช้สถิติ Independent *t*-test, Paired *t*-test และ ANCOVA ซึ่งผลการทดสอบพบว่าข้อมูลมีคุณลักษณะตามข้อตกลงเบื้องต้นและมีความ เหมาะสมในการวิเคราะห์ด้วยสถิติดังกล่าว ดังนี้

1. ข้อมูลที่ได้ภายในกลุ่มไม่เป็นอิสระต่อกัน คือ มีการเก็บข้อมูลจากคนเดิมมากกว่า 1 ครั้ง โดยวัดก่อนและหลังการทดลอง และมีความสัมพันธ์กัน
2. ข้อมูลที่ได้มาจากการสุ่มจากประชากรและมีความเป็นอิสระระหว่างกัน
3. ตัวแปรตามและตัวแปรร่วมมีลักษณะเป็นตัวแปรต่อเนื่องหรืออยู่ในมาตรวัดในระดับ อंतरภาคชั้น (Interval scale)

4. ตัวแปรตามในแต่ละกลุ่มมีการแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution) โดยผลการ ทดสอบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม พบว่าในกลุ่มทดลอง $M = 52.15$ ทดสอบ โดยใช้สถิติ Fisher-Skewness coefficient & Fisher-Kurtosis coefficient ได้ค่า Skewness coefficient = 1.12, และ Kurtosis coefficient = .57 จะพบว่าค่า Skewness coefficient และ Kurtosis coefficient มีค่าอยู่ในช่วง -1.96 และ +1.96 จึงแสดงให้เห็นว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบ โก้ง ปกติ และจากการทดสอบโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test ได้ค่า Kolmogorov-Smirnov คือ $p = .20$ ($p > .05$) และพิจารณาจากค่า Shapiro-Wilk เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กคือ จำนวนไม่เกิน 50 ราย (จุพาลักษณ์ บารมี, 2551) จึงได้ค่า Shapiro-Wilk คือ $p = .77$ ($p > .05$) ซึ่งสามารถสรุปได้ว่า

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่มของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกินกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองมีการแจกแจงแบบโค้งปกติซึ่งเป็นไปได้ตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ค่าที่แบบไม่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการทดสอบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่มในกลุ่มกลุ่มควบคุมพบว่า $M = 59.40$ ทดสอบโดยใช้สถิติ Fisher-Skewness coefficient & Fisher-Kurtosis coefficient ได้ค่า Skewness coefficient = -0.13 และ Kurtosis coefficient = -0.63 จะพบว่าค่า Skewness coefficient และ Kurtosis coefficient มีค่าอยู่ในช่วง -1.96 และ $+1.96$ จึงแสดงให้เห็นว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ และจากการทดสอบโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test ได้ค่า Kolmogorov-Smirnov คือ $p = .20$ ($p > .05$) และพิจารณาจากค่า Shapiro-Wilk เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กคือจำนวนไม่เกิน 50 ราย (จุพาลักษณ์ บารมี, 2551) จึงได้ค่า Shapiro-Wilk คือ $p = .77$ ($p > .05$) ซึ่งสามารถสรุปได้ว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่มของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกินของกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองมีการแจกแจงแบบโค้งปกติซึ่งเป็นไปได้ตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ค่าที่แบบไม่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการทดสอบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อาการทางคลินิกในกลุ่มทดลองพบว่า $M = 113.70$ ทดสอบโดยใช้สถิติ Fisher-Skewness coefficient & Fisher-Kurtosis coefficient ได้ค่า Skewness coefficient = 0.56 และ Kurtosis coefficient = -0.44 จะพบว่าค่า Skewness coefficient และ Kurtosis coefficient มีค่าอยู่ในช่วง -1.96 และ $+1.96$ จึงแสดงให้เห็นว่าข้อมูลมีการแจกแจงโค้งปกติ และจากการทดสอบโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test ได้ค่า Kolmogorov-Smirnov คือ $p = .20$ ($p > .05$) และพิจารณาจากค่า Shapiro-Wilk เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กคือจำนวนไม่เกิน 50 ราย (จุพาลักษณ์ บารมี, 2551) จึงได้ค่า Shapiro-Wilk คือ $p = .69$ ($p > .05$) ซึ่งสามารถสรุปได้ว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อาการทางคลินิกของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกินของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองมีการแจกแจงแบบโค้งปกติซึ่งเป็นไปได้ตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ค่าที่แบบไม่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการทดสอบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อาการทางคลินิกในกลุ่มควบคุมพบว่า $M = 106.15$ ทดสอบโดยใช้สถิติ Fisher-Skewness coefficient & Fisher-Kurtosis coefficient ได้ค่า Skewness coefficient = -0.97 และ Kurtosis coefficient = -0.10 จะพบว่าค่า Skewness coefficient และ Kurtosis coefficient มีค่าอยู่ในช่วง -1.96 และ $+1.96$ จึงแสดงให้เห็นว่าข้อมูลมีการแจกแจงโค้งปกติ (จุพาลักษณ์ บารมี, 2551) และจากการทดสอบโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test ได้ค่า Kolmogorov-Smirnov คือ $p = .20$ ($p > .05$) และพิจารณาจากค่า Shapiro-Wilk เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กคือจำนวนไม่เกิน 50 ราย (จุพาลักษณ์ บารมี, 2551) จึงได้ค่า Shapiro-Wilk คือ $p = .70$ ($p > .05$)

ซึ่งสามารถสรุปได้ว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อาการทางคลินิกของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกินของกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองมีการแจกแจงแบบ โคงปกติซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ค่าที่แบบไม่เป็นอิสระต่อกัน

5. ทดสอบค่าความแปรปรวนของตัวแปรตามในแต่ละกลุ่มมีค่าเท่ากัน (Homogeneity of variance) โดยใช้ Levene's test ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารการจำกัดน้ำดื่มได้ค่า $p = .26$ และการรับรู้อาการทางคลินิกได้ค่า $p = .94$ ($p > .05$) ตามลำดับ

6. ตัวแปรร่วมและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) โดยหาความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงของตัวแปร (Test for linearity) ของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม มีค่า Deviation from linearity = $F = .776$ และค่า $p = .714$ และคะแนนรับรู้อาการทางคลินิก มีค่า Deviation from linearity = $F = .820$ และค่า $p = .679$ ($p > .05$) ตามลำดับ

3.1. เปรียบเทียบความแตกต่างก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม และค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อาการทางคลินิกของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ด้วยสถิติ Independent t -test ผลการวิเคราะห์พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.058, p = .205$) และค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อาการทางคลินิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.012, p = .659$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การจำกัดน้ำดื่ม และค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อาการทางคลินิกของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในระยะก่อนการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 40$)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		<i>t</i>	<i>p</i> -value
	<i>M</i>	<i>SD</i>		
พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม			-3.058	.205
กลุ่มทดลอง	52.15	8.67		
กลุ่มควบคุม	59.40	6.09		
อาการทางคลินิก				
กลุ่มทดลอง	113.70	21.29	1.012	.659
กลุ่มควบคุม	106.15	25.67		

3.2. การทดสอบผลของโปรแกรมการจัดการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน

การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม และค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อาการทางคลินิกของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในระยะก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Paired *t*-test ผลการวิเคราะห์พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองในระยะก่อนและหลังการทดลองพบว่า ในระยะหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม ($M = 69.80, SD = 4.70$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 52.15, SD = 8.67$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -10.625, p < .01$) และในระยะหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางคลินิก ($M = 60.70, SD = 12.98$) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($M = 113.70, SD = 21.29$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 16.084, p < .01$)

ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่มของกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการทดลองพบว่า ในระยะหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การจำกัดน้ำดื่ม ($M = 56.35, SD = 4.88$) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($M = 59.40, SD = 6.09$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.420, p < .01$) และในระยะหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางคลินิก ($M = 67.45, SD = 11.86$) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($M = 106.15, SD = 25.26$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 16.084, p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุม ($n = 40$)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p-value</i>
	<i>(n = 20)</i>		<i>(n = 20)</i>				
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
กลุ่มทดลอง							
พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร	52.15	8.67	69.80	4.70	-10.625	19	< .01
อาการทางคลินิก	113.70	21.29	60.70	12.98	16.084	19	< .01
กลุ่มควบคุม							
พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร	59.40	6.09	56.35	4.88	4.420	19	< .01
อาการทางคลินิก	106.15	25.67	67.45	11.86	7.904	19	< .01

3.3. เปรียบเทียบความแตกต่างหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3.3.1. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่มของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม และค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อาการทางคลินิกของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในระยะหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม โดยใช้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดังกล่าวในระยะก่อนการทดลอง (Pretest) เป็นตัวแปรร่วม (Covariate) เนื่องจากการปฏิบัติพฤติกรรมเดิมดังกล่าวอาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม ผลการวิเคราะห์พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่มของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 160.15, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การจำกัดน้ำดื่ม ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน ในระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ($n = 40$)

ตัวแปร	SS	df	MS	F	p-value
Group	2177.07	1	2177.07	160.15	< .001
Pre-behavior (Covariate)	726.53	1	726.53	53.44	< .001
Error	502.97	37	13.59		
Total	7646.0	40			

*SS= Sum of Square, df= Degree of Freedom, MS = Mean Square

3.3.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อาการทางคลินิกของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อาการทางคลินิกของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในระยะหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม โดยใช้คะแนนเฉลี่ยอาการทางคลินิกดังกล่าวในระยะก่อนการทดลอง (Pretest) เป็นตัวแปรร่วม (Covariate) ผลการวิเคราะห์พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อาการทางคลินิกของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 8.41, p = .006$) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้อาการทางคลินิกของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในระยะหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 40$)

ตัวแปร	SS	df	MS	F	p-value
Group	826.17	1	826.177	8.41	.006
Pre-Signs (Covariate)	2246.29	1	2246.29	22.87	< .001
Error	3632.85	37	98.185		
Total	170559.0	40			

*SS= Sum of Square, df= Degree of Freedom, MS = Mean Square

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกินที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร สุ่มตัวอย่างแบบง่ายตามลำดับที่เข้าเก็บข้อมูล เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับอาหารและน้ำดื่ม กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของโรงพยาบาลเลิดสิน เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวครอบครัว แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม และแบบสอบถามการรับรู้อาการทางคลินิกของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติไคสแควร์ สถิติการทดสอบค่าที และสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมของ ANCOVA ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถสรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มทดลองจำนวน 20 รายส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 65 มีอายุระหว่าง 41-59 ปี ร้อยละ 40 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 75 การศึกษาในระดับปริญญาตรีและระดับมัธยมศึกษาในจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 35 ประกอบอาชีพแบบอิสระ ร้อยละ 40 รองลงมา คือทำงานประจำ ร้อยละ 35 มีรายได้ไม่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท และ 10,001-20,000 บาทต่อเดือน ในจำนวนเท่ากันร้อยละ 35 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร่วม 1 โรค ร้อยละ 40 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 55 และใน 1 ปีที่ผ่านมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 2 ครั้ง ร้อยละ 40 รองลงมาคือ 1 ครั้ง ร้อยละ 35

กลุ่มควบคุมจำนวน 20 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 40 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 20-40 ปี ร้อยละ 35 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 65 การศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 35 ทำงานประจำร้อยละ 45 รองลงมาคือไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 30 ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 50 มีโรคประจำตัวร่วม 1 โรค ร้อยละ 45 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะหัวใจล้มเหลวตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 60 และใน 1 ปีที่ผ่านมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 2 ครั้ง ร้อยละ 50

2. ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกินที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับอาหารและน้ำดื่ม หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่มสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกินที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับอาหารและน้ำดื่ม หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่มสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกินที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับอาหารและน้ำดื่ม หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อาการทางคลินิก น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกินที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับอาหารและน้ำดื่ม หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อาการทางคลินิก น้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยอภิปรายผล ดังนี้

1. ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกินที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับอาหารและน้ำดื่ม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 และข้อที่ 3

ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับอาหารและน้ำดื่มมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่มสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ดังนี้

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและสมาชิกในครอบครัวได้รับการเสริมสร้างการให้ความรู้และความเชื่อรายบุคคล การเตรียมความพร้อมเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองเรื่องการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม โดยจัดกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลวและการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมอาการจากภาวะน้ำเกินจากหัวใจล้มเหลว กระบวนการให้ความรู้ที่สอดคล้องกับบริบท ความต้องการ และปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวในแต่ละราย เกี่ยวกับ สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อนของภาวะหัวใจล้มเหลว การเลือกบริโภคอาหารที่มีรสชาติเค็มน้อย มีโซเดียมต่ำ การจำกัดน้ำดื่มในชีวิตประจำวัน และการสังเกตอาการทางคลินิก ซึ่งการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจน

การใช้ข้อมูลความรู้ความเชื่อเดิมและการปฏิบัติพื้นฐานของผู้ป่วย ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนแนวคิดทัศนคติ แลกเปลี่ยนความเชื่อ ของตนเองที่มีในการเจ็บป่วย การบอกเล่าถึงประสบการณ์เดิมของการเจ็บป่วยและการดูแลตนเอง ระบุข้อดีข้อเสียและอุปสรรคในการดูแลจัดการตนเองที่ผ่านมา ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงข้อดี ข้อเสียในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ รวมถึงทราบถึงอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม ความสำคัญของการเรียนรู้จากประสบการณ์เดิม ทำให้เกิดความเข้าใจมากขึ้น มีความมั่นใจในการปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sun et al. (2019) และ Dianati, Asmaround, Shafaghi, and Naghazadeh (2020) ที่พบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในรูปแบบรายบุคคล จะมีผลทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างเหมาะสม ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ (Tawabeh & Ahmad, 2014) และสอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจของ ปารีชาติ คงเสื่อ และคณะ (2557) ที่พบว่า การให้ความรู้สามารถเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองเรื่องพฤติกรรมรับประทานอาหารของผู้ป่วยได้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เมื่อตัวผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีความรู้เพียงพอเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของตนเองจะช่วยให้สามารถจัดการปัญหาที่มีการตัดสินใจในการดูแลตนเองที่ถูกต้องและส่งผลให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วยได้ ทราบจุดเด่นจุดด้อยของตนเองส่งผลให้มีการประเมินการจัดการดูแลตนเองที่ผ่านมาว่าจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้นได้ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมบริโภคอาหาร โดยเฉพาะอาหารรสเค็ม โดยหลีกเลี่ยงการเค็มเกลือ น้ำปลา เครื่องปรุงอาหาร และเลือกปรุงอาหารรับประทานเอง มีการจำกัดปริมาณมื้ออาหาร และจำกัดจำนวนครั้งในการเติมน้ำปลาในอาหาร จำกัดปริมาณน้ำดื่มในชีวิตประจำวัน โดยการหักลดปริมาณน้ำตามแผนการรักษาในแต่ละครั้งอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2-4 ครั้ง ซึ่งเป็นไปตามกระบวนการจัดการตนเองว่า บุคคลที่ตั้งเป้าหมายไว้สำหรับตนเองมีการคิดวิเคราะห์วางแผนและหาวิธีที่จะเกิดการปฏิบัติที่บรรลุเป้าหมาย รวมถึงการหาแหล่งสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเอง และเป็นผู้ควบคุมกระบวนการนั้นด้วยตนเอง (Ryan & Sawin, 2009)

การเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองของพฤติกรรมบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่มเป็นรายบุคคลร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจัดการตนเองจนกระทั่งผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำดื่มที่ดีขึ้น ส่งผลให้เกิดการลดปัจจัยที่จะเกิดอาการทางคลินิกที่กำเริบรุนแรง จากโปรแกรมการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้นมีความสอดคล้องกับแนวคิดของ Ryan and Sawin (2009) ที่กล่าวว่า การดูแลตนเองของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว โดยใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคม

ในการเพิ่มความสามารถ การเพิ่มระดับความรู้ ความเชื่อ ทักษะ และความสามารถในการควบคุมตนเอง (Self-regulation) เน้นบุคคลและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ในการจัดการภาวะสุขภาพเข้าเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิตประจำวัน การเน้นการฝึกทักษะในการจัดการตนเองเป็นกระบวนการที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกินและสมาชิกในครอบครัว ในการเลือกปฏิบัติ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยเฉพาะการลดอาหารรสเค็มและโซเดียม การจำกัดปริมาณน้ำดื่มในชีวิตประจำวัน และวิธีการสังเกตอาการทางคลินิก เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น การร่วมกันตั้งเป้าหมาย และวางแผนกิจกรรม (Shared-decision making) ในการลดอาหารเค็ม งดการดื่มเครื่องดื่ม การตวงปริมาณน้ำดื่มในแต่ละวัน และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนการให้ผู้ป่วยและครอบครัวบันทึกผลการปฏิบัติในสมุดบันทึก และเฝ้าระวังอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งกระบวนการดังกล่าวจะมีผลให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวรับรู้ได้ถึงความสามารถในการควบคุมตนเอง ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่มสูงกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของ สว่างจิต คงภิบาล และคณะ (2560) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่า เมื่อผู้ป่วยมีเป้าหมายในการจัดการตนเองมีการใช้ทักษะการจัดการตนเองโดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและควบคุมโรคอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนการติดตามผล ประเมินสภาพปัญหา อุปสรรค และมีการกระตุ้นเตือน ทำให้ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งผลดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Audthiya, Pothiban, Panutai, & Chintanawat (2021) ที่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการตนเองระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล การให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการตั้งเป้าหมาย วางแผนการปฏิบัติพฤติกรรม จะมีผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มมากขึ้น การกำหนดเป้าหมายและผลลัพธ์ที่คาดหวังในระยะเวลาสั้น ๆ และสามารถเห็นผลได้จริงจะเป็นการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยและครอบครัวในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง โดยส่วนใหญ่เลือกเป็นการควบคุมพฤติกรรมในการบริโภคอาหารและน้ำดื่ม และคล้อยกับการศึกษาของ พวงเพ็ชร สมทรัพย์สิน และชวนพิศ ทำนอง (2555) พบว่าการมีส่วนร่วมในการเลือกเป้าหมายด้วยตนเองจะทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในเป้าหมาย และสามารถนำความรู้และทักษะที่ตนเองมีไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติได้

การเอื้ออำนวยความสะดวกและการสนับสนุนทางสังคมของสมาชิกในครอบครัวมีความสำคัญในบทบาทการจัดการตนเองของผู้ป่วย มีอิทธิพลทางร่างกายและจิตใจ มีความผูกพันด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์กันตามบทบาทหน้าที่ และมีอิทธิพลในการตัดสินใจของผู้ป่วยในการจัดการตนเอง ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการมีคุณค่าในครอบครัว มีความภูมิใจที่สามารถปฏิบัติ

พฤติกรรมได้ถูกต้องและไม่เป็นภาระของครอบครัว มีการสนับสนุนทั้งทางกายและเสริมแรงทางจิตใจให้กำลังใจซึ่งกันและกัน (ณัฐรพี ใจงาม และคณะ, 2560) จะช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ รวมถึงการจัดการด้านอารมณ์ เช่น อารมณ์เครียด โกรธ ก้าวและซึมเศร้าซึ่งเป็นผลจากความเจ็บป่วย (อาภรณ์ ดินาน, 2563) นอกจากนี้การติดตามเยี่ยมทางแอปพลิเคชันกลุ่มไลน์ของแต่ละครอบครัว เป็นเวลา 5 สัปดาห์ของผู้วิจัย ช่วยกระตุ้นเตือนและสนับสนุนให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง ร่วมแก้ไขสาเหตุที่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ตามแผน จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม ช่วยให้สามารถจัดการปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ได้ดีขึ้นกว่าเดิมด้วยตนเอง และส่งผลให้อาการทางคลินิกของตนเองดีขึ้น (Seid et al., 2019) การนำแนวคิดการจัดการตนเองมาช่วยส่งเสริมการจัดการตนเองในการควบคุมพฤติกรรมกรบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่มของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน สมาชิกในครอบครัวร่วมปฏิบัติและให้กำลังใจจึงทำให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง เพราะต้องการมีอาการที่ดี และไม่ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งในอนาคต (Do, Young, Barnason, & Tran, 2015)

2. ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกินที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับอาหารและน้ำดื่ม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อาการทางคลินิกต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 และ ข้อที่ 4 ดังนี้

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกินที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับอาหารและน้ำดื่มที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ของ Ryan and Sawin (2009) โดยการเสริมสร้างความรู้ ความเชื่อที่เหมาะสม การเสริมสร้างทักษะ ตลอดจนการอำนวยความสะดวกทางสังคม ในการจัดการตนเองเพื่อลดและป้องกันการเกิดภาวะน้ำเกิน โดยเน้นพฤติกรรมกรบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม การประเมินและสังเกตอาการทางคลินิกของตนเองร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่มไปในทางที่ดีขึ้น มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่มสูงกว่าก่อนการทดลอง จึงส่งผลให้สามารถลดการเกิดภาวะน้ำเกิน และลดอาการทางคลินิกของภาวะหัวใจล้มเหลวได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Dianati et al. (2020) ที่พบว่า เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมกรจัดการตนเองเหมาะสมกับโรค ก็จะมีผลทำให้ลดอาการทางคลินิกลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของลดาวัลย์ ฤทธิกุล (2557) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อภาวะหายใจลำบาก การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบและคุณภาพชีวิต พบว่าหลังได้รับ โปรแกรมผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนน

อาการหายใจลำบาก พบว่ากลุ่มทดลองมีอาการหายใจลำบากต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชีรณัฐ ยินดีสุข, วริยา วชิราวัฒน์ และภาวนา กิรติยดวงศ์ (2554) ที่ศึกษาแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ พบว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกฯ ในการประเมินอาการน้ำเกินด้วยตนเองร่วมกับครอบครัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านแล้ว ทำให้สามารถควบคุมอาการ ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวลดลง และจำนวนครั้งของการกลับเข้ารับการรักษา ก่อนกำหนดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมจัดการ หรือการดูแลตนเองที่ดี จะสามารถควบคุมอาการกำเริบของโรคได้ดี (พรพรรณ เท็ดสุทธรณภูมิ, 2558; พรรัตน์กมล พลหาญ, ดวงรัตน์ วัฒนกิจ ไกรเลิศ และ คะเนิงนิจ พงศ์ถาวรกมล, 2562) มีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น และลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำได้ (ศิริวรรณ ชัยกิจอำนวย และจิราพรพรรณ อัมบุรี, 2558)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับอาหารและน้ำดื่มซึ่งพัฒนาขึ้นจาก Individual and Family Self-Management Theory (IFSMT) ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคล และครอบครัวของ Ryan and Sawin (2009) ที่เน้นการส่งเสริมความสามารถในการจัดการตนเอง เป็นรายบุคคล ผ่านกระบวนการเสริมสร้างความรู้ ความเชื่อ ทักษะในการควบคุมตนเอง และการอำนวยความสะดวกทางสังคม สามารถส่งผลต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่มดีขึ้น และลดการเกิดอาการทางคลินิกของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกินได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล บุคลากรทางด้านสุขภาพควรนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกินร่วมกับครอบครัว ไปศึกษาที่หอผู้ป่วยในอายุรกรรมในโรงพยาบาล โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการใช้ทักษะการเลือกบริโภคอาหาร และการจำกัดน้ำดื่ม รวมถึงทักษะการสังเกตอาการทางคลินิก เพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำเกิน และควบคุมอาการของโรคได้

2. ด้านบริหารการพยาบาล มีการเสนอต่อผู้บริหารเพื่อกำหนดนโยบายรูปแบบการพยาบาล เพื่อส่งเสริมทักษะความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและสมาชิกในครอบครัว

3. ด้านการศึกษาพยาบาล อาจารย์พยาบาลควรนำโปรแกรมการจัดการตนเอง ไปใช้ในการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาลที่กำลังศึกษาด้านการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน เพื่อให้ศึกษามีแนวทางในการวางแผนการพยาบาล การให้ความรู้ และการฝึก

ทักษะในเรื่องการบริโภคอาหาร การจำกัดน้ำดื่ม และการสังเกตอาการทางคลินิกของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำไปปรับแผนการจัดการตนเองเกี่ยวกับอาหารและน้ำดื่มนี้ไปศึกษาเพิ่มเติมโดยมีการติดตามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม เพื่อลดอาการทางคลินิก และลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี
2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรายใหม่ที่ยังไม่เคยได้รับความรู้เรื่องกรรมการบริโภคอาหาร และการจำกัดน้ำดื่ม
3. ควรมีการศึกษาการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองนี้ในโรงพยาบาลหลายแห่งเพื่อทดสอบความสามารถในการนำไปใช้ในสถานการณ์อื่นที่ใกล้เคียงกัน อย่างแพร่หลายได้ (Generalization)

ข้อจำกัดในการทำวิจัย

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดต่อสายพันธุ์โคโรนาไวรัส (COVID-19) และมาตรการการควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรค ทำให้เกิดข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กลง (จากจำนวน 30 ราย เป็น 20 รายต่อกลุ่ม) เนื่องจากจำนวนของผู้ป่วยที่มารับการรักษาลดน้อยลง และใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยยาวนานมากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความจำเป็นต้องลดขนาดกลุ่มตัวอย่างลงกว่าจากการกำหนดไว้ในเบื้องต้น อย่างไรก็ตามขนาดของกลุ่มตัวอย่างใหม่มีความเพียงพอและเหมาะสม
2. การดำเนินกิจกรรมตามแผน เนื่องจากนโยบายการงดเยี่ยมของครอบครัวและญาติจากสถานการณ์ดังกล่าวเบื้องต้น ดังนั้นในกระบวนการเสริมสร้างทักษะและความสามารถในการจัดการของสมาชิกครอบครัวจึงดำเนินการแยกต่างหากจากผู้ป่วย ในรูปแบบออนไลน์ ซึ่งมีผลกระทบในส่วนของอาหารหรือ การปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย สมาชิกครอบครัว และพยาบาลผู้ดำเนินโปรแกรม นอกจากนั้นในบางครอบครัว มีข้อจำกัดในการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารด้วยแอปพลิเคชันไลน์ดังกล่าว

บรรณานุกรม

- กาญจนา ล้อมงคล และวาสนา รวยสูงเนิน. (2560). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจำกัดเกลือในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 35(2), 98-110.
- จริยา บุญภัทรรักษา. (2560). การลดการบริโภคโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. *Thai JPEN วารสารโภชนบำบัด*, 25(1), 12-17.
- จอม สุวรรณ โฉ, เรวดี เพชรศิราสังข์, ปุณยวีร์ ประเสริฐไทย, อรุณศรี จันทร์ และประดิษฐ์ วงรัตน์ไสสุข. (2551). การดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 23(1), 35-47.
- จันทร์จิรา เกียรติสีสกุล และคณะ. (2551). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนให้ความรู้ต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง และระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 19(2), 23-39.
- จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ. (2561). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(2), 319-327.
- จิราภรณ์ มีชูสิน, อภรณ์ ดินาน และศิริวัลห์ วัฒนสินธุ์. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 18(2), 19-33.
- จิราวรรณ กุมขุนทด, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และคณิงนิจ พงศ์ถาวรกมล. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมจำกัดเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารนราธิวาสราชนครินทร์*, 6(3), 49-60.
- จุฬาลักษณ์ บาร์มี. (2551). สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพ และการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS. ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์.
- ชดช้อย วัฒนะ. (2558). การสนับสนุนการจัดการตนเอง: กลยุทธ์ในการส่งเสริมการควบคุมโรค. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*, 26(1), 117-127.
- จิตติมา ทาสวรรณอินทร์, ลินจง โปธิบาล และทศพร คำผลศิริ. (2562). ผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อคุณภาพชีวิตและอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่ภาวะหัวใจล้มเหลว. *พยาบาลสาร*, 46(4), 108-121.
- ณัฐรพี ใจงาม, อรณัฐ ชูศรี, รุ่งนภา ป็องเกียรติชัย และรังสรรค์ มาระเพ็ญ. (2560). แนวคิดการจัดการภาวะสุขภาพของบุคคลและครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 27(3), 1-9.

- ชนัยรัตน์ รุ่งพราย และทัศนาศู วุฒวรรณะปกรณ. (2561). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคล และครอบครัวต่อภาวะน้ำเกินในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 30(1), 96-107.
- ชนาพร คุ่มสว่าง. (2563). การจัดการภาวะน้ำเกินและการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล*, 30(3), 213-226.
- ธีรนุช ยินดีสุข, วริยา วชิราวัจน์ และภาวนา กิริติยุตวงศ์. (2554). แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(4), 70-81.
- นนทกร คำนงค์, อารณ ดีนาน และวัลภา คุณทรงเกียรติ. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 31(3), 74-85.
- นรลักษณ์ เอื้อกิจ และพัชรวรรณ ศรีคง. (2556). ภาวะหัวใจวาย: การพยาบาลและคำแนะนำ. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 27(1), 131-143.
- นารี อินทรศักดิ์, ทิพมาส ชินวงศ์ และจารุวรรณ กฤตย์ประชา. (2558). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและอาการทางคลินิกในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 35(ฉบับพิเศษ), 131-142.
- ประทุม สร้อยวงศ์. (2560). *การพยาบาลอายุรศาสตร์*. เชียงใหม่: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปาริชาติ คงเสื่อ, ปชานันท์ ตันติโกสม และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2557). ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารเกื้อการุณย์*, 21(ฉบับพิเศษ), 168-185.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2556). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด* (พิมพ์ครั้งที่ 10). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- พรพรรณ เทอดสุทธิธณภูมิ. (2558). ผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 26(1), 2-14.
- พรรัตติกาล พลหาญ, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, และคะเนิงนิจ พงศ์ถาวรภม. (2562). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และทักษะการใช้ยาชุดโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อการควบคุมอาการในผู้ป่วยโรคหอบหืด. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(3), 93-103.

- พรสวรรค์ กิดคำ, สุदारัตน์ สิทธิสมบัติ และจินดารัตน์ ชัยอาจ. (2560). วิธีการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว: การทบทวนอย่างเป็นระบบ. *พยาบาลสาร*, 44(4), 71-80.
- พลอยไพลิน เอื้ออารีย์กุล และณิตชาธร ภาโนมัย. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศูนย์สกลนคร จังหวัดสกลนคร. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 12(3), 40-51.
- พวงเพ็ชร สมทรัพย์สิน และชวนพิศ ทำนอง. (2555). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม การจัดการตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 30(4), 88-95.
- รพีพรรณ เนาว่าประดิษฐ์, สุภาภรณ์ ดั่งแพง และวัลภา คุณทรงเกียรติ. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารวิทยาลัยพยาบาล พระปกเกล้า จันทบุรี*, 30(1), 27-39.
- รพีพรรณ อภิรมรัตน์. (2560). การส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาล โรคหัวใจและทรวงอก*, 28(2), 2-15.
- รุจิรา สัมมะสุต. (2552). *หลักการปฏิบัติด้าน โภชนบำบัด*. ปราจีนบุรี: สุพัทธการพิมพ์.
- วรัญญา เกษไชย. (2558). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำและโซเดียมในร่างกาย ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับการรักษาไม่ต่อเนื่อง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วรุณ เพ็ชรรัตน์, รัชนี นามจันทร์, วารินทร์ บินโฮเซ็น และพรวิรี ประภักษ์ขาม. (2560). ผลของ โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ. *วารสารพยาบาล โรคหัวใจและทรวงอก*, 25(2), 38-51.
- วันทนี เกียรติสินยศ. (2555). *ลดโซเดียม ยึดชีวิต*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระราชูปถัมภ์.
- วิกานดา ศรีภูมิพฤษย์, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และวิชชุดา เจริญกิจการ. (2559). อิทธิพลของอาการ เหนื่อยล้า ความแตกฉานด้านสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า และการใช้ยาหลายขนานต่อพฤติกรรม เสี่ยงของการเกิดปัญหาในการใช้ยาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 34(1), 83-93.
- ไวพร พรมงศ์ และจรรยาศรี มีหนองหว้า. (2562). การจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะ หัวใจล้มเหลว. *วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง*, 63(4), 297-304.

ลดวาล์ว ฤทธิกล้า. (2557). ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อภาวะหายใจลำบาก การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจ ล้มเหลว. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 14(2), 181-190.

ศรีสกุล จิรกาญจนกร, วิลาวัณย์ ธิรภัทรพงศ์, อัจจิมา สระภักดี, วรวิมล เชิดชูจิต, อุษณีย์ เพียรภัทร พงศ์, วิภา ธรรมทินโน, และคณะ. (2561). *คู่มือสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พิมพ์ ครั้งที่ 1*. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศิริวรรณ ชัยกิจอำนวยโชค และจิราพรรณ อันบุรี. (2559). การพัฒนาโปรแกรมการดูแลตามระยะ เปลี่ยนผ่านผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโรงพยาบาลกำแพงเพชร. *วารสารสภาการพยาบาล*, 30(4), 45-56.

สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. (2550). Heart failure. ใน ชูษณา สวนกระต่าย และกมล แก้วกิติณรงค์ (บรรณาธิการ). *A Practical Approach in Internal Medicine* (หน้า 1-17). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. (2552). หัวใจล้มเหลว ใน วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ) *ตำราอายุรศาสตร์ 4* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โครงการตำราจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ภาควิชาอายุรศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมฤดี ดินวนพะเนา, วัลภา คุณทรงเกียรติ, และสุภาภรณ์ ค้วงแพง. (2557). ประสิทธิภาพของ สมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 22(2), 52-64.

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการ วินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: เอพลัส พรีเมียม. หน้า 7-62.

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์และชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะ หัวใจล้มเหลว พ.ศ. 2562*. กรุงเทพฯ: เนคสเทป ดีไซน์.

สว่างจิต คงภินาล, นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ, และปชาณัฐ์ ตันติโกสุม. (2560). ผลของโปรแกรมการจัดการ ตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาล โรคหัวใจและทรวงอก*, 28(2), 88-95.

- สุชาดา คงหาญ และทัศนีย์ ชูวรรณะปกรณ์. (2557). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการออกกำลังกาย ก้ำลัง กายแบบรำไม้พลองต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ โรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 28(4), 943-951.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2541). *หลักสำคัญทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรัชย์ กอบเกื้อชัยพงษ์. (2556). การศึกษาหาปัจจัยของการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวหลังจากออกจากโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ในโรงพยาบาลสระบุรี. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 30(1), 35-46.
- หน่วยเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลเลิดสิน. (2562). *รายงานสถิติประจำปีโรงพยาบาลเลิดสิน*. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลเลิดสิน.
- อรรวรรณ ประภาศิลป์. (2556). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองภาวะอ้วนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดและการหายจากภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม. *พยาบาลสาร*, 40(1), 35-48.
- อัญชรา บุญมีศรีทรัพย์, อภรณ์ ดินาน, และกนกนุช ชื่นเลิศสกุล. (2552). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 17(3), 41-53.
- อภรณ์ ดินาน. (2563). *โรคหลอดเลือดหัวใจ: การส่งเสริมการจัดการตนเองและคุณภาพชีวิต* *Coronary Artery Disease: Promoting Self-Management & Quality of Life*. ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์.
- เอกวีร์ ศรีปริวุฒ, อภิรัตน์ หวังธีระประเสริฐ, วิทวัส จิตต์ผิงาม, และสุชาทิพย์ พงษ์เจริญ. (2559). *โรคเรื้อรังที่พบบ่อยทางอายุรศาสตร์: แนวทางการวินิจฉัยและการดูแลรักษา*. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์.
- Abbasi, A., Ghezjeljeh, T. N., & Farahani, M. A. (2018). Effect of the self-management education program on the quality of life in people with chronic heart failure: A randomized controlled trial. *Electronic Physician*, 10(7), 7028.

- Abbasi, A., Najafi, G. T., Ashghali, F. M., & Naderi, N. (2018). Effects of the self-management education program using the multi-method approach and multimedia on the quality of life of patients with chronic heart failure: A non-randomized controlled clinical trial. *Contemporary Nurse*, *54*(4-5), 409-420. doi:10.1080/10376178.2018.1538705
- Aghamohammadi, T., Khaleghipour, M., Shahboulaghi, F. M., & Maddah, B. S. (2019). Effect of self-management program on health status of elderly patients with heart failure: a single-blind, randomized clinical trial. *Journal Acute Disease*, *8*(5), 179-184.
- Albert, N., Trochelman, K., Li, J., & Lin, S. (2009). Signs and symptoms of heart failure: Are you asking the right questions? *American Journal of Critical Care*, *19*(5), 443-452. doi:10.4037/ajcc2009314
- American Heart Association [AHA]. (2016). *Heart disease and stroke statistic 2016 update*. Retrieved from <http://www.nonocortx.com/Article/HeartDiseaseStrokeStatistic>
- American Heart Association. (2020). *Healthcare provider: Heart failure patient about heart failure*. Retrieved 19 January 2022, from https://www.heart.org/-/media/data-import/downloadables/4/1/a/rahf-toolkit-checklists-ucm_492542.pdf.
- Audthiya, P., Pothiban, L., Panuthai, S., & Chintanawat, R. (2021). Enhancing Autonomy and Self-Management Behaviors Through a Patient-Centered Communication Program for Older Adults with Hypertension: A Randomized Controlled Trial. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, *25*(4), 525-538.
- Benjamin, E. J., Muntner, P., Alonso, A., Bittencourt, M. S., & Sampson, U. K. A. (2019). Heart Disease and Stroke Statistics-2019 Update: A report from the American heart association. *Circulation*, *139*, 00-00. doi: 10.1161/CIR.0000000000000659
- Bragazzi, N. L., Zhong, W., Shu, J., Abu Much, A., Lotan, D., Grupper, A., & Dai, H. (2021). Burden of heart failure and underlying causes in 195 countries and territories from 1990 to 2017. *European Journal of Preventive Cardiology*. zwaa147 doi: 10.1093/eurjpc/zwaa147
- Burke, K. M., Mohn-Brown, E. L., & Eby, L. (2011). Caring for clients with cardiac disorders. In *Medical-Surgical Nursing Care* (3rd ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Butler, J. (2012). An overview of chronic heart failure management. *Nursing Times*, *108*(14/15), 15-20.

- Cohen, J. (1988). Set Correlation and Contingency Tables. *Applied Psychological Measurement*, 12(4), 425–434. doi:10.1177/014662168801200410
- Cook, J., & Horrocks, S. (2015). Evaluation of a heart failure self-management programme. *British Journal of Cardiac Nursing*, 10(12), 603-608. doi:10.12968/bjca.2015.10.12.603
- Dianati, M., Asmaroud, S. R., Shafaghi, S., & Naghashzadeh, F. (2020). Effects of an Empowerment Program on Self-Care Behaviors and Readmission of Patients with Heart Failure: a Randomized Clinical Trial. *Tanaffos*, 19(4), 312.
- Do, V., Young, L., Barnason, S., & Tran, H. (2015). Relationships between activation level, knowledge, self-efficacy, and self-management behavior in heart failure patients discharged from rural hospitals. *F1000Research*, 4(150), 150.
- Doukky, R., Avery, E., Mangla, A., Collado, F. M., Ibrahim, Z., Poulin, M. F., & Powell, L. H. (2016). Impact of dietary sodium restriction on heart failure outcomes. *Journal of the American College of Cardiology (JACC): Heart Failure*, 4(1), 24-35.
- Faul, F. (2020). G*Power version 3.1.9.6. Retrieved from <http://www.psychologie.hhu.de/arbeitsgruppen/allgemeine-psychologieundarbeitspsychologie/gpower.htm>
- Ghaffar, U., & Easom, A.K. (2015). A quality improvement project: Strategies to reduce intradialytic hypotension in hemodialysis patients. *Nephrol News Issues*, 29(5), 30-34.
- James, L., Januzzi, Jr, & Mann, D. L. (2015). *Clinical Assessment of Heart Failure, Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine* (10th ed.). New York: Elsevier.
- Jonkman, N. H., Westland, H., Groenwold, R. H., Agren, S., Anguita, M., Blue, L., & Hoes, A. W. (2016). What are effective program characteristics of self-management interventions in patients with heart failure? An individual patient data meta-analysis. *Journal of Cardiac Failure*, 22(11), 861-871.
- Kannan, S. (2016). Social Support for the End-Stage Renal Disease (ESRD) Patients. *The Social Sciences*, 11(3), 264-270.
- Kara, B. (2014). Health beliefs related to salt-restricted diet in patients on hemodialysis: Psychometric evaluation of the Turkish version of the beliefs about dietary compliance scale. *Journal of Transcultural Nursing*, 25(3), 256-264.

- Ketterer, M. W., Draus, C., McCord, J., Mossallam, U., & Hudson, M. (2014). Behavioral factors and hospital admissions/readmissions in patients with CHF. *Psychosomatics*, *55*(1), 45-50.
- Lee, C. S., Bidwell, J. T., Paturzo, M., Alvaro, R., Cocchieri, A., Jaarsma, T., & Vellone, E. (2018). Patterns of self-care and clinical events in a cohort of adults with heart failure: 1 year follow-up. *Heart & Lung*, *47*(1), 40-46.
- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, *26*(1), 1-7.
- Maharak, C. (2019). Outcomes of patients admitted with Heart failure at Phang Nga Hospita (in Thai). *Region 11 Medical Journal*, *33*(2), 311-326.
- Miller, W. L. (2016). Fluid volume overload and congestion in heart failure. *Circulation: Heart Failure*, *9*(8), e002922. doi:10.1161/circheartfailure.115.002922
- New York Heart Association [NYHA]. (2009). *Congestive Heart Failure Assessment Tools: New York Heart Association Functional Classification*. New York: Little Brown and Company.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (9th ed.). Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Ponikowski, P., Voors, A. A., Anker, S. D., Bueno, H., Cleland, J. G. F., Coats, A. J. S., & Van Der Meer, P. (2016). 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*, *37*(27), 2129-2200. doi:10.1093/eurheartj/ehw128
- Rajadurai, J., Tse, H.-F., Wang, C.-H., Yang, N.-I., Zhou, J., & Sim, D. (2017). Understanding the Epidemiology of Heart Failure to Improve Management Practices: An Asia-Pacific Perspective. *Journal of Cardiac Failure*, *23*(4), 327-339. doi:10.1016/j.cardfail.2017.01.004
- Reyes, E. B., Ha, J. W., Firdaus, I., Ghazi, A. M., Phrommintikul, A., Sim, D., ... & Cowie, M. R. (2016). Heart failure across Asia: same healthcare burden but differences in organization of care. *International Journal of Cardiology*, *223*, 163-167.

- Ronco, C., Kaushik, M., Valle, R., Aspromonte, N., & Peacock IV, W. F. (2012). Diagnosis and management of fluid overload in heart failure and cardio-renal syndrome: the “5B” approach. *In Seminars in nephrology*, 32(1), 129-141.
- Ryan, P., & Sawin, K. J. (2009). The Individual and Family Self-Management Theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nursing Outlook*, 57(4), 217–225.e6. doi:10.1016/j.outlook.2008.10.004
- Ryan, P. A., & Sawin, K. J. (2014). *Individual and Family Self-Management Theory (Revised Figure)*. Retrieved from <http://www4.uwm.edu/nursing/about/centers-institutes/self-management/theory.cfm>
- Seid, M. A., Abdela, O. A., & Zeleke, E. G. (2019). Adherence to self-care recommendations and associated factors among adult heart failure patients. From the patients’ point of view. *The Public Library of Science*, 14(2), e0211768.
- Shahrbabaki, P. M., Nouhi, E., Kazemi, M., & Ahmadi, F. (2016). Defective support network: A major obstacle to coping for patients with heart failure: a qualitative study. *Global Health Action*, 9(1), 30767. doi:10.3402/gha.v9.30767
- Somsiri, V., Asdornwised, U., O’Connor, M., Suwanugsorn, S., & Chansatitporn, N. (2021). Effects of a transitional telehealth program on functional status, rehospitalization, and satisfaction with care in Thai patients with heart failure. *Home Health Care Management & Practice*, 33(2), 72-80.
- Sun, J., Zhang, Z. W., Ma, Y. X., Liu, W., & Wang, C. Y. (2019). Application of self-care based on full-course individualized health education in patients with chronic heart failure and its influencing factors. *World Journal of Clinical Cases*, 7(16), 2165. doi:10.12998/wjcc.v7.i16.2165
- Suwankruhasn, N., Pothiban, L., Panuthai, S., & Boonchuang, P. (2013). Effects of a self-management support program for Thai people diagnosed with metabolic syndrome. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 17(4), 371-383.

- Tankumpuan, T., Asano, R., Koirala, B., Dennison-Himmelfarb, C., Sindhu, S., & Davidson, P. M. (2019). Heart failure and social determinants of health in Thailand: An integrative review. *Heliyon*, 5(5), e01658.
- Tawalbeh, L. I., & Ahmad, M. M. (2014). The effect of cardiac education on knowledge and adherence to healthy lifestyle. *Clinical Nursing Research*, 23(3), 245-258.
- Tawalbeh, L. I., Al Qadire, M., Ahmad, M. M., Aloush, S., Abu Sumaqa, Y., & Halabi, M. (2017). Knowledge and self-care behaviors among patients with heart failure in Jordan. *Research in Nursing & Health*, 40(4), 350-359. doi:10.1002/nur.21805
- Thibodeau, J. T., & Drazner, M. H. (2018). The Role of the Clinical Examination in Patients With Heart Failure. *Journal of the American College of Cardiology (JACC): Heart Failure*, 6(7), 543–551. doi:10.1016/j.jchf.2018.04.005
- Turner, N. N., Norbert, L., David, J. G., Christopher, G. W., Jonathan, H., & Giuseppe, R. (2016). *Oxford Textbook of Clinical Nephrology* (4th ed.). United Kingdom: Oxford University Press.
- Tawalbeh, L. I., Al-Smadi, A. M., AlBashtawy, M., AlJezawi, M., Jarrah, M., Musa, A. S., & Aloush, S. (2020). The most and the least performed self-care behaviors among patients with heart failure in Jordan. *Clinical Nursing Research*, 29(2), 108-116.
- White, M. F., Kirschner, J., & Hamilton, M. A. (2014). Self-care guide for the heart failure patient. *Circulation*, 129(3), 293-294.
- Yancy, C. W., Jessup, M., Bozkurt, B., Butler, J., Casey, D. E., Colvin, M. M., & Westlake, C. (2017). 2017 ACC/ AHA/ HFSA focused update of the 2013 ACCF/ AHA guideline for the management of heart failure: A report of the American College of Cardiology Foundation/American heart association task force on clinical practice guidelines and the heart failure society of America. *Circulation*, 136(6), e137-e161. doi:10.1161/cir.0000000000000509
- Yingchoncharoen, T., Wu, T. C., Choi, D. J., Ong, T. K., Liew, H. B., & Cho, M. C. (2021). Economic burden of heart failure in Asian countries with different healthcare systems. *Korean Circulation Journal*, 51(8), 681.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดการกลุ่มตัวอย่าง

การประเมินภาวะสมองเสื่อม

โดยแบบประเมินสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test: CMT)

คำถาม	บันทึกคำตอบ	คะแนน	คำตอบ/เกณฑ์ให้คะแนน
1. ปีนี้คุณอายุเท่าไร			ถูก =1, ผิด = 0
2. ขณะนี้กี่โมง			ถูก =1, ผิด = 0 อาจคลาดเคลื่อนได้ 1 วัน
3. ผู้ประเมินพูดว่า “ร่ม, กระทะ, ประตู” ให้ฟังซ้ำ ๆ ซักๆ 2 ครั้ง แล้วบอกให้ผู้ถูกทดสอบทวนชื่อทั้งสามดังกล่าวทันที			-ไม่ถูก = 0 คะแนน -ถูก 1 ชื่อ = 1 คะแนน -ถูก 2 ชื่อ = 2 คะแนน -ถูก 3 ชื่อ = 3 คะแนน
4. เดือนนี้เดือนอะไร			ถูก =1, ผิด = 0 (อาจตอบเป็นเดือนไทยหรือเดือนสากลก็ได้)
5. คนนี้เป็นใคร			-ไม่ถูก = 0 คะแนน -ถูก 1 ชื่อ = 1 คะแนน -ถูก 2 ชื่อ = 2 คะแนน (ให้ถามถึงบุคคล 2 คน เช่น แพทย์, พยาบาล หรือบุคคลใกล้เคียง)
6. ข้าว 1 ถังมีกี่ลิตร/กิโลกรัม			20 ลิตร/15กิโลกรัม -ไม่ถูก = 0 คะแนน -ถูก 1 หน่วย = 1 คะแนน -ถูก 2 หน่วย = 2 คะแนน
7. ให้ผู้ถูกทดสอบทำตามคำสั่งที่บอกต่อไปนี้ “ให้ตบมือสามทีแล้วถอดดอก”			ผู้ถูกทดสอบ : ตบมือ 3 ครั้งแล้วใช้มือถอดดอกตนเอง ให้ 1 คะแนน ถ้าทำครบทุกขั้นตอน

คำถาม	บันทึกคำตอบ	คะแนน	คำตอบ/เกณฑ์ให้คะแนน
8. จงบอกความหมายของ สุภาษิตต่อไปนี้ “หนีเสือปะจระเข้”			<p>ถูก =1, ผิด = 0</p> <p>ตัวอย่างคำตอบที่ถูกต้อง</p> <ol style="list-style-type: none"> หนีจากสิ่งที่ไม่ดีไปพบสิ่งที่ไม่ดีอีก หนีจากสถานการณ์หรือบุคคลอันตรายไปพบสถานการณ์หรือบุคคลที่เป็นอันตรายอีก หนีจากสิ่งที่เลวร้ายไปพบสิ่งที่เลวร้ายกว่าเดิม
9. บอกผู้ถูกทดสอบว่า จงฟังประโยคต่อไปนี้ให้ดี เมื่อฟังจบแล้วให้พูดตามที่ “ฉันชอบดอกไม้ เสียงเพลง แต่ไม่ชอบหมา”			<p>- 0 คะแนน ถ้าพูดผิดแม้แต่หนึ่งคำ</p> <p>- ให้ 1 คะแนน ถ้าพูดได้ถูกต้อง ตามลำดับทั้งประโยค</p>
10. ถามผู้ถูกทดสอบว่า “ถ้า ลืมกุญแจบ้านจะทำอย่างไร”			<p>- ให้ 1 คะแนน</p> <p>ถ้าคำตอบมีเหตุผลเหมาะสม โดยที่คำตอบนั้น แสดงถึงความพยายามที่จะแก้ไขปัญหาด้วยความเป็นไปได้ และไม่ก่อให้เกิดความเสียหาย</p> <p>ตัวอย่างคำตอบที่ได้คะแนน</p> <ol style="list-style-type: none"> ทดลองนำกุญแจอันอื่นหรือวัสดุที่ใช้แทนได้ที่มี อยู่ในบริเวณใกล้เคียงมาลองไขกุญแจ ตามช่างทำกุญแจ (ถ้าอยู่ไม่ไกลนัก) ไปขอกุญแจที่ผู้อื่นมีเก็บไว้ (เช่น ญาติ) ในกรณีที่ อยู่ไม่ไกลจากบ้าน หาทางเข้าบ้าน (ถ้าสามารถทำได้)หรือขอความช่วยเหลือจากผู้อยู่ใกล้เคียง <p>-ให้ 0 คะแนน ถ้าคำตอบไม่มีเหตุผลเหมาะสม</p>

คำถาม	บันทึกคำตอบ	คะแนน	คำตอบ/เกณฑ์ให้คะแนน
			ตัวอย่างคำตอบที่ไม่ได้คะแนน 1. ไม่รู้จะทำอย่างไร นั่งรอนกว่าจะมีคนอื่นกลับมา 2. พังประตูเข้าไป 3. ไปเอากุญแจที่บุคคลอื่นในบ้านเก็บไว้แต่ไกลมาก เช่น อยู่ต่างจังหวัดหรือใช้เวลาเดินทางนานมาก
11. บอกให้ผู้ทดสอบนับเลขจาก “ 1- 20 ”			10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 - 0 คะแนน ถ้านับผิดแม้แต่จำนวนเดียว - 1 คะแนน ถ้าสามารถนับได้ถูกต้องตามลำดับทั้งหมด
12. ชี้ไปที่ <u>นาฬิกา</u> แล้วถามว่าคืออะไร / เรียกว่าอะไร ชี้ไปที่ <u>ปากกา</u> แล้วถามว่าคืออะไร/เรียกว่าอะไร			- ไม่ถูก = 0 คะแนน - ถูก 1 ชื่อ = 1 คะแนน - ถูก 2 ชื่อ = 2 คะแนน
13. บอกให้ผู้ถูกทดสอบลบเลขทีละ 3 จาก 20 ทั้งหมด 3 ครั้ง - $20-3 = a$ - $17-3 = b$ - $14-3 = c$			- ให้คิดในใจ $a = 17, b = 14, c = 11$ - ให้คะแนนตามจำนวนเลขที่ลบได้ถูกต้อง $0 =$ ไม่ถูกแม้แต่ครั้งเดียว $1 =$ ถูก 1 จำนวน $2 =$ ถูก 2 จำนวน $3 =$ ถูก 3 จำนวน
รวมคะแนนทั้งหมด (ต่ำสุด = 0 คะแนน สูงสุด = 19 คะแนน)			
เปรียบเทียบกับเกณฑ์ ≤ 15 คะแนน หรือ ต่ำกว่า น่าจะมีความผิดปกติของ Cognitive function ≥ 16 คะแนน หรือ มากกว่า Cognitive function ปกติ			



ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในวงเล็บหน้าข้อความหรือเติมข้อความในช่องว่างที่ตรงกับข้อมูลของท่านมากที่สุด

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุปี
3. ศาสนา
() พุทธ () คริสต์ () อิสลาม () อื่น ๆ ระบุ.....
4. สถานภาพสมรส
() โสด () สมรส () หย่าร้าง/หม้าย
5. ระดับการศึกษา
() ไม่ได้รับการศึกษา () ประถมศึกษา
() มัธยมศึกษา () ประกาศนียบัตรวิชาชีพหรืออนุปริญญา
()ปริญญาตรี () ปริญญาโทหรือสูงกว่า
() อื่น ๆ โปรดระบุ.....
6. อาชีพ
() เกษตรกรรม (ทำสวน/ ทำไร่/ ทำนา) () ทำงานบ้าน(พ่อบ้าน/ แม่บ้าน)
() รับจ้าง (ขับรถ/ ทำงานโรงงาน) () รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ
() ค้าขาย () ไม่ได้ประกอบอาชีพ
() ทำธุรกิจส่วนตัว () อื่น ๆ ระบุ.....
7. รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วยต่อเดือน.....บาท

รหัส.....

8. โรคประจำตัวร่วม

- () ความดันโลหิตสูง () เบาหวาน () ไขมันในเลือดสูง
 () อื่น ๆ ระบุ.....

9. สิทธิการรักษา

- () ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)
 () ประกันสังคม
 ()สวัสดิการข้าราชการ
 () จ่ายเงินเอง
 () ประกันชีวิต

10. กลุ่มยาที่ได้รับการรักษาในปัจจุบัน

- () 10.1 ยาเพิ่มประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ
 () 10.2 ยาควบคุมจังหวะการเต้นของหัวใจ
 () 10.3 ยาขับปัสสาวะ
 () 10.4 ยาลดความดันโลหิต
 () 10.5 ยาต้านการแข็งตัวของเลือด
 () 10.6 ยาต้านการจับหน้ำอก
 () 10.7 ยาลดระดับไขมันในหลอดเลือด
 () 10.8 ยาอื่น ๆ ระบุ.....

11. ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว.....ปี.....เดือน

12. จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว.....ครั้ง

รหัส.....

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลักที่เป็นสมาชิกในครอบครัว

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในวงเล็บหน้าข้อความหรือเติมข้อความในช่องว่างที่ตรงกับข้อมูลของท่านมากที่สุด

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุปี
3. ศาสนา
() พุทธ () คริสต์ () อิสลาม () อื่น ๆ ระบุ.....
4. สถานภาพสมรส
() โสด () สมรส () หย่าร้าง/หม้าย
5. ระดับการศึกษา
() ไม่ได้รับการศึกษา () ประถมศึกษา
() มัธยมศึกษา () ประกาศนียบัตรวิชาชีพหรืออนุปริญญา
()ปริญญาตรี () ปริญญาโทหรือสูงกว่า
() อื่น ๆ ระบุ.....
6. อาชีพ
() เกษตรกรรม (ทำสวน/ทำไร่/ทำนา) () ทำงานบ้าน(พ่อบ้าน/แม่บ้าน)
() รับจ้าง (ขับรถ/ทำงานโรงงาน) () รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
() ค้าขาย () ไม่ได้ประกอบอาชีพ
() ทำธุรกิจส่วนตัว () อื่น ๆ ระบุ.....
7. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน.....บาท
8. โรคประจำตัว.....
9. ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว.....ปี.....เดือน

รหัส.....

แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร และการจำกัดน้ำดื่ม

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดเพียงข้อเดียว โดยคำตอบที่ให้ความหมายดังนี้

ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ เลย ในระยะเวลาหนึ่งเดือน
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ นาน ๆ ครั้งหรือ 1-2 ครั้งต่อเดือน
ปฏิบัติบ่อย	หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ เป็นบางครั้ง 1-2 วัน ต่อสัปดาห์
ปฏิบัติประจำ	หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ เป็นส่วนใหญ่ 3-6 วัน ต่อสัปดาห์
ปฏิบัติทุกวัน	หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นประจำวันสม่ำเสมอทุกวัน

ข้อคำถาม	ไม่เคยปฏิบัติ	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัติบ่อย	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติทุกวัน
1) รับประทานอาหารมากกว่า วันละ 3 มื้อ					
2) ดื่มน้ำปลาหรือเครื่องหุรส					
3) รับประทานอาหารที่มีรสจัด					
4)					
5)					
6) รับประทานอาหารที่ปรุงขายสำเร็จรูป					
7)					
8)					
9)					
10)					
11)					
12) รับประทานผัก ผลไม้ ทุกมื้อ					
13) รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น แกงกะทิ ข้าวขาหมู					
14) รับประทานปลาหมึก หอย ปู กุ้ง					
15) ดื่มน้ำชา กาแฟ					
16)					

ข้อความ	ไม่เคยปฏิบัติ	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัติบ่อย	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติทุกวัน
17)					
18) มีการจำกัดน้ำดื่มและเครื่องดื่มตามแพทย์กำหนด หรือตามน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น					
19) มีการหักลดปริมาณน้ำดื่มที่กำหนดไว้ ถ้าได้รับน้ำจากอาหารหรือเครื่องดื่มอื่น ๆ					

รหัส.....

แบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการทางคลินิกของภาวะหัวใจล้มเหลว

คำชี้แจง โปรดพิจารณาว่าระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยของท่านว่าในข้อความในแต่ละข้อ ตรงกับการเปลี่ยนแปลง หรือ อาการในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วทำเครื่องหมายวงกลม O ลงใน ช่องซึ่งท่านคิดว่าตรงกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับท่านจากไม่มีความรุนแรง (0) ไปสู่มีความรุนแรงมาก (10)

ข้อคำถาม										
1. ท่านมีอาการหายใจสั้นขึ้น หายใจไม่ทันขณะพักบ่อยครั้ง										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่รุนแรง					รุนแรงมาก					
2.										
3.										
4.										
5. ท่านมีอาการเหนื่อยหอบและมีอาการไอร่วมด้วย										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่รุนแรง					รุนแรงมาก					
6. ท่านรู้สึกเหนื่อยเมื่ออยู่เฉย ๆ เช่น นั่งเล่น / อ่านหนังสือ / ดูโทรทัศน์										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่รุนแรง					รุนแรงมาก					
7. ท่านมีอาการเหนื่อยเมื่อล้างจาน										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่รุนแรง					รุนแรงมาก					
8. ท่านมีอาการเหนื่อยขณะรับประทานอาหารเช้า / อาบน้ำ / แปรงฟัน										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่รุนแรง					รุนแรงมาก					
9. ท่านมีอาการเหนื่อยเมื่อกวาดบ้าน/ กวาดหยากไย่										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่รุนแรง					รุนแรงมาก					

ข้อคำถาม										
10. ท่านมีอาการเหนื่อยเมื่อถูบ้าน / ตากผ้า										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่รุนแรง					รุนแรงมาก					
11. ท่านมีอาการเหนื่อยเมื่อยอกของหนักประมาณ 9 -20 กิโลกรัมหรืออุ้มเด็ก อายุ 2 -3 ขวบ										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่รุนแรง					รุนแรงมาก					
12. ท่านมีอาการเหนื่อยเมื่อเดินขึ้นบันได มากกว่า 10 ขั้น										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่รุนแรง					รุนแรงมาก					
13) ท่านมีอาการเหนื่อยเมื่อออกแรงยกกล่องใส่หนังสือที่มีน้ำหนักประมาณ 29.5 -38.5 กิโลกรัม										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่รุนแรง					รุนแรงมาก					
14)										
15)										
16)										
17) ท่านมีอาการบวมคั่งที่หลังเท้า หน้าแข้ง เมื่อกดจะไม่คืนกลับสภาพเดิม										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่รุนแรง					รุนแรงมาก					
18) เมื่อชั่งน้ำหนัก พบว่ามีน้ำหนักเพิ่มมากกว่า 0.5-1 กิโลกรัมใน 1 วัน หรือ (2 กิโลกรัมใน 3 วัน)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่รุนแรง					รุนแรงมาก					

รหัส.....



ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง



คู่มือการจัดการตนเอง

“สำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว”



จัดทำโดย

นางสาวชญชิตา สุขชนะโชติ

E-mail: c.sukchanachot@gmail.com

อาจารย์ที่ปรึกษา: รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ ดีนาน

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2563

โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน

โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวพัฒนาตามแนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ของ Ryan & Sawin, 2009 (Individual and family self-management theory) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร และน้ำดื่มที่เหมาะสมกับภาวะหัวใจล้มเหลว ลดการเกิดภาวะน้ำเกินและลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

กิจกรรมของโปรแกรมประกอบด้วย 1) การให้ความรู้ 2) การตั้งเป้าหมายและฝึกความสามารถด้านพฤติกรรมของการรับประทานอาหาร การจำกัดน้ำดื่ม และด้านอาการทางคลินิก 3) การเฝ้าระวังและติดตามผลการปฏิบัติ และ 4) การกระตุ้นและส่งเสริมให้มีการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน และสมาชิกในครอบครัว

ระยะเวลาในการดำเนินการในโปรแกรม : 6 สัปดาห์

สถานที่ : แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเลิดสิน, ที่บ้านของผู้ป่วย (โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์) และคลินิกโรคหัวใจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเลิดสิน

อุปกรณ์และสื่อโสตทัศนอุปกรณ์

1. แอปพลิเคชันไลน์ในโทรศัพท์สมาร์ทโฟน
2. คู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว
3. อุปกรณ์ที่ใช้ในกิจกรรมการจัดการตนเอง ได้แก่ แผ่นภาพประกอบการสอน และรูปภาพอาหาร

วิธีการ : การสนทนาเกี่ยวกับความรู้ การแลกเปลี่ยนทัศนคติความเชื่อในการจัดการตนเอง การตั้งเป้าหมาย พฤติกรรมการรับประทานอาหารและน้ำดื่ม การวางแผนการปฏิบัติ และการให้ข้อมูลย้อนกลับ



แผนการดำเนินงานโปรแกรมการติดตามของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1

กิจกรรมที่ 1 การสร้างเสริมความรู้ความเข้าใจและทัศนคติที่ถูกต้อง เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว

ระยะเวลาที่ใช้ : 40 – 60 นาที

สถานที่ : หอผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลเลิดสิน

วัตถุประสงค์หลัก

1. เพื่อเสริมสร้างให้มีการรับรู้ ความรู้ความเข้าใจ และทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว
2. เพื่อกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการจ้ำกัคน้ำดื่ม

รายละเอียดกิจกรรม

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	ตัวอย่างรายละเอียด/คำถาม	สื่อ/อุปกรณ์
- เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัย กลุ่มตัวอย่าง และสมาชิกในครอบครัว	1. การสร้างสัมพันธภาพ (ใช้เวลาประมาณ 5 – 10 นาที) - ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและสมาชิกในครอบครัว แนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ ของการเข้าพบเพื่อสร้างสัมพันธภาพ	- สวัสดิ์คือะ ดิฉันทิน ชื่อนางสาวชนัญชิตา สุขชนะโชติ เป็นนิสิตระดับปริญญาโท มหาวิทยาลัยบูรพา และจะเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม ไปรณรงค์การจัดการตนเองทั้งหมดค่ะ - ขออนุญาตพูดคุยกับ.....สะควาก ไหมคะ	-



BUU-IRB Approved
- 4 พ.ย. 2563

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	ตัวอย่างรายละเอียด/คำถาม	สื่อ/อุปกรณ์
<p>วัตถุประสงค์</p> <p>- เพื่อประเมินภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสภาพแวดล้อม</p>	<p>2. ประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้น เพื่อประเมินความพร้อมของกลุ่มตัวอย่าง (ใช้เวลาประมาณ 20 นาที)</p> <p>2.1 ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลภาวะสุขภาพ อากาทรทางคลินิก และแผนการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง จากแบบบันทึกทางการแพทย์เกี่ยวกับ อาการของโรค ตัญญาณชีพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ และแผนการรักษาที่เกี่ยวข้อง รวมถึงสภาพแวดล้อมรอบ ๆ กลุ่มตัวอย่าง (ก่อนเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง)</p> <p>2.2 ผู้วิจัยสอบถามอาการของการเจ็บป่วย เกี่ยวกับอาการแสดงของโรค รวมถึงสาเหตุที่เกี่ยวข้องและความไม่สุขสบายอื่น ๆ รวมถึงสอบถามข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวด้วย</p> <p>2.3 ให้การพยาบาลตามประเด็นปัญหาที่พบ (เช่น ให้ข้อมูลที่ถูกต้องหากผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการ และการรักษา เป็นต้น) โดยเคารพในการตัดสินใจ เน้นความร่วมมือระหว่างกลุ่มตัวอย่างและสมาชิกในครอบครัว</p>	<p>ตัวอย่างคำถาม</p> <p>- รู้สึกอย่างไรบ้างคะ รู้สึกสบายขึ้นหรือยังคะ</p> <p>- เป็นอย่างไรบ้างเมื่อตื่น มีอาการเหนื่อยไหม นอนหลับได้ดีไหมคะ</p> <p>- ทราบไหมคะว่าเพราะอะไรถึงทำให้ต้องมานอนในโรงพยาบาลคะ</p>	

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	ตัวอย่างรายละเอียดคำถาม	สื่อ/อุปกรณ์
<p>วัตถุประสงค์</p> <ul style="list-style-type: none"> - เพื่อให้ผู้ช่วยและสมาชิกในครอบครัว ได้ทบทวนความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว และบอกถึงความเชื่อ และวิธีการปฏิบัติการจัดการตนเองขณะอยู่บ้าน 	<p>กิจกรรม</p> <p>3. สร้างเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการตนเองโดยการให้ข้อมูล ความรู้ ถิ่นแนะนำการจัดการตนเอง (ใช้เวลาประมาณ 20 นาที)</p> <p>3.1 ประเมินความรู้เกี่ยวกับอาการแสดงของโรค และการจัดการตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้วิจัยสอบถามรวมถึงสาเหตุที่เกี่ยวข้องและความไม่สุขสบายอื่น ๆ รวมถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับบริบทของครอบครัว เช่น บุคคลที่ปรุงอาหารในครอบครัว ผู้ดูแลหลัก ผลกระทบการเจ็บป่วยต่อครอบครัว เป็นต้น</p> <p>3.2 ให้ความรู้และแลกเปลี่ยนความคิด ทักษะในการจัดการตนเอง โดยผ่านกิจกรรม “รู้ทันอาหารเสริมกับโรคหัวใจ” เป็นการส่งเสริมความรู้และแลกเปลี่ยนความเชื่อในการจัดการตนเองเมื่ออยู่ที่บ้านของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว</p> <p>3.3 สอบถามทัศนคติในการจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ในปัจจุบัน</p>	<p>ตัวอย่างรายละเอียดคำถาม</p> <ul style="list-style-type: none"> - คุณมีความรู้ในเรื่องโรคหัวใจล้มเหลวอย่างไรบ้างคะ - คุณทราบหรือมีวิธีการจัดการกับอาการของโรคหัวใจล้มเหลวอย่างไรบ้างคะ <p>- เนื้อหาของการให้ความรู้ผ่านทางแผ่นภาพประกอบการสอน โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว สาเหตุ อาการและอาการแสดง การรักษา การป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนและพฤติกรรมที่เหมาะสม รวมถึงขั้นตอนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และการจำกัดน้ำดื่มของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน</p>	<p>สื่อ/อุปกรณ์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. แผ่นภาพพลิกประกอบการสอน 2. คู่มือการจัดการตนเอง



BUU-IRB Approved
- 4 P.E. 2563

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	ตัวอย่างรายละเอียด/คำถาม	สื่อ/อุปกรณ์
	<p>4. ให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยใช้ข้อมูลพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การจำกัดน้ำดื่ม และการจัดการตนเองในด้านอื่น ๆ (ใช้เวลาประมาณ 10 นาที)</p> <p>เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผน โดยใช้ข้อมูลจากแบบประเมินและจากการสอบถาม สรุปรประเด็นปัญหา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้วิจัยกล่าวหา โดยนัดหมายเวลาเดียวกับกลุ่มตัวอย่างและสมาชิกในครอบครัวในวันรุ่งขึ้น หรือตามเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก เพื่อวางแผนการจัดการร่วมกัน 	<p>- คุณคิดอย่างไรในการดูแลตนเองในขณะนี้ คุณมีความคิดอย่างไรเกี่ยวกับโรคที่คุณเป็นในปัจจุบัน</p>	



BUU-IRB Approved

- 4 พ.ย. 2563

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2
กิจกรรมที่ 2 การตั้งเป้าหมายและวางแผนกิจกรรมการจัดการตนเอง ตลอดจนส่งเสริมความสามารถเพื่อปรับเปลี่ยนและลงไว้ซึ่งพฤติกรรม
 บริโภคอาหารและการจำกัดน้ำตาลที่เหมาะสม
 ระยะเวลาที่ใช้ : ใช้เวลา 40 – 60 นาที
 สถานที่ : หอผู้ป่วยในอายุกรรม โรงพยาบาลเดลิน
 วัตถุประสงค์หลัก

1. เพื่อกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำตาลที่เหมาะสม
2. เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการจัดการตนเอง

รายละเอียดกิจกรรม

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	ตัวอย่างรายละเอียด / คำถาม	สื่อ / อุปกรณ์
- เพื่อสร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคยอย่างต่อเนื่อง รวมถึงประเมินอาการทางคลินิก สภาวะจิตใจ อารมณ์ และความพร้อมของผู้ป่วย	1. ประเมินภาวะสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสิ่งแวดล้อม (ใช้เวลาประมาณ 10 นาที) 1.1 ประเมินความก้าวหน้าของอาการทางคลินิกหรือปัญหาของกลุ่มตัวอย่าง โดยศึกษาจากแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยในช่วงเวลาที่ผ่านมา (ก่อนพบผู้ป่วย) 1.2 ผู้วิจัยกล่าวทักทาย สอบถามอาการ ความรู้สึก การนอนหลับ การรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ และอาการ โดยทั่วไป 1.3 ให้การพยาบาลตามประเด็นปัญหาที่พบ (เช่น ให้ข้อมูลที่ถูกต้องการ ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับอาการ และการรักษา เป็นต้น) โดยเคารพในการตัดสินใจ เน้นความร่วมมือระหว่างกลุ่มตัวอย่างและสมาชิกในครอบครัว	- ศัพท์คำๆ วันนี้มีอาการอย่างไรบ้างคะ - เมื่อยก้นนอนหลับหรือเปล่าคะ - รับประทานอาหารได้หรือเปล่าคะ - วันนี้รับประทานอาหารอะไรอะไรบ้างคะ - มีอาการไม่สบายหรือไหมคะ	

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	ตัวอย่างรายละเอียด / คำถาม	สื่อ / อุปกรณ์
<p>- เพื่อส่งเสริมให้ผู้ปวยมีเป้าหมายในปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดเนื้อที่ที่เหมาะสม</p> <p>- เพื่อให้ผู้ปวยเกิดความมุ่งมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค และการจำกัดเนื้อที่ที่เหมาะสม</p>	<p>2. กำหนดเป้าหมายพฤติกรรมการรับประทานอาหารและน้ำดื่มที่เหมาะสม (ใช้เวลาประมาณ 10 นาที)</p> <p>2.1 สนทนา อภิปราย การแลกเปลี่ยนข้อมูลในภาวะสุขภาพโดยใช้ข้อมูลพื้นฐานจากแบบประเมิน และการสอบถามพฤติกรรมสุขภาพรวมถึงเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมที่พูดคุยไว้ในเบื้องต้น</p> <p>2.2 ร่วมกันกำหนดเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงซึ่งเกี่ยวกับการจัดการตนเองในด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหารและน้ำดื่ม และในด้านการจัดการกับอาการทางคลินิก โดยที่ผู้วิจัย ผู้ปวยและสมาชิกในครอบครัว ร่วมกันหาข้อสรุปร่วมกัน ในการตั้งเป้าหมายที่เหมาะสมในกิจกรรมที่ต้องการที่จะปฏิบัติใน 1 สัปดาห์ และบันทึกลงในสมุดคู่มือการจัดการตนเอง</p> <p>2.3 ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันทบทวนเป้าหมายและแผนกิจกรรม เพื่อให้มองเห็นแผนการปฏิบัติที่ชัดเจน ตลอดจนการสะท้อนความคิดเห็นของตนเองที่มีต่อแผนการจัดการตนเองและความมุ่งมั่นในการปฏิบัติของผู้ปวยและครอบครัว</p>	<p>- หลังจากที่เราได้พูดคุยเกี่ยวกับปัญหาที่มีและ เรามำกำหนดเป้าหมายที่เกี่ยวกับ การรับประทานอาหาร และการจำกัดน้ำดื่มใหม่ละ ผู้วิจัยคว้ออย่างเช่น การลดปริมาณการเติมน้ำตาลในอาหารแต่ละมื้อ หรือลดการรับประทานอาหารเต็ม ไม่รับประทานอาหารหนักลองอาหารสำเร็จรูป</p> <p>- เป้าหมายของการตรวจปริมาณน้ำดื่มไม่เกิน 1.000 มิลลิตรต่อวัน</p> <p>- เป้าหมายของอาการทางคลินิก อย่างเช่น ไม่เกิดอาการหายใจลำบาก ไม่มีอาการบวมกดปุ่ม หลังจากกำหนด</p> <p>- การวางแผนการดำเนินการจัดการตนเองเป็นแนวทางในการเฝ้าระวังตนเองที่จะช่วยในการจัดการตนเองของผู้ปวยให้สำเร็จ ซึ่งต้องมีกรตั้งเกด การบันทึกข้อมูลเป็นสำคัญ เช่น บันทึก</p>	<p>- คู่มือการจัดการตนเอง</p> <p>- แผนภาพเล็ก</p> <p>- ประกอบการสอน</p>



ภาคผนวก ง

เอกสารพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง



เอกสารแสดงความยินยอม (Consent Form)
ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย : **G-HS 0๗2/2563**

(สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)
โครงการวิจัยเรื่อง ...ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การจำกัดน้ำดื่ม และ
ผลลัพธ์ทางคลินิก ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน
ให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึง
วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่างๆ ตามที่ระบุในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วม
โครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าวครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว และผู้วิจัย
รับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นจน
ข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้
เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนั้นไม่มีผลกระทบต่อ.....การรักษาโรคตามแผนการรักษา และการ
บริการทางการแพทย์.....ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในส่วนที่เป็นสรุป
ผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในเอกสารแสดง
ความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

กรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในเอกสารแสดงความยินยอม
ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในเอกสารแสดงความ
ยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนามผู้ยินยอม

(.....)

ลงนามพยาน

(.....)

ลงนามผู้วิจัย

(นางสาวชนัญชิตา สุขชนะโชติ)

หมายเหตุ กรณีที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยให้ความยินยอมด้วยการประทับลายนิ้วหัวแม่มือ ขอให้มียานลงลายมือชื่อ
รับรองด้วย



BUU-IRB Approved

- 4 พ.ย. 2563



เอกสารแสดงความยินยอม (Consent Form)
(ของสมาชิกในครอบครัวของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย)

รหัสโครงการวิจัย : G-HS ๐๙๓/๒๕๖๓

(สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง ...ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การจำกัดน้ำตาล และ
ผลลัพธ์ทางคลินิก ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน

ให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของสมาชิกในครอบครัวของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้
ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่างๆ ตามที่ระบุใน
เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าว
ครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว และผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วยความเต็ม
ใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้
เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนั้นไม่มีผลกระทบต่อ.....การรักษาโรคตามแผนการรักษา และการ
บริการทางการแพทย์.....ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในส่วนที่เป็นสรุป
ผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในเอกสารแสดง
ความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

กรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในเอกสารแสดงความยินยอม
ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในเอกสารแสดงความ
ยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนามผู้ยินยอม
(สมาชิกในครอบครัว ระบุความสัมพันธ์.....)
(.....)

ลงนามพยาน หรือ ผู้ป่วย
(.....)

ลงนามผู้วิจัย
(นางสาวชนัญชิตา สุขชนะโชติ)

หมายเหตุ กรณีที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยให้ความยินยอมด้วยการประทับลายนิ้วหัวแม่มือ ขอให้พยานลงลายมือชื่อ
รับรองด้วย



BUU-IRB Approved

- 4 พ.ย. 2563

- 2 -

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Participant Information Sheet)
(สำหรับกลุ่มทดลอง)

รหัสโครงการวิจัย : G-HS 072/2563

โครงการวิจัยเรื่อง : ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การจำกัดน้ำตาล และ ผลลัพธ์ทางคลินิก ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน
 เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นางสาวณัฐชิตา สุขชนะโชติ นิสิตระดับปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการจำกัดน้ำตาลเพื่อป้องกันอาการกำเริบจากภาวะน้ำเกิน

ท่านที่ได้รับเชิญให้เข้าร่วมในการวิจัยในครั้งนี้ เนื่องจากเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงกับการศึกษาครั้งนี้คือ เป็นผู้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน ณ หอผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลเลิดสิน หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ เนื่องด้วยสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (COVID 19) ข้าพเจ้าจึงมีแนวทางเพื่อความปลอดภัยเพื่อให้ท่านและสมาชิกในครอบครัว มีความเสี่ยงและเกิดผลกระทบน้อยที่สุดก่อนการดำเนินกิจกรรม คือ มีการวัดอุณหภูมิร่างกาย จัดให้มีการเว้นระยะห่างทางสังคม ให้สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา ใช้แอลกอฮอล์เจลล้างมือก่อนและหลังสัมผัสสิ่งของต่าง ๆ ในการดำเนินกิจกรรมทั้งผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว โดยมาตรการการรักษาความสะอาดมีขึ้นเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อดังกล่าว ก่อนเริ่มการดำเนินกิจกรรมทุกครั้ง เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้วสิ่งที่จะต้องปฏิบัติคือ ท่านจะต้องเข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 2 ครั้ง ซึ่งแต่ละครั้งจะใช้เวลา 40-60 นาที ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 (วันที่ 2 ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จากนั้นให้ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการจำกัดน้ำตาล และแบบประเมินการรับรู้อาการทางคลินิกของภาวะหัวใจล้มเหลว หลังจากนั้นผู้วิจัยจะให้ความรู้ผ่านกิจกรรมที่ 1 “รู้ทันอาหารรสเค็มกับโรคหัวใจ” กับผู้ป่วยและครอบครัว ผู้วิจัยสนทนาแลกเปลี่ยนทัศนคติ และเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ

ครั้งที่ 2 (วันที่ 3 ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล) กิจกรรมที่ 2 ผู้วิจัยร่วมกำหนดเป้าหมายและฝึกความสามารถในการจัดการตนเองร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยผ่านกิจกรรม “งดเค็ม งดน้ำ” เพื่อให้เกิดทักษะความสามารถในวิธีการจัดการตนเองเพื่อป้องกันอาการกำเริบจากภาวะน้ำเกิน ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสร้างกลุ่มในแอปพลิเคชันไลน์ในโทรศัพท์มือถือเพื่อการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจำนวน 3 ครั้งขณะอยู่บ้าน และในสัปดาห์ที่ 6 ของการดำเนินกิจกรรมผู้วิจัยจะประเมินพฤติกรรมบริโภคอาหาร การจำกัดน้ำตาล และอาการทางคลินิกของภาวะหัวใจล้มเหลวของผู้ป่วย ทั้งนี้การจัดกิจกรรมทั้งหมดคาดว่าจะแล้วเสร็จภายในเดือนมกราคม 2564 โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด

ในขณะที่ดำเนินกิจกรรมวิจัย หากท่านเกิดอาการเหนื่อยล้า อาการหอบเหนื่อย เจ็บแน่นหน้าอก จากภาวะแทรกซ้อนของภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยจะให้การพยาบาลเบื้องต้นโดยการตรวจวัดสัญญาณชีพ ให้ออกซิเจน และให้ท่านพักตามแผนการรักษา นอกจากนี้หากท่านมีอาการแสดงทางร่างกายที่มีความรุนแรง เช่น เหนื่อยหอบมากขึ้น เจ็บแน่นหน้าอก เป็นต้น ผู้วิจัยจะยุติการดำเนินกิจกรรมและจะประสานงานกับแพทย์และพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยเพื่อให้ท่านได้รับการดูแลช่วยเหลือตามความเหมาะสมต่อไป

การวิจัยในครั้งนี้จะมีประโยชน์ต่อตัวท่านในเรื่องการจัดการตนเองที่ส่งผลต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการจำกัดน้ำดื่มที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดอาการกำเริบจากภาวะน้ำเกิน ลดการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล รวมถึงเป็นแนวทางพัฒนาศักยภาพทางการแพทย์พยาบาลกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวท่านอื่นต่อไป

การเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ ท่านสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมการวิจัย และถ้ากิจกรรมนี้ไม่ตรงกับความสนใจของท่าน ท่านสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อแผนการรักษาและบริการทางการแพทย์ใด ๆ ต่อท่าน ทั้งสิ้น ข้อมูลต่าง ๆ ของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อของท่าน การนำเสนอข้อมูลจะเป็นในภาพรวม โดยผู้วิจัยจะไม่นำข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยออกเปิดเผยไม่ว่าในทางใด ๆ ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่านโดยใช้รหัสแทนการระบุชื่อ ทั้งนี้ข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในเครื่องคอมพิวเตอร์ส่วนตัวที่มีรหัสผ่านของผู้วิจัยเท่านั้น ส่วนข้อมูลที่เป็นแบบสอบถามและแบบประเมินจะเก็บไว้ในตู้เก็บเอกสารที่ใส่กุญแจเป็นเวลา 1 ปี หลังการเผยแพร่ผลการวิจัยและจะถูกนำไปทำลายทิ้งโดยเครื่องย่อยสลายเอกสารหลังจากนั้น

หากท่านมีคำถามหรือข้อสงสัยประการใดสามารถติดต่อข้าพเจ้า นางสาวชนัญชิตา สุขชนะโชติ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 095-6545065 อีเมลล์ c.sukchanachot@gmail.com ข้าพเจ้ายินดีตอบคำถาม และข้อสงสัยของท่านทุกเมื่อ หรือที่รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ ดินาน อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102845 ในเวลาราชการ

หากผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถแจ้งมายัง คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม หมายเลขโทรศัพท์ 038-102620" ในตอนท้ายของเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ชนัญชิตา สุขชนะโชติ
ผู้วิจัย



BUU-IRB Approved

- 4 พ.ย. 2563

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Participant Information Sheet)
(สำหรับสมาชิกในครอบครัวของกลุ่มทดลอง)

รหัสโครงการวิจัย : **G-HS 0๗๒/๒๕๖๓**

โครงการวิจัยเรื่อง : ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การจำกัดน้ำตาล และ ผลลัพธ์ทางคลินิก ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน
 เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นางสาวชนัญชิตา สุขชนะโชติ นิสิตระดับปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการจำกัดน้ำตาลเพื่อป้องกันอาการกำเริบจากภาวะน้ำเกิน

ท่านสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับเชิญให้เข้าร่วมในการวิจัยในครั้งนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงกับการศึกษาครั้งนี้ คือ เป็นผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน ณ หอผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลเลิดสิน หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ เนื่องด้วยสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (COVID 19) ข้าพเจ้าจึงมีแนวทางเพื่อความปลอดภัยเพื่อให้ท่านและสมาชิกในครอบครัว มีความเสี่ยงและเกิดผลกระทบน้อยที่สุดก่อนการดำเนินกิจกรรม คือ มีการวัดอุณหภูมิร่างกาย จัดให้มีการเว้นระยะห่างทางสังคม ให้สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา ใช้แอลกอฮอล์เจลล้างมือก่อนและหลังสัมผัสสิ่งของต่าง ๆ ในการดำเนินกิจกรรมทั้งผู้ป่วยและท่านสมาชิกในครอบครัว โดยมาตรการการรักษาความสะอาดมีขึ้นเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อดังกล่าวก่อนเริ่มการดำเนินกิจกรรมทุกครั้ง เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องเข้าร่วมปฏิบัติกับผู้ป่วย คือ ท่านจะต้องเข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 2 ครั้ง ซึ่งแต่ละครั้งจะใช้เวลา 40-60 นาที ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 (วันที่ 2 ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล) ผู้วิจัยให้ท่านและผู้ป่วยตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จากนั้นให้ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการจำกัดน้ำตาล และแบบประเมินการรับรู้อาการทางคลินิกของภาวะหัวใจล้มเหลว หลังจากนั้นผู้วิจัยจะให้ความรู้ผ่านกิจกรรมที่ 1 “รู้ทันอาหารรสเค็มกับโรคหัวใจ” กับผู้ป่วยและครอบครัว ผู้วิจัยสนทนาแลกเปลี่ยนทัศนคติ และเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ

ครั้งที่ 2 (วันที่ 3 ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล) กิจกรรมที่ 2 ผู้วิจัยร่วมกำหนดเป้าหมายและฝึกความสามารถในการจัดการตนเองกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยผ่านกิจกรรม “งดเค็ม งดน้ำ” เพื่อให้เกิดทักษะความสามารถในวิธีการจัดการตนเองเพื่อป้องกันอาการกำเริบจากภาวะน้ำเกิน ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและท่านสมาชิกในครอบครัวสร้างกลุ่มในแอปพลิเคชันไลน์ในโทรศัพท์สมาร์ทโฟนเพื่อการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจำนวน 3 ครั้งขณะอยู่บ้าน และในสัปดาห์ที่ 6 ของการดำเนินกิจกรรมผู้วิจัยจะประเมินพฤติกรรมบริโภคอาหาร การจำกัดน้ำตาล และอาการทางคลินิกของภาวะหัวใจล้มเหลวของผู้ป่วย ทั้งนี้การจัดกิจกรรมทั้งหมดคาดว่าจะแล้วเสร็จภายในเดือนมกราคม 2564 โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด

ในขณะดำเนินกิจกรรมวิจัย หากผู้ป่วยเกิดอาการเหนื่อยล้า อาการหอบเหนื่อย เจ็บแน่นหน้าอก จากภาวะแทรกซ้อนของภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยจะให้การพยาบาลเบื้องต้นโดยการตรวจวัดสัญญาณชีพ ให้ออกซิเจน และให้พักตามแผนการรักษา นอกจากนี้หากผู้ป่วยมีอาการแสดงทางร่างกายที่มีความรุนแรง เช่น เหนื่อยหอบมากขึ้น เจ็บแน่นหน้าอก เป็นต้น ผู้วิจัยจะยุติการดำเนินกิจกรรมและจะประสานงานกับแพทย์และพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยเพื่อให้ท่านได้รับการดูแลช่วยเหลือตามความเหมาะสมต่อไป



BUU-IRB Approved

- 4 พ.ย. 2563

- 1 -

การวิจัยในครั้งนี้จะมีประโยชน์ต่อตัวของท่านและผู้ป่วยในเรื่องการจัดการตนเองที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การรับประทานอาหารและการจำกัดน้ำดื่มที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดอาการกำเริบจากภาวะน้ำเกิน ลดการ เข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล รวมถึงเป็นแนวทางพัฒนาศักยภาพทางการพยาบาลกับผู้ป่วยภาวะหัวใจ ล้มเหลวท่านอื่นต่อไป

การเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ โดยท่านและผู้ป่วยสามารถปฏิเสธที่จะเข้า ร่วมการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมการวิจัย และถ้ากิจกรรมนี้ไม่ตรงกับความสนใจของท่านและผู้ป่วย ท่านและ ผู้ป่วยสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อแผนการรักษาและการ บริการทางการแพทย์ใด ๆ ต่อท่านทั้งสิ้น ข้อมูลต่าง ๆ ของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อ ของท่าน การนำเสนอข้อมูลจะเป็นในภาพรวม โดยผู้วิจัยจะไม่นำข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยออก ไปเปิดเผยไม่ว่าในทางใด ๆ ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่านโดยใช้รหัสแทนการระบุชื่อ ทั้งนี้ข้อมูลจะถูกเก็บไว้ใน เครื่องคอมพิวเตอร์ส่วนตัวที่มีรหัสผ่านของผู้วิจัยเท่านั้น ส่วนข้อมูลที่เป็นแบบสอบถามและแบบประเมินจะเก็บไว้ใน ตู้เก็บเอกสารที่ใส่กุญแจเป็นเวลา 1 ปี หลังการเผยแพร่ผลการวิจัยและจะถูกนำไปทำลายทิ้งโดยเครื่องย่อย สลายเอกสารหลังจากนั้น

หากท่านมีคำถามหรือข้อสงสัยประการใดสามารถติดต่อข้าพเจ้า นางสาวชนัญชิตา สุขชนะโชติ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 095-6545065 อีเมลล์ c.sukchanachot@gmail.com ข้าพเจ้ายินดีตอบคำถาม และข้อสงสัยของท่านทุกเมื่อ หรือที่ รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ ดินาน อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102845 ในเวลาราชการ

หากผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถแจ้งมายัง คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม หมายเลขโทรศัพท์ 038-102620” ในตอนท้ายของเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ชนัญชิตา สุขชนะโชติ
ผู้วิจัย



BUU-IRB Approved

- 4 พ.ย. 2563

- 2 -

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Participant Information Sheet)
(สำหรับกลุ่มควบคุม)

รหัสโครงการวิจัย : G-HS 072/2563

โครงการวิจัยเรื่อง : ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การจำกัดน้ำดื่ม และผลลัพธ์ทางคลินิก ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน
เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นางสาวชนัญชิตา สุขชนะโชติ นิสิตระดับปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่มเพื่อป้องกันอาการกำเริบจากภาวะน้ำเกิน

ท่านที่ได้รับเชิญให้เข้าร่วมในการวิจัยในครั้งนี้ เนื่องจากเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงกับการศึกษาครั้งนี้คือ เป็นผู้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน ณ หอผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลเลิดสิน หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ เนื่องด้วยสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (COVID 19) ข้าพเจ้าจึงมีแนวทางเพื่อความปลอดภัยเพื่อให้ท่านและสมาชิกในครอบครัว มีความเสี่ยงและเกิดผลกระทบน้อยที่สุดก่อนการดำเนินการกิจกรรม คือ มีการวัดอุณหภูมิร่างกาย จัดให้มีการเว้นระยะห่างทางสังคม ให้สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา ใช้แอลกอฮอล์เจลล้างมือก่อนและหลังสัมผัสสิ่งของต่าง ๆ ในการดำเนินกิจกรรมทั้งผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว โดยมาตรการการรักษาความสะอาดมีขึ้นเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อดังกล่าวก่อนเริ่มการดำเนินกิจกรรมทุกครั้ง เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่จะต้องปฏิบัติคือ ตอบและสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม และแบบประเมินการรับรู้อาการทางคลินิกของภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้เวลาครั้งละ 30 นาที จากนั้นท่านจะได้รับการดูแลตามปกติจากโรงพยาบาล และในสัปดาห์ที่ 6 หลังท่านออกจากโรงพยาบาล ขอความร่วมมือท่านตอบแบบประเมินชุดเดิม หลังจากนั้นท่านจะได้รับคู่มือการจัดการตนเอง และได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและน้ำดื่ม ใช้เวลาประมาณ 40 – 60 นาที

การวิจัยในครั้งนี้จะมีประโยชน์ต่อตัวท่านในเรื่องการจัดการตนเองที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการจำกัดน้ำดื่มที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดอาการกำเริบจากภาวะน้ำเกินลดการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล รวมถึงเป็นแนวทางพัฒนาศักยภาพทางการพยาบาลกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวท่านอื่นต่อไป

การเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ ท่านสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมการวิจัย และหากกิจกรรมนี้ไม่ตรงกับความสนใจของท่าน ท่านสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อแผนการรักษาและบริการทางการแพทย์ใด ๆ ต่อท่านทั้งสิ้น ข้อมูลต่าง ๆ ของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะเป็นในภาพรวม โดยผู้วิจัยจะไม่นำข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยออกเปิดเผยไม่ว่าในทางใด ๆ ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่านโดยใช้รหัสแทนการระบุชื่อ ทั้งนี้ข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในเครื่องคอมพิวเตอร์ส่วนตัวที่มีรหัสผ่านของผู้วิจัยเท่านั้น ส่วนข้อมูลที่เป็นแบบสอบถามและแบบประเมินจะเก็บไว้ในตู้เก็บเอกสารที่ใส่กุญแจเป็นเวลา 1 ปี หลังการเผยแพร่ผลการวิจัยและจะถูกนำไปทำลายทิ้งโดยเครื่องย่อยสลายเอกสารหลังจากนั้น

หากท่านมีคำถามหรือข้อสงสัยประการใดสามารถติดต่อข้าพเจ้า นางสาวชนัญชิตา สุขชนะโชติ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 095-6545065 อีเมลล์ c.sukchanachot@gmail.com ข้าพเจ้ายินดีตอบคำถาม และข้อสงสัยของท่านทุกเมื่อ หรือที่ รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ ดินาน อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102845 ในเวลาราชการ

หากผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม หมายเลขโทรศัพท์ 038-102561-62”

นางสาวชนัญชิตา สุขชนะโชติ
ผู้วิจัย



BUU-IRB Approved
- 4 พ.ย. 2563

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Participant Information Sheet)
(สำหรับสมาชิกในครอบครัวกลุ่มควบคุม)

รหัสโครงการวิจัย : G-HS 071/2563

โครงการวิจัยเรื่อง : ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การจำกัดน้ำดื่ม และผลลัพธ์ทางคลินิก ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน
เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นางสาวชนัญชิตา สุขชนะโชติ นิสิตระดับปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่มเพื่อป้องกันอาการกำเริบจากภาวะน้ำเกิน

ท่านสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับเชิญให้เข้าร่วมในการวิจัยในครั้งนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงกับการศึกษาครั้งนี้ คือ เป็นผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน ณ หอผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลเลิดสิน หากท่านและผู้ป่วยตกลงที่จะเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ เนื่องด้วยสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (COVID 19) ข้าพเจ้าจึงมีแนวทางเพื่อความปลอดภัยเพื่อให้ท่านและสมาชิกในครอบครัว มีความเสี่ยงและเกิดผลกระทบน้อยที่สุดก่อนการดำเนินกิจกรรม คือ มีการวัดอุณหภูมิร่างกาย จัดให้มีการเว้นระยะห่างทางสังคม ให้สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา ใช้แอลกอฮอล์ เจลล้างมือก่อนและหลังสัมผัสสิ่งของต่าง ๆ ในการดำเนินกิจกรรมทั้งผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว โดยมาตรการการรักษาความสะอาดมีขึ้นเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อดังกล่าวก่อนเริ่มการดำเนินกิจกรรมทุกครั้ง เมื่อท่านและผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่จะต้องปฏิบัติ คือ ผู้วิจัยจะให้ท่านตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม และแบบประเมินการรับรู้อาการทางคลินิกของภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้เวลารั้งละ 30 นาที จากนั้นผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตามปกติจากโรงพยาบาล และในสัปดาห์ที่ 6 หลังผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ขอความร่วมมือผู้ป่วยตอบแบบประเมินชุดเดิม หลังจากนั้นท่านและผู้ป่วยจะได้รับคู่มือการจัดการตนเอง และได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและน้ำดื่ม ใช้เวลาประมาณ 40 – 60 นาที

การวิจัยในครั้งนี้จะมีประโยชน์ต่อตัวของท่านและผู้ป่วยในเรื่องการจัดการตนเองที่ส่งผลต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการจำกัดน้ำดื่มที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดอาการกำเริบจากภาวะน้ำเกินลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงเป็นแนวทางพัฒนาศักยภาพทางการพยาบาลกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวท่านอื่นต่อไป

การเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ ท่านและผู้ป่วยสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมการวิจัย และถ้ากิจกรรมนี้ไม่ตรงกับความสนใจของท่านและผู้ป่วย ท่านและผู้ป่วยสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อแผนการรักษาและการบริการทางการแพทย์ใด ๆ ต่อท่านทั้งสิ้น ข้อมูลต่าง ๆ ของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะเป็นในภาพรวม โดยผู้วิจัยจะไม่นำข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยออกเปิดเผยไม่ว่าในทางใด ๆ ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่านโดยใช้รหัสแทนการระบุชื่อ ทั้งนี้ข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในเครื่องคอมพิวเตอร์ส่วนตัวที่มีรหัสผ่านของผู้วิจัยเท่านั้น ส่วนข้อมูลที่เป็นแบบสอบถามและแบบประเมินจะเก็บไว้ในตู้เก็บเอกสารที่ใส่กุญแจเป็นเวลา 1 ปี หลังการเผยแพร่ผลการวิจัยและจะถูกนำไปทำลายทิ้งโดยเครื่องย่อยสลายเอกสารหลังจากนั้น

หากท่านมีคำถามหรือข้อสงสัยประการใดสามารถติดต่อข้าพเจ้า นางสาวชนัญชิตา สุขชนะโชติ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 095-6545065 อีเมลล์ c.sukchanachot@gmail.com ข้าพเจ้ายินดีตอบคำถามและข้อสงสัยของท่านทุกเมื่อ หรือที่ รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ ตีนาน อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102845 ในเวลาราชการ

หากผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม หมายเลขโทรศัพท์ 038-102561-62”



BUU-IRB Approved

- 4 พ.ย. 2563

นางสาวชนัญชิตา สุขชนะโชติ

ผู้วิจัย



ภาคผนวก จ

แบบรายงานพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม งานมาตรฐานและจริยธรรมในงานวิจัย โทร. ๒๖๒๐
ที่ อว ๘๑๐๐/๖๖๕๖๘ วันที่ ๑๖ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๓
เรื่อง ขอส่งเอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ตามที่นิสิตระดับบัณฑิตศึกษาในหน่วยงานของท่าน ได้ยื่นเอกสารคำร้องเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา สำหรับโครงการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา และระดับปริญญาตรี ชุดที่ ๓ (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี) รหัสโครงการวิจัย G-HS 072/2563 โครงการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การจำกัดน้ำตาล และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน โดยมี นางสาวชนัญชิตา สุขชนะโชติ เป็นหัวหน้าโครงการวิจัย นั้น

บัดนี้ โครงการวิจัยดังกล่าว ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชุดที่ ๑ (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี) เป็นที่เรียบร้อยแล้ว กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม ในฐานะผู้ประสานงาน จึงขอส่งเอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน ๑ ฉบับ (หมายเลขใบรับรองที่ ๐๗๐/๒๕๖๓) มายังท่าน เพื่อแจ้งนิสิตระดับบัณฑิตศึกษาที่มีรายชื่อข้างต้น นำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริงจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดแจ้งให้นิสิตระดับบัณฑิตศึกษาทราบ จะขอขอบคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิวิทส์ แจ็งเยี่ยม)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ชุดที่ ๑ (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)

หมายเหตุ : ทั้งนี้ จะดำเนินการส่งไฟล์สำเนาเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ไปยัง e-mail ของนิสิตระดับบัณฑิตศึกษาที่มีรายชื่อข้างต้น ต่อไป



ที่ ๐๗๐/๒๕๖๓

เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย : G-HS 072/2563

โครงการวิจัยเรื่อง : ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมบริโภคอาหาร การจำกัดน้ำดื่ม และผลลัพธ์ทาง
คลินิกในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน

หัวหน้าโครงการวิจัย : นางสาวชนัญชิตา สุขชนะโชติ

หน่วยงานที่สังกัด : นิสิตรระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดภัยอันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของ โครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

- | | |
|---|---|
| ๑. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ | ฉบับที่ ๒ วันที่ ๒๙ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๓ |
| ๒. เอกสารโครงการวิจัยฉบับภาษาไทย | ฉบับที่ ๒ วันที่ ๒๙ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๓ |
| ๓. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับที่ ๒ วันที่ ๒๙ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๓ |
| ๔. เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับที่ ๒ วันที่ ๒๙ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๓ |
| ๕. เอกสารแสดงรายละเอียดเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยซึ่งผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว หรือชุดที่ใช้เก็บข้อมูลจริงจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับที่ ๑ วันที่ ๒๗ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ |
| ๖. เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี) | ฉบับที่ - วันที่ - เดือน - พ.ศ. - |

วันที่รับรอง : วันที่ ๔ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๓

วันที่หมดอายุ : วันที่ ๓ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๔

ลงนาม


(รองศาสตราจารย์ ดร.วิวิธ แจ้งเอี่ยม)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ชุดที่ ๑ (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)



โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข
190 ถนนสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500 โทร 0 2353 9734

เลขที่หนังสือ _____

เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเลิดสิน ได้พิจารณาอนุมัติโครงการวิจัยนี้โดยดำเนินการตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP) และ 45CFR 46.101(b)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การจำกัดน้ำดื่มและผลลัพธ์ทางคลินิก ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน

รหัสโครงการวิจัย LH631060

ชื่อผู้วิจัยหลัก นางสาวชนัญชิตา สุขชนะโชติ

รูปแบบการเข้ารับพิจารณา การขอปรับแก้ไขตามมติคณะกรรมการ (Resubmission)

เอกสารรับรอง

โปรโตคอล:	ฉบับที่ 2	9 กุมภาพันธ์ 2564
เอกสารแนะนำอาสาสมัคร:	ฉบับที่ 1	1 ธันวาคม 2563
เอกสารแสดงความยินยอม:	ฉบับที่ 1	1 ธันวาคม 2563
แบบบันทึกข้อมูล:	ฉบับที่ 1	1 ธันวาคม 2563

ลงนาม

(นางปฐมภรณ์ สุรวงษ์สิน)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลเลิดสิน

ลงนาม

(นายศักรินทร์ วงศ์เลิศศิริ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน

วันที่รับรองการพิจารณาจริยธรรม : 15 กุมภาพันธ์ 2564
วันที่หมดอายุการรับรองการพิจารณาจริยธรรม : 15 กุมภาพันธ์ 2565

รายชื่อของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเลิดสิน

ที่ทำหน้าที่พิจารณาทบทวนโครงการวิจัย

ชื่อคณะกรรมการ	ตำแหน่งใน คณะกรรมการ	คุณวุฒิ/วิชาชีพ/อาชีพ
นางปฐมาภรณ์ สุรวงษ์สิน	ประธาน กรรมการ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ



ที่ คจม ๐๑๙ /๒๕๖๔

สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรม
การวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเลิดสิน
กรมการแพทย์ ๑๙๐ ถนนสีลม
เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร ๑๐๕๐๐

๑๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัย

เรียน นางสาวณัฐชิตา สุขชนะโชติ

ตามที่ท่านซึ่งเป็นหัวหน้าโครงการวิจัย ได้ขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และขออนุญาตดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลเลิดสิน ตามรายละเอียดโครงการดังนี้

รหัสโครงการวิจัย

LH๖๓๑๐๖๐

ชื่อโครงการวิจัย

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม
บริโภคอาหาร การจำกัดน้ำดื่มและผลลัพธ์ทาง
คลินิก ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน

รายการเอกสารที่พิจารณา

(รายการเอกสาร พร้อมระบุฉบับที่และวันที่ของเอกสาร)

- | | | |
|--|---------------------|-------------------|
| ๑. โปรโตคอล (Protocol) | ฉบับที่ (Version) ๒ | ๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ |
| ๒. เอกสารแนะนำอาสาสมัคร
(Information sheet) | ฉบับที่ (Version) ๑ | ๑ ธันวาคม ๒๕๖๓ |
| ๓. เอกสารแสดงความยินยอม
(Consent form) | ฉบับที่ (Version) ๑ | ๑ ธันวาคม ๒๕๖๓ |
| ๔. แบบบันทึกข้อมูล (CRF) | ฉบับที่ (Version) ๑ | ๑ ธันวาคม ๒๕๖๓ |

ในการนี้ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลเลิดสิน (Lerdsin Hospital Ethic Committee) ได้ดำเนินการทบทวนพิจารณาโครงการวิจัยตามหลักการแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) ตามหลักมาตรฐานสากล และ ความถูกต้องตามหลักวิชาการที่เกี่ยวข้องแล้ว มีมติเห็นว่าโครงการวิจัยดังกล่าว ไม่ขัดต่อจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยจะต้องมีหน้าที่และความรับผิดชอบภายหลังได้รับการรับรอง คือ ต้องปฏิบัติตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๗ “ข้อมูลสุขภาพของบุคคล เป็นความลับส่วนบุคคล ผู้ใดจะนำไปเปิดเผยในประการที่น่าจะทำให้บุคคลนั้นเสียหายไม่ได้ เว้นแต่การเปิดเผยนั้นเป็นไปตามความประสงค์ของบุคคลนั้นโดยตรง” และมาตรฐานหลักการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และระเบียบที่เกี่ยวข้องโดยเคร่งครัด และจะต้องรายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัยเมื่อมีการร้องขอและ/หรือเมื่อเกิดเหตุการณ์ต่อไปนี้ทุกครั้ง ได้แก่

๑. เมื่อโครงการวิจัยยุติลง ซึ่งอาจจะเป็นการดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้นสมบูรณ์ หรืออาจจะไม่สามารถดำเนินการวิจัยต่อไปได้ พร้อมทั้งแจ้งสาเหตุของการยุติโครงการวิจัยให้ทราบด้วย
๒. เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในโครงการวิจัยต้องระบุให้ชัดเจนว่ามีการเปลี่ยนแปลงอะไร อย่างไร พร้อมเหตุผลที่ต้องเปลี่ยนแปลง
๓. เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหัวหน้าโครงการวิจัยหรือเพิ่มเติมคณะผู้วิจัย ต้องส่งประวัติของผู้วิจัยที่เปลี่ยนแปลง พร้อมเหตุผลให้คณะกรรมการฯ ทราบด้วย
๔. เมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นในโครงการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่ Relate, Possible/Likely, Probably related, Fatal กับโครงการวิจัยที่ท่านรับผิดชอบอย่างไร รวมทั้งขอทราบมาตรการในการดูแลป้องกันอาสาสมัครในประเทศไทยด้วย
๕. จัดส่งรายงานการศึกษาวิจัย จำนวน ๒ ชุด ให้แก่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หากการวิจัยเกินเวลากว่า ๑ ปี จะต้องรายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัย พร้อมทั้งดำเนินการขอต่ออายุการรับรองก่อนหมดอายุอย่างน้อย ๖๐ วัน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ



(นางปฐมาภรณ์ สุรวงษ์สิน)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเลิดสิน

โทร. ๐ ๒๓๕๓ ๙๗๓๓





ที่ ๕

ที่ อว ๘๑๓๗/๑๘๗

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔

โรงพยาบาลเลิดสิน

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย

กรมการแพทย์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร

เลขที่.....1272

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา

วันที่.....23 ก.พ. 2564

๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (หาคุณภาพ)

เวลา.....1๒๐๐

ด้วยนางสาวชนัญชิตา สุขชนะโชติ รหัสประจำตัว ๖๑๙๑๐๐๓๙ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร การจำกัดน้ำดื่ม และผลลัพธ์ทางคลินิก ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ ตีนาน เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และเสนอหน่วยงานของท่านในการเก็บข้อมูลเพื่อหาคุณภาพจากเครื่องมือวิจัยนั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตตั้งรายนามข้างต้น ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายในหอผู้ป่วยในอายุรกรรมชาย, หอผู้ป่วยในอายุรกรรมหญิง และหอผู้ป่วยในอายุรกรรมรวม จากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับ Functional Heart Classification อยู่ในระดับที่ ๒ และ ๓ จำนวน ๓๐ คน โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้

- ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นภาวะหัวใจล้มเหลว ดังนี้
 - มีสาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลวมาจากโรคหัวใจและระบบไหลเวียน ได้แก่ โรคหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย ความดันโลหิตสูง
 - มีประวัติเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน ๑ ครั้งขึ้นไป
- อายุมากกว่า ๒๐ ปีขึ้นไป
- กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ไม่มีปัญหาเรื่อง Cognitive Impairment โดยใช้การประเมินจากแบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test [CMT] มีคะแนนมากกว่า ๑๖ คะแนน)
- มีสติสัมปชัญญะดี มีความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยได้ดี
- มีโทรศัพท์มือถือ และมีความสามารถในการใช้แอปพลิเคชันไลน์
- มีผู้ดูแลเป็นสมาชิกในครอบครัว

ในระหว่างวันที่ ๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๕ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๔ ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิสิตตั้งรายนามข้างต้น ได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๙๕-๖๕๔-๕๐๖๕ หรือที่ E-mail: c.sukchanachot@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

ดร.

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๑, ๗๐๕, ๗๐๗
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

เขียน ผู้อำนวยการ

- เพื่อโปรดพิจารณา
- เห็นควรมอบรองฯ พ.ร.ศ. พ.อ.
สุวิทย์ วัฒนศิริ (ตำแหน่งรองฯ)

(Signature)

23 ก.พ. 2564

(Signature)
23 ก.พ. 2564

การพิจารณาการพยาบาล

วันที่ 23 ส.ค. 2564

เวลา 16.00 น.

มอบ พ.ร.ศ. พ.อ.

ดำเนินการ

(Signature)

5 ชม.

สัปดาห์ แจ้ง-งานวิจัยและพัฒนากายภาพ
- CPD Med, ๑๐, ๑๑, ๑๕.

สวัสดี
70 ส.ค. 64

ทราบ - ดำเนินการ

(Signature)

(นายแพทย์) จ.ร. (จ.ร. ๖๖๖)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน

24 ก.พ. 2564

รับ อ. ๔/๒๖๖
อ. ๒๖๖
(Signature)
๒๕/๒๖๖

แจ้ง ข้าราชการกรมสุขภาพ
โรงพยาบาลเลิดสิน
พิจารณาอนุมัติ

(Signature)



ที่ อว ๘๑๓๗/๑๘๘

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.สิงหนาทบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วยนางสาวชนัญชิตา สุขชนะโชติ รหัสประจำตัว ๖๑๙๑๐๐๓๙ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมบริโภคอาหาร การจำกัดน้ำดื่ม และผลลัพธ์ทางคลินิก ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ ตีนาน เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และเสนอหน่วยงานของท่านในการเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัยนั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตดังกล่าวข้างต้น ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายในหอผู้ป่วยในอายุรกรรมชาย, หอผู้ป่วยในอายุรกรรมหญิง, หอผู้ป่วยในอายุรกรรมรวม และคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด จากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับ Functional Heart Classification อยู่ในระดับที่ ๒ และ ๓ จำนวน ๖๐ คน โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้

๑. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นภาวะหัวใจล้มเหลว ดังนี้
 - ๑.๑ มีสาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลวมาจากโรคหัวใจและระบบไหลเวียน ได้แก่ โรคหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย ความดันโลหิตสูง
 - ๑.๒ มีประวัติเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน ๑ ครั้งขึ้นไป
๒. อายุมากกว่า ๒๐ ปีขึ้นไป
๓. กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ไม่มีปัญหาเรื่อง Cognitive Impairment โดยใช้การประเมินจากแบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test [CMT] มีคะแนนมากกว่า ๑๖ คะแนน)
๔. มีสติสัมปชัญญะดี มีความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยได้ดี
๕. มีโทรศัพท์มือถือ และมีความสามารถในการใช้แอปพลิเคชันไลน์
๖. มีผู้ดูแลเป็นสมาชิกในครอบครัว

ในระหว่างวันที่ ๖ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๔ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๔ ทั้งนี้ สามารถติดต่อ นิสิตดังกล่าวข้างต้น ได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๙๕-๖๕๔-๕๐๖๕ หรือที่ E-mail: c.sukchanachot@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๑, ๗๐๕, ๗๐๗
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรีย์ ไชยมงคล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา



ภาคผนวก จ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วาริ กังใจ อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมสมัย รัตนกริธากุล อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลชุมชน
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. ดร.ปริศนา อัครชนพล อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ



ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวชญัญชิตา สุขชนะ โชคดี
วัน เดือน ปี เกิด	11 มีนาคม พ.ศ. 2531
สถานที่เกิด	จังหวัดอุทัยธานี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	83/ 146 โครงการชีวาทัยเพชรเกษม 27 ถนนเพชรเกษม ซอยเพชรเกษม 27 แขวงบางหว้า เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร 10160
ตำแหน่งและประวัติการ ทำงาน	พ.ศ. 2559-2564 พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2559 พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ พ.ศ. 2564 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) มหาวิทยาลัยบูรพา