ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ สมรรถนะแห่งตน การกำกับตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

พิชญา มินเด็น

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

2565

ลิขสิทธิ์ของสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

Relationships Between Knowledge, Self-Efficacy, Self-Regulation, Social Support, and Self-Management Behavior Regarding Fluid Volume Overload in Chronic Heart Failure Patients

Pitchaya Minden

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Adult and Gerontological Nursing)
Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing

2022

Copyright of Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ สมรรถนะแห่งตน การกำกับตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
นักศึกษา	นางพิชญา มินเด็น
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)
ปีการศึกษา	2564

สำนักวิชาบัณฑิตศึกษา สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

.....

(รองศาสตราจารย์ ดร. บุษกร พันธ์เมธาฤทธิ์)
คณบดีสำนักวิชาบัณฑิตศึกษา

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จอนผะจง เพ็งจาด)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รสสุคนธ์ วาริทสกุล)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รสสุคนธ์ วาริทสกุล)

ชื่อวิทยานิพนธ์	ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ สมรรถนะแห่งตน การกำกับตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
นักศึกษา	นางพิชญา มินเด็น
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รสสุคนธ์ วาริทสกุล
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)
ปีการศึกษา	2564

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ สมรรถนะแห่งตน การกำกับตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 84 คน ที่เข้ารับการรักษาแผนกสถาบันหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง จังหวัดกรุงเทพมหานคร เลือกแบบเฉพาะเจาะจงระหว่างเดือนมกราคม ถึง มีนาคม 2565 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำเกิน แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง แบบสอบถามการกำกับตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .83, .84, 1.00, 1.00 และ .89 ตามลำดับ หาค่าความเชื่อมั่นภายในด้วยคูเดอร์ ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ .77 และสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค เท่ากับ .88, .83, .77 และ .88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ผลการทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ความรู้และการกำกับตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .40, p < .001; r = .64, p < .001) สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .86, p < .001; r = .94, p < .001) ผลการศึกษาเสนอแนะ พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะน้ำเกิน เกิดกระบวนการกำกับตนเอง ร่วมกับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง และนำปัจจัยสนับสนุนทางสังคมมามีส่วนร่วมในการ

จัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง

คำสำคัญ: ความสัมพันธ์ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง พฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง ภาวะน้ำเกิน

Thesis Title	Relationships Between Knowledge, Self-Efficacy, Self-Regulation, Social Support, and Self-Management Behavior Regarding Fluid Volume Overload in Chronic Heart Failure Patients
Student	Mrs. Pitchaya Minden
Major Advisor	Associate Prof. Dr. Rotsukon Varitsakul
Major Program	Master of Nursing Science (Adult and Gerontological Nursing)
Academic Year	2021

ABSTRACT

This descriptive correlational research aims to investigate the relationships between knowledge, self-efficacy, self-regulation, social support, and self-management behavior regarding fluid volume overload in chronic heart failure patients. The purposive sample comprised 84 people receiving care at the Heart Institute of a private hospital in Bangkok. The study was conducted from January to March, 2022. Data were collected by the knowledge about fluid volume overload questionnaire, the self-efficacy questionnaire, the self-regulation questionnaire, the social support questionnaire, and the self-management behaviors regarding fluid volume overload questionnaire in chronic heart failure patients. The tools were tested for their content validities by a panel of three experts. Their CVI values were .83, .84, 1.00, 1.00 and .89, respectively. The Kuder-Richardson 20 was at .77 and The Cronbach's alpha coefficients were at .88, .83, .77 and .88 respectively. Pearson's Product Moment Correlation was used to analyze the data.

The study results showed that patients with chronic heart failure had moderate levels of the overall self-management behaviors regarding fluid volume overload. Knowledge and self-regulation had a moderately positive correlation with self-management behaviors regarding fluid volume overload (r = .40, r = .64, both $p < .001$, respectively). Self-efficacy and social support had a highly positive correlation with self-management behaviors regarding fluid volume overload (r = .86, r = .94, both $p < .001$, respectively). The results suggest that nurses should

enhance patients' knowledge of fluid volume overload to induce self-regulation, together with self-management behaviors regarding fluid volume overload. Social support should be integrated in managing their health behaviors regarding fluid volume overload.

Keywords: chronic heart failure patients, fluid volume overload, relationships, self-management behavior regarding fluid volume overload

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยดีได้ด้วยความกรุณาของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รสสุคนธ์ วาริทสกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะต่าง ๆ รวมถึงข้อบกพร่องอันเป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ รวมทั้งมอบกำลังใจและความห่วงใยเสมอมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. บุษกร พันธ์เมธาฤทธิ์ คณบดีสำนักวิชาบัณฑิตศึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. จอนผะจง เพ็งจาด ประธานกรรมการสอบ รองศาสตราจารย์ ดร. ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ กรรมการสอบ ที่กรุณาให้ความรู้และคำแนะนำต่าง ๆ รวมถึงข้อบกพร่องที่เป็นประโยชน์ทำให้วิทยานิพนธ์ครั้งนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์ศักดา เจียนิวัตต์ ดร. อารยา เจรนุกุล และอาจารย์นพวรรณ บุญบำรุง ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยและให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับแก้ไขเครื่องมือวิจัยให้เหมาะสมกับงานวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง จังหวัดกรุงเทพมหานคร หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล พยาบาลหัวหน้าแผนกสถาบันหัวใจ และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังทุกท่านที่สละเวลาอันมีค่าในการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้

ขอขอบคุณสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทยที่ได้ให้ทุนอุดหนุนการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ทำให้การทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณครอบครัวที่ให้ความรัก กำลังใจ และห่วงใยตลอดมา ขอขอบคุณพี่ ๆ ฝ่ายงานบัณฑิตศึกษาที่คอยช่วยเหลือในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ ทำให้วิทยานิพนธ์ครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี และขอขอบคุณมิตรภาพ ความช่วยเหลือและกำลังใจของเพื่อนนักศึกษาปริญญาโททุกท่าน ตลอดจนขอขอบคุณทุกท่านที่ไม่ได้เอ่ยนามไว้ ณ ที่นี้ด้วย

พิชญา มินเต็น

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญ	ฉ
รายการตาราง	ช
รายการภาพประกอบ	ฌ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	8
คำถามการวิจัย	8
สมมติฐานการวิจัย	8
กรอบแนวคิดการวิจัย	8
นิยามตัวแปรและนิยามศัพท์ที่สำคัญ	10
ขอบเขตการวิจัย	12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	12
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	13
ภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง	14
พฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองใน ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง	20
ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว	25
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง	29
สรุปการทบทวนวรรณกรรม	41
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	43
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	43
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	45
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	49
การเก็บรวบรวมข้อมูล	51
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	53

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูล	54
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล	55
ผลการวิจัย	56
อภิปรายผลการวิจัย	61
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	69
สรุปผลการวิจัย	69
ข้อเสนอแนะ	71
เอกสารอ้างอิง	73
ภาคผนวก	82
ก การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง	83
ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	85
ค เอกสารการอนุญาตใช้เครื่องมือ	93
ง เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	96
จ เอกสารการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากสถาบัน/แหล่งเก็บข้อมูล	102
ฉ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	105
ช การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ	107
ซ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม	117
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	125

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	แสดงจำนวน ร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (*N* = 84)	56
2	ค่าพิสัย คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังโดยรวมและรายด้าน (*N* = 84)	60
3	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างความรู้ สมรรถนะแห่งตน การกำกับตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (*N* = 84)	61
4	แสดงการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง	84
5	ระดับมาตราวัดตัวแปร	108
6	ผลการทดสอบแจกแจงปกติจากค่าความเบ้ (Skewness) และค่าความโด่ง (Kurtosis) ในแต่ละตัวแปรที่ศึกษา (*N* = 84)	109
7	ผลการทดสอบแจกแจงปกติจากค่าความเบ้ (Skewness) และค่าความโด่ง (Kurtosis) ของพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินโดยรวมและรายด้าน (*N* = 84)	114
8	ผลการทดสอบแจกแจงปกติจากค่าความเบ้ (Skewness) และค่าความโด่ง (Kurtosis) ของพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองรายข้อ (*N* = 84)	115
9	ค่าพิสัย คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ สมรรถนะแห่งตน การกำกับตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (*N* = 84)	118
10	ค่าพิสัย คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับ จำแนกตามรายข้อของพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (*N* = 84)	119

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	10
2	ความสัมพันธ์ linearity ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (*N* = 84).....	110
3	ความสัมพันธ์ linearity ระหว่างสมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (*N* = 84).....	111
4	ความสัมพันธ์ linearity ระหว่างการกำกับตนเองกับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (*N* = 84).....	112
5	ความสัมพันธ์ linearity ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (*N* = 84)....	113

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

รายงานสถิติจากสมาคมโรคหัวใจแห่งอเมริกาเมื่อปี ค.ศ. 2020 พบว่า ทั่วโลกมีประชากรประมาณ 6.2 ล้านคนเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (Virani et al., 2020) โดยพบว่า ยุโรป อเมริกาและเอเชียมีจำนวนผู้ป่วยประมาณ 2.2 %, 2.6 % และ 3.5 % ตามลำดับ (Groenewegen et al., 2020) ในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2560 ถึง 2562 มีจำนวนผู้ป่วย 107,257, 211,987 และ 116,715 รายตามลำดับ โดยเป็นผู้ป่วยในพื้นที่จังหวัดกรุงเทพมหานครจำนวน 6,944, 16,366 และ7,846 รายตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562) ข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ระหว่างปี พ.ศ. 2561 ถึง 2563 มีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังจำนวน 366, 321 และ 347 รายตามลำดับ เมื่อเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตสูง มีอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยที่ 1, 2, 5 และ 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 87, 73, 57 และ 35 ตามลำดับ (Jones et al., 2019) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีอาการรุนแรง และต้องเข้าเพื่อรับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่เป็นระยะ และใช้เวลาพักรักษาค่อนข้างนาน สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในยุโรปและอเมริกามีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย 5 - 9 วัน (Cowie, 2015) ในขณะที่ในเอเชียมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลประมาณ 5 - 12 วัน (Reyes et al., 2016) สำหรับผู้ป่วยในประเทศไทย พบว่า มีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลอยู่ที่ 4 วัน (กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562) และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 30,700 ล้านดอลลาร์ต่อปี (Heidenreich et al., 2013) ในยุโรปโดยเฉลี่ยประมาณ 980 ล้านดอลลาร์ต่อปี และในประเทศไทยคิดเป็นเงินราว 40,280 บาทต่อรายต่อปี (ศิริวรรณ ชัยกิจอำนวยโชค และจีราพรรณ อันบุรี, 2558) ข้อมูลดังกล่าวข้างต้นชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการควบคุมความรุนแรงของโรคเพื่อไม่ให้ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังส่งผลกระทบที่รุนแรงต่อระบบสุขภาพโดยรวมต่อไปได้

ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (chronic heart failure) เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่เกิดจากความผิดปกติทางโครงสร้างหรือการทำงานของหัวใจ ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายลดลง (European Society of Cardiology, 2016) ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังจะปรากฏอาการเมื่อหัวใจสูญเสียความสามารถในการบีบตัวจนทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจต่อนาทีลดลงจนปริมาณ

เลือดในขณะนั้นไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย (ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, 2558) ในภาวะปกติ เมื่อปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง ร่างกายจะมีกลไกการชดเชยโดยการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกร่วมกับการทำงานของระบบเรนินแองจิโอเทนซินอัลโดสเตอโรน (renin – angiotensin - aldosterone system) ในการดูดกลับสารน้ำและโซเดียมที่ไต เพื่อคงปริมาตรของสารน้ำนอกเซลล์เป็นการช่วยเพิ่มปริมาตรเลือดในหัวใจห้องล่างซ้าย ส่งผลให้มีการเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายได้ เมื่อกลไกชดเชยเหล่านี้ดำเนินไปในเวลานานขึ้น ปริมาตรเลือดที่เพิ่มมากขึ้นในห้องหัวใจระยะคลายตัว (preload) ร่วมกับผลจากการหดตัวของหลอดเลือดที่ทำให้เกิดแรงดันในหลอดเลือดดำทั่วร่างกายเพิ่มสูงขึ้น (afterload) จึงส่งผลให้หัวใจต้องทำงานหนักยิ่งขึ้น ทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายมีการขยายตัวและหนาตัวขึ้น ส่งผลทำให้แรงในการบีบตัวของหัวใจลดลง ส่งผลกระทบให้เลือดไปเลี้ยงไตได้ลดลง กลายเป็นวงจรที่ทำให้ปริมาณสารน้ำคั่งอยู่ในระบบหัวใจและหลอดเลือดมากเกินไป ที่เรียกว่าภาวะน้ำเกิน กระบวนการเหล่านั้นทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของแรงดันในหลอดเลือดฝอยที่ปอด สารน้ำจึงออกนอกหลอดเลือดไปคั่งอยู่ภายในถุงลมปอด จึงทำให้ผู้ป่วยปรากฏกลุ่มอาการภาวะน้ำเกินขึ้น ได้แก่ อ่อนล้า หายใจหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ไอ และบวมตามร่างกาย เป็นต้น และมีอาการแสดงร่วมที่สำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว ระดับออกซิเจนในเลือดต่ำลง เป็นต้น (Pellicori et al., 2015; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2560)

ภาวะน้ำเกิน เป็นกลุ่มอาการพบได้บ่อยที่สุดมากถึงร้อยละ 50 และเป็นสาเหตุหลักของการเข้ารักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (Bensimhon et al., 2021; Shoaib et al., 2014; Zaharova, 2019) จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่เกิดภาวะน้ำเกินร้อยละ 20 มีการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 วัน และร้อยละ 50 มีการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 60 วัน (O'Connor, 2017) สอดคล้องกับการศึกษาของรูบิโอ้-การ์เซีย และคณะ (Rubio - Gracia et al., 2018) ที่พบว่า ร้อยละ 97 ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำเกิน ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีภาวะน้ำเกินที่คงอยู่จะมีโอกาสกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 60 วันเพิ่มขึ้น 1.88 เท่า (*HR* [95%CI] = 1.88 [1.39 - 2.55]) และมีโอกาสเสียชีวิตภายใน 180 วันเพิ่มขึ้น 1.54 เท่า (*HR* [95%CI] = 1.54 [1.16 - 2.04])

เป้าหมายที่สำคัญในการควบคุมสารน้ำในร่างกายของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังตามแนวทางการรักษาภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังของ European Society of Cardiology (ESC) ปี ค.ศ. 2016 และของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 ได้เน้นหลักการ control volume - diuretic คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำเกินจะต้องมีการได้รับยาขับปัสสาวะ ผู้ป่วยจะต้องสามารถปรับขนาดยาขับปัสสาวะได้ด้วยตนเองขณะอยู่ที่บ้านตามแนวทางการ

ปรับยาขับปัสสาวะ (Flexible Diuretic Guidelines) (South Eastern Sydney local health district, 2012) โดยผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติชั่งน้ำหนักทุกวัน หากน้ำหนักเพิ่มขึ้นรวดเร็วในเวลา 1 วัน ให้ปรับขนาดยาปัจจุบัน เช่น 40 มิลลิกรัม ตอนเช้า ปรับยาเป็น 80 มิลลิกรัม ตอนเช้า, 80 มิลลิกรัม ตอนเช้า ปรับยาเป็น 80 มิลลิกรัมตอนเช้า และ 40 มิลลิกรัม ตอนเที่ยง เป็นต้น การที่ผู้ป่วยสามารถปรับยาขับปัสสาวะได้ด้วยตนเองและมีการติดตามน้ำหนักอย่างสม่ำเสมอจะสามารถลดการกลับเข้ารักษาที่ห้องฉุกเฉินและลดอัตราการนอนโรงพยาบาลได้ดีกว่าการได้รับการรักษาตามปกติ (Jones et al., 2012) ดังนั้น ผู้ป่วยต้องกระทำร่วมกับการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง (Kanjanavanit, 2015) ประกอบด้วย ด้านการใช้ยาขับปัสสาวะ ร่วมกับการลดหรือจำกัดปัจจัยเสี่ยงที่จะส่งผลให้ร่างกายมีปริมาณสารน้ำนอกเซลล์มากเกินไป ทั้งด้านการจำกัดอาหารโซเดียม ด้านการรักษาความสมดุลของน้ำในร่างกาย ด้านการติดตามอาการและจัดการอาการด้วยตนเอง (ไวยพร พรมวงค์ และจรูญศรี มีหนองว้า, 2562; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยและชมรมโรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2557; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยและชมรมโรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2551; รังสฤษฎ์ กายจนะวณิชย์ และอรินทยา พรหมินธิกุล, 2557; Pellicori et al., 2015) จะเห็นได้ว่า แนวทางในการรักษานั้นค่อนข้างยุ่งยากซับซ้อนการควบคุมภาวะน้ำเกินจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันเพื่อสร้างความสมดุลของปริมาณสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย เพื่อช่วยลดภาระการทำงานของหัวใจ ช่วยบรรเทาอาการจากภาวะน้ำเกินในร่างกายได้อย่างรวดเร็วในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีอาการแสดงของภาวะน้ำเกิน เช่น เหนื่อยหอบ ขาบวมน้ำ เป็นต้น เพิ่มการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ให้ดีขึ้น ทั้งยังช่วยลดการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลและลดอัตราการตายของผู้ป่วยกลุ่มนี้

ดังนั้น การจัดการภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจึงมีความสำคัญเพื่อลดความรุนแรงของโรค ซึ่งพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองเป็นกิจกรรมทางสุขภาพที่ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันกระทำเพื่อควบคุมความรุนแรงของภาวะน้ำเกิน ซึ่งเป็นการจัดการทางสุขภาพที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ในแต่ละวันผู้ป่วยต้องกระทำกิจกรรมหลายอย่างทั้ง การใช้ยาขับปัสสาวะ การจำกัดอาหารโซเดียม การรักษาความสมดุลของน้ำในร่างกาย การติดตามอาการและจัดการอาการด้วยตนเอง ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทีมสุขภาพและครอบครัวเพื่อให้จัดการภาวะน้ำเกิดด้วยตนเองสำเร็จ

การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังยังมีจำกัด โดยการศึกษาในประเทศไทยเป็นการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเอง ได้แก่ การศึกษาของสินีนุช หลวงพิทักษ์ (2558) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเป็นการศึกษาการจัดการตนเองโดยรวมตามมาตรฐานการดูแลสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยเน้นให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองในด้านการจำกัดโซเดียม

ในอาหารและควบคุมปริมาณน้ำดื่ม ด้านการรับประทานยาสม่ำเสมอ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการพักผ่อน ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การควบคุมน้ำหนักตัว การหยุดสูบบุหรี่ การระวังไม่ให้ท้องผูก การป้องกันการติดเชื้อ การระมัดระวังการมีเพศสัมพันธ์ ด้านการเฝ้าระวังและจัดการอาการและอาการแสดงที่เกิดจากภาวะโซเดียมและน้ำเกิน ด้านการมาพบแพทย์ตามนัด จากการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่า เป็นการศึกษาที่มุ่งเน้นการจัดการตนเองโดยรวม ซึ่งขาดการศึกษาพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินที่จำเป็นในแต่ละด้าน เนื่องจากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังส่วนใหญ่มักมีอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำเกินที่ทำให้ต้องกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล แต่การศึกษาในต่างประเทศชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอาจยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตนในการจัดการภาวะน้ำเกิน การศึกษาเชิงคุณภาพของวูดซ และคณะ (Woods et al., 2018) ศึกษาการรับรู้ภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าภาวะน้ำเกินเป็นอาการที่ทำให้ไม่สุขสบายมีความรู้สึกกระหายน้ำตลอดเวลา ผู้ป่วยยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับอาการภาวะน้ำเกินและแนวทางการรักษาของแพทย์มีความยุ่งยาก การศึกษาถึงพฤติกรรมเกี่ยวกับการควบคุมภาวะน้ำเกิน พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ร้อยละ 85.5 ไม่ประเมินอาการบวม (สุรชัย กอบเกื้อชัยพงษ์, 2556) ร้อยละ 57.8 ขาดการจำกัดอาหารที่มีโซเดียมสูง ร้อยละ 45 ไม่สังเกตอาการผิดปกติจากภาวะน้ำเกิน ร้อยละ 40 ไม่ชั่งน้ำหนักตัวเองทุกวัน ร้อยละ 36 ไม่จำกัดน้ำดื่ม และร้อยละ 18 ขาดความสม่ำเสมอในการรับประทาน (Jarrsma et al., 2013) และการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ การศึกษาของเมลิน และคณะ (Melin et al., 2018) พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ดี จะมีโอกาสในการเกิดภาวะน้ำเกินและกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้สูง และการศึกษาของมากาย่า และคณะ (Makaya et al., 2013) พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการควบคุมภาวะน้ำเกินอยู่ในระดับต่ำ และจากการศึกษาของฟิลิปสันส์ และคณะ (Philipson et al., 2013) พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีระดับความรุนแรงและความทนในการทำกิจกรรม 2 - 3 มีโอกาสเกิดภาวะน้ำเกินกำเริบซ้ำ ซึ่งชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังส่วนใหญ่ที่มีระดับความรุนแรงและความทนในการทำกิจกรรม 2 - 3 จำเป็นต้องมีการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในการจัดการภาวะน้ำเกิน หากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองที่ไม่ดี จะทำให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นจนต้องกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Toback & Clark, 2017)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองซึ่งส่วนใหญ่ยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง แต่มีงานวิจัยที่มีความใกล้เคียงกันในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีประวัติเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังร่วมด้วย ได้แก่ ปัจจัยความรู้ สมรรถนะแห่งตน การกำกับตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของไรอัลและซาวิน (Ryan & Sawin, 2009) เชื่อว่า

กระบวนการจัดการตนเองที่ประกอบด้วยความรู้ สมรรถนะแห่งตน การกำกับตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ความรู้เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง เป็นปัจจัยที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติตามแผนการรักษา การมีความรู้ในเรื่องโรคและแนวทางการรักษา จึงน่าจะมีส่วนทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเกิดพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองได้ดีขึ้น ดังผลการศึกษาของจริญญา คมเฉียบ (2556) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .43, p < .05) และพบงานวิจัยในกลุ่มโรคที่มีความใกล้เคียง คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคไตที่ชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง เช่น การศึกษาของคาร์ตินี และคณะ (Kartini et al., 2020) พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีความรู้อยู่ในระดับสูงมีโอกาสเกิดพฤติกรรมในการจำกัดน้ำได้มากกว่ากลุ่มที่มีความรู้อยู่ในระดับต่ำถึง 10.350 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 10.350, 95%CI = 1.787 - 59.959, p < .001) การศึกษาของราชแมน (Rahman, 2020) พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีความรู้ในระดับต่างกันมีพฤติกรรมการควบคุมอาหารด้านการจำกัดโซเดียมที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) จึงอาจกล่าวได้ว่า หากผู้ป่วยมีความรู้ก็จะมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง ความรู้ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติตามแผนการรักษา เมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับภาวะน้ำเกินจะช่วยทำให้เกิดความเข้าใจมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนของโรค ลดระยะการนอนโรงพยาบาลนาน และลดอัตราการตาย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาถึงความสัมพันธ์ของความรู้กับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยด้านความเชื่อของผู้ป่วย เป็นความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลที่จะมีพฤติกรรมการจัดการตนเอง บุคคลที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนจะกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมและดำรงพฤติกรรมนั้นไว้ได้ (Bandura, 1986) ดังนั้น ถ้าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีความเชื่อมั่นต่อความสามารถในควบคุมภาวะน้ำเกินก็จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองสูงได้ ซึ่งจากการค้นคว้ายังไม่พบการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง แต่พบงานวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยโรคไต ได้แก่ การศึกษาของจอห์น (John, 2012) พบว่าสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจำกัดน้ำเกินรายวันที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .56, p < .001) การศึกษาของวอชิงตันและคณะ (Washington et al., 2018) พบว่า ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่มีสมรรถนะแห่งตนสูงมีการจำกัดน้ำมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสมรรถนะแห่งตนต่ำ 1.09 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 1.09, 95%CI = 1.03 - 1.16, p < .05) การศึกษาของชัชวาล วงค์สารี และวรุณศิริ ปราณีธรรม (2561)

พบว่าสมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานโซเดียมและการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .473, p < .05) และการศึกษาของสาวิกา อร่ามเมือง และคณะ (2561) พบว่า สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจำกัดน้ำในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .595, p < .05) จึงอาจกล่าวได้ว่า เมื่อผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นใจในสมรรถนะของตนเองสูง ผู้ป่วยจะสามารถปฏิบัติและคงพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น การรับประทานโซเดียมและการจำกัดน้ำไว้ได้ เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งชะลอความก้าวหน้าของโรคได้ด้วยตนเอง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาสมรรถนะแห่งตนที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

การกำกับตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลควบคุมและชี้นำพฤติกรรมของตนไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ ตลอดจนพัฒนารูปแบบการคิดและการกระทำเพื่อบรรลุพฤติกรรมใหม่ (Bandura, 1986) โดยมีการวางแผนและปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนกิจกรรมในแต่ละวันอย่างเป็นพลวัตร เริ่มต้นจากการตั้งเป้าหมายในการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองตามปริมาณน้ำที่สามารถดื่มได้ในแต่ละวัน ร่วมกับการตั้งเป้าหมายปริมาณน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นไม่ให้เกินเกณฑ์ที่กำหนดแต่ละวัน (วรรวิษา สำราญเนตร และคณะ 2563) เมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีการกำกับตนเองดี ก็จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นตามเป้าหมาย และยังส่งผลลัพธ์เชิงบวกด้านสุขภาพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (Mitchell et al., 2014) รวมทั้งส่งผลลัพธ์เชิงบวกด้านการจัดการโรคและด้านการใช้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ (Bos - Touwen et al., 2015) ซึ่งจากการค้นคว้ายังไม่พบการศึกษาการกำกับตนเองกับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองโดยตรง แต่เป็นการศึกษาส่วนหนึ่งของพฤติกรรมการจัดการตนเองเท่านั้น ได้แก่ การศึกษาของซาฮาโรวา (Zaharova, 2019) พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีการกำกับตนเองสูงมีพฤติกรรมการจัดการตนเองมากกว่าผู้ป่วยที่มีการกำกับตนเองต่ำ 0.78 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 0.78, 95%CI = 0.04 - 1.52, p < .05) และจากการศึกษาของชิว และคณะ (Chew et al., 2021) พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีการกำกับตนเองสูงมีพฤติกรรมการจัดการตนเองมากกว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีการกำกับตนเองต่ำ 13.9 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 13.9, 95%CI = 8.02 - 19.9, p < .001) และพบงานวิจัยในกลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ การศึกษาของกมลพร สิริคุตจตุพร และคณะ (2560) พบว่า การกำกับตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .768, p < .01) จึงอาจกล่าวได้ว่า เมื่อผู้ป่วยสามารถกำกับตนเองได้ดี ก็จะทำให้มีพฤติกรรมในการจัดการตนเองได้ดีขึ้น ส่งผลทำให้มีการกลับมารักษาที่โรงพยาบาลน้อยลง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษา

การกำกับตนเองที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีส่วนในการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วย ซึ่งได้รับจากบุคคลรอบข้างทั้งครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ และบุคคลอื่นในสังคม (Sayers et al., 2008) เป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งจากการค้นคว้ายังไม่พบการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง แต่พบงานวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรั้ง ได้แก่ การศึกษาของอัลฮูสนา และคณะ (Al Husna et al., 2019) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการจำกัดน้ำเกินของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดในเมืองมาลัง ประเทศอินโดนีเซียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.339, p < .001) และการศึกษาของคาร์ตินี และคณะ (Kartini et al., 2020) พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงมีโอกาสเกิดพฤติกรรมในการจำกัดน้ำได้มากกว่ากลุ่มที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำถึง 17.143 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 17.143, 95%CI = 2.950 - 99.606, p < .001) แต่การศึกษาของฮูเซ็นและสิทารา (Hossain & Sitara, 2020) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจำกัดน้ำและโซเดียมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในประเทศบังคลาเทศ จึงอาจกล่าวได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับความช่วยเหลือจากสังคมที่ดี จะส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองที่ดีขึ้น แต่ผลการศึกษาบางส่วนยังมีความขัดแย้งกันในกลุ่มโรคไต ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

โดยสรุป จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังโดยตรง รวมทั้งจากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัยในแหล่งบริบทที่ผู้วิจัยกำลังศึกษา พบว่า ปัญหาของผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินที่ไม่ถูกต้อง และยังไม่ครอบคลุมถึงการมีส่วนร่วมสนับสนุนของครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และเป็นการศึกษาในต่างประเทศ นอกจากนี้ การศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังยังมีจำกัด และบางปัจจัยยังมีผลการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ สมรรถนะแห่งตน การกำกับตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เพื่อนำข้อมูลมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังให้มีพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองที่ดีขึ้น เป็นการช่วยป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ สมรรถนะแห่งตน การกำกับตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอยู่ในระดับใด

2. ความรู้ สมรรถนะแห่งตน การกำกับตนเอง การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังหรือไม่ อย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

คะแนนเฉลี่ยความรู้ คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตน คะแนนเฉลี่ยการกำกับตนเอง คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของไรอัลและซาวิน (Ryan & Sawin, 2009) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย วิเคราะห์ถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ สมรรถนะแห่งตน การกำกับตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยไรอัลและซาวิน (Ryan & Sawin, 2009) เชื่อว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองเป็นผลลัพธ์ของกระบวนการจัดการตนเองที่ดีร่วมกับบริบทที่เป็นปัจจัยเกื้อหนุนต่อการจัดการตนเองของบุคคล ประกอบด้วย มิติด้านบริบท (Context) ประกอบด้วยปัจจัย 3 ด้าน คือ 1) ปัจจัยด้านเงื่อนไขเฉพาะ 2) ปัจจัยด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อมทางสังคม 3) ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว นำมาสู่มิติด้านกระบวนการ (Process) ประกอบด้วย 1) ความรู้และความเชื่อในภาวะสุขภาพ (Knowledge & Belief) คือ การที่บุคคลมี

แนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมจัดการสุขภาพให้เป็นไปตามเป้าหมายได้นั้น ก็ต่อเมื่อบุคคลมีข้อมูลที่เพียงพอซึ่งเป็นข้อเท็จจริงที่เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่เฉพาะเจาะจง และมีการยอมรับความเชื่อด้านสุขภาพที่เป็นไปตามเป้าหมายของพฤติกรรมการจัดการตนเอง ได้แก่ สมรรถนะแห่งตน (Self - efficacy) เป็นการเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อให้เกิดความสำเร็จในพฤติกรรมนั้น ๆ ซึ่งต้องมีความคาดหวังต่อผลลัพธ์ (Outcome competency) เป็นความเชื่อที่เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ โดยจะส่งผลลัพธ์ให้เป็นไปตามที่คาดหวัง และการตั้งเป้าหมาย (Goal congruence) เป็นการตัดสินใจในการแก้ปัญหาจากความต้องการของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายสุขภาพที่ไม่ดี และความต้องการของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายสุขภาพที่ดี ดังนั้น การเพิ่มพูนความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพที่เฉพาะเจาะจง ซึ่งประกอบด้วยสมรรถนะแห่งตนที่ดีจะนำไปสู่การมีส่วนร่วมที่เป็นพฤติกรรมในการจัดการตนเอง 2) การกำกับตนเอง (Self - regulation) คือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการจัดการตนเอง โดยมีการใช้กระบวนการที่ได้ครอบคลุมถึงกิจกรรมหลายอย่าง ได้แก่ ตั้งเป้าหมายด้วยตนเอง เฝ้าสังเกตตนเอง สะท้อนคิด ตัดสินใจ วางแผน ประเมินและตอบสนองในการจัดการด้วยตนเอง และ 3) การสนับสนุนทางสังคม คือ อิทธิพลทางสังคมที่บุคคลนั้นจะได้รับการช่วยเหลือความร่วมมือจากครอบครัวและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพเพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีขึ้น โดยที่เมื่อบุคคลได้รับการส่งเสริมความรู้ที่เหมาะสม มีความเชื่อมั่นโดยการมีสมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ร่วมกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจนสามารถกำกับตนเองได้ ก็จะนำไปสู่การเกิดมิติด้านผลลัพธ์ (Outcome) ของการมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดี

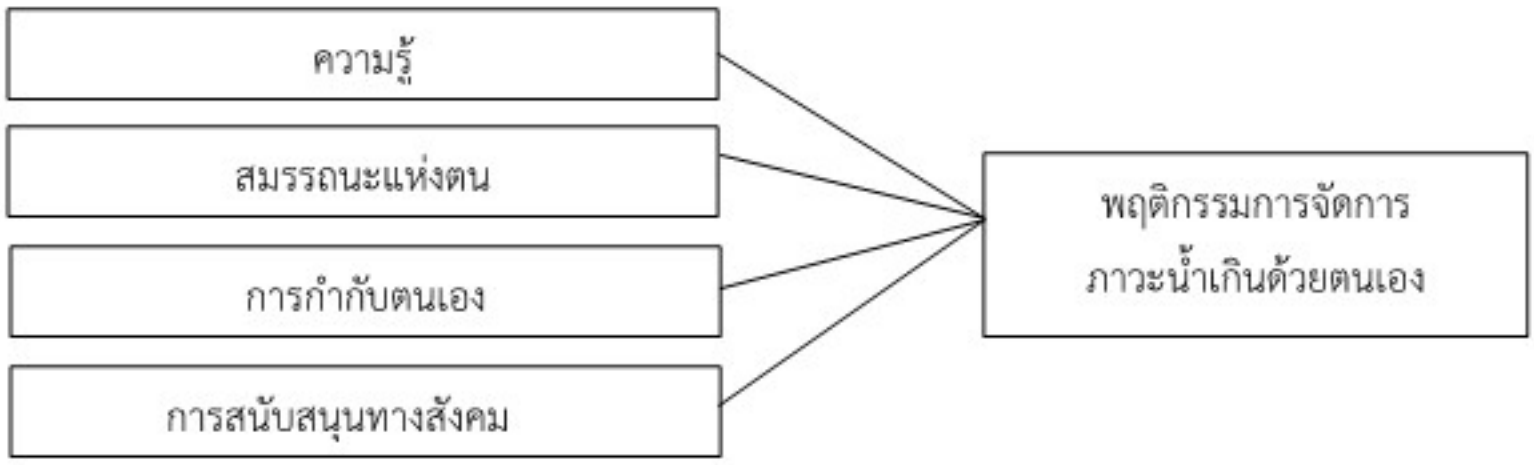
ในครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยในมิติด้านกระบวนการจัดการตนเอง และมิติด้านผลลัพธ์ เนื่องจากมิติด้านกระบวนการเป็นมิติที่ส่งผลโดยตรงทำให้เกิดมิติด้านผลลัพธ์ คือ พฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง ในกระบวนการจัดการตนเองนั้น เมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีความรู้ (knowledge) เกี่ยวกับภาวะน้ำเกินและการจัดการตนเองที่เกี่ยวข้องกับภาวะน้ำเกิน เป็นพื้นฐานในการตัดสินใจของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .43, p < .05) (จริญญา คมเฉียบ, 2556) ร่วมกับมีสมรรถนะแห่งตน (self - efficacy) สูงในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองได้ดี จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการจำกัดน้ำเกินรายวันที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .56, p < .001) (John, 2012) พร้อมทั้งมีการกำกับตนเอง (Self - regulation) ที่ดีที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองได้สำเร็จ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การกำกับตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .77, p < .01) (กมลพร สิริคุตจตุพร และคณะ, 2560) รวมไปถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคม (social support) ที่ดีซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงแหล่งอำนวยความสะดวกในสังคมได้ ก็จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีนั่นคือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองที่ดีได้ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติในการจำกัดน้ำเกินของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดในเมืองมาลัง ประเทศอินโดนีเซียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .34, p < .001) (Al Husna et al., 2019)

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ สมรรถนะแห่งตน การกำกับตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยสามารถสรุปแผนภาพกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ 1

ภาพ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



นิยามตัวแปรและนิยามศัพท์ที่สำคัญ

นิยามตัวแปร

พฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังและมีการจัดการตนเองโดยครอบครัวสนับสนุนในการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง ประกอบด้วย ด้านการใช้ยาขับปัสสาวะ ด้านการจำกัดอาหารโซเดียม ด้านการรักษาความสมดุลของน้ำในร่างกาย ด้านการติดตามอาการและจัดการอาการด้วยตนเอง ประเมินโดยใช้

แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยดัดแปลงจากแบบประเมินการจัดการตนเองของสินีนุช หลวงพิทักษ์ (2558) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม

ความรู้ หมายถึง สิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาค้นคว้า ประสบการณ์ และทักษะความเข้าใจของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่เกี่ยวกับภาวะน้ำเกิน และการจัดการตนเองที่เกี่ยวข้องกับภาวะน้ำเกิน ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำเกิน โดยดัดแปลงจากแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองของสินีนุช หลวงพิทักษ์ (2558) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม

สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความเชื่อมั่นของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ประกอบด้วย ด้านการใช้ยาขับปัสสาวะ ด้านการจำกัดอาหารโซเดียม ด้านการรักษาความสมดุลของน้ำในร่างกาย ด้านการติดตามอาการและจัดการอาการด้วยตนเอง ประเมินโดยใช้แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง โดยดัดแปลงจากแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของสินีนุช หลวงพิทักษ์ (2558) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม

การกำกับตนเอง หมายถึง กระบวนการของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในการกำกับตนเองให้เกิดพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง ประกอบด้วยการตั้งเป้าหมาย การเฝ้าสังเกตตนเอง การสะท้อนคิด การตัดสินใจ การวางแผน การประเมินตนเองและการตอบสนองต่อการจัดการ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการกำกับตนเอง โดยดัดแปลงจากแบบสอบถามการกำกับตนเองของกมลพร สิริคุตจตุพร และคณะ (2560) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เกี่ยวกับการได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์และบุคคลอื่นในสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากรที่เกี่ยวกับการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม โดยดัดแปลงจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของสินีนุช หลวงพิทักษ์ (2558) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม

นิยามศัพท์ที่สำคัญ

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมานานกว่า 3 เดือนขึ้นไป (American College of Cardiology Foundation/ American Heart Association, 2017) และมีระดับความรุนแรงและความทนในการทำกิจกรรม (NYHA) FC II ถึง III

ครอบครัวของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง หมายถึง บุคคลทั้งที่เป็นญาติสายตรง และไม่ใช่สายตรงรวมทั้งผู้ดูแล ซึ่งมีหน้าที่หลักในการสนับสนุนผู้ป่วยให้มีการจัดการตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่จำเป็นในการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง ประกอบด้วย ด้านการใช้ยาขับปัสสาวะ ด้านการจำกัดอาหารโซเดียม ด้านการรักษาความสมดุลของน้ำในร่างกาย ด้านการติดตามอาการและจัดการอาการด้วยตนเอง

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ สมรรถนะแห่งตน การกำกับตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ที่มารับบริการที่แผนกสถาบันหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง จังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 84 คน ระหว่างมกราคม พ.ศ. 2565 – มีนาคม พ.ศ. 2565

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานให้เกิดความรู้ความเข้าใจพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมากขึ้น รวมถึงเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลหรือพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองที่เหมาะสม เพื่อเป้าหมายในการป้องกันการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลวต่อไป

2. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และการควบคุมความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังต่อไป

บทที่ 2
วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ สมรรถนะแห่งตน การกำกับตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ผู้วิจัยได้ศึกษา ทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. ภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
   - 1.1 ความหมายของภาวะน้ำเกิน
   - 1.2 สาเหตุการเกิดภาวะน้ำเกิน
   - 1.3 กลไกการเกิดภาวะน้ำเกิน
   - 1.4 อาการและอาการแสดงของภาวะน้ำเกิน
   - 1.5 แนวทางการรักษาของภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
2. พฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
   - 2.1 ความหมายของพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง
   - 2.2 พฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
   - 2.3 เครื่องมือวัดพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง
3. ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง
   - 4.1 ความรู้
   - 4.2 สมรรถนะแห่งตน
   - 4.3 การกำกับตนเอง
   - 4.4 การสนับสนุนทางสังคม
5. สรุปการทบทวนวรรณกรรม

ภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมานานกว่า 3 เดือนขึ้นไป (American College of Cardiology Foundation/ American Heart Association, 2017) โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมักเกิดภาวะน้ำเกิน ร้อยละ 50 และมีการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 60 วัน (O'Connor, 2017) ซึ่งกลุ่มอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำเกินที่พบบ่อยที่สุด คือ อาการเหนื่อยหรือหายใจลำบาก ร้อยละ 96.7 (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2562) ซึ่งลักษณะอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำเกินได้แบ่งตามความรุนแรงของโรคจากระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2562) ถ้า NYHA - FC I พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังยังไม่เกิดอาการเหนื่อยในการทำกิจกรรมต่าง ๆ NYHA - FC II และ NYHA - FC III พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมักมีอาการเหนื่อยที่มาจากสาเหตุของภาวะน้ำเกิน แต่ยังพอสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ และ NYHA - FC IV พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมักมีอาการเหนื่อยมากที่มาจากสาเหตุของภาวะน้ำเกินรุนแรง จนไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า NYHA - FC II และ NYHA - FC III ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีอาการเหนื่อยที่เกิดจากภาวะน้ำเกินเป็นหลัก ซึ่งมีโอกาสในการเกิดภาวะน้ำเกินกำเริบซ้ำ (Philipson et al., 2013) และผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง NYHA - FC II และ NYHA - FC III เนื่องจากเป็นกลุ่มที่สามารถจัดการตนเองได้ และเป็นกลุ่มที่อยู่ในบริบทที่ผู้วิจัยได้ศึกษา โดยภาวะน้ำเกินมีการให้ความหมายดังหัวข้อถัดไป

ความหมายของภาวะน้ำเกิน

สถาบันต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม (Endocrine and Metabolic Disorders Institute, 2020) ให้ความหมายของภาวะน้ำเกินว่า การมีน้ำนอกเซลล์มากเกินเกิดขึ้นได้ทั้งภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ไตวาย โรคไต และโรคตับแข็ง เนื่องมาจากไตกักเก็บโซเดียมในร่างกายเพิ่มขึ้น

โรคไตในโรคหัวใจและหลอดเลือดของสมาคมโรคหัวใจแห่งอเมริกา (The Kidney in Cardiovascular Disease of the American Heart Association, 2017) ให้ความหมายของภาวะน้ำเกินว่า หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดได้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เมื่อความสามารถในการสูบฉีดเลือดของหัวใจลดลง ไตจะไม่สามารถทำงานได้อย่างที่ควรจะเป็น ซึ่งจะทำให้มีของเหลวในร่างกายมากเกินไป

สมาคมโรคหัวใจแห่งอเมริกัน (American College of Cardiology Foundation/ American Heart Association, 2013) ให้ความหมายของภาวะน้ำเกินว่า ภาวะน้ำเกินเป็นภาวะที่ร่างกายมีปริมาตรน้ำนอกเซลล์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็นผลมาจากการได้รับน้ำหรือโซเดียมมากกว่าปกติ ปริมาณโซเดียมในร่างกายจึงเพิ่มขึ้นส่งผลทำให้หัวใจทำงานหนัก

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ภาวะน้ำเกิน หมายถึง การทำงานของหัวใจที่ผิดปกติจากการสูบฉีดเลือดของหัวใจลดลงที่ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ส่งผลทำให้ร่างกายได้รับปริมาตรน้ำนอกเซลล์ที่เพิ่มขึ้น จึงเกิดกลุ่มอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำเกิน ได้แก่ หายใจเหนื่อย บวมตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เป็นต้น โดยอาการของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

สาเหตุการเกิดภาวะน้ำเกิน

สาเหตุและปัจจัยชักนำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเกิดภาวะน้ำเกิน ได้แก่ การขาดความตระหนักรู้ในการเกิดภาวะน้ำเกินนั้นมีความเกี่ยวข้องอย่างมากกับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง แต่ยังพบว่าการตระหนักรู้ในตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังยังมีน้อย ซึ่งส่งผลทำให้พฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองไม่ดี จนนำไปสู่การเกิดภาวะน้ำเกินกำเริบซ้ำ (Fabbri et al., 2018) อีกทั้งการขาดความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารโซเดียมสูง การไม่จำกัดปริมาณน้ำดื่ม การขาดการติดตามอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นในแต่ละวันด้วยตนเอง เช่น เหนื่อย อาการหายใจเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้อาการบวมตามอวัยวะส่วนปลาย ปัสสาวะออกน้อยอาการแน่นหน้าอก จุกแน่นท้อง น้ำหนักเพิ่ม ไอ การขาดการติดตามอาการด้วยตนเอง เช่น ขาดการชั่งน้ำหนักตัวประจำวัน การประเมินอาการบวม การรับประทานยาขับปัสสาวะไม่สม่ำเสมอหรือไม่ได้รับประทานตามคำสั่งแพทย์และขาดความรู้ในการจัดการอาการน้ำเกินขั้นต้น (Ronco et al., 2012)

อีกทั้งปัจจัยที่ส่งผลให้อาการภาวะน้ำเกินมีความรุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมักมีพฤติกรรมการจัดการตนเองไม่เหมาะสมในการจัดการภาวะน้ำเกิน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบขึ้น ในทางตรงกันข้าม การจำกัดโซเดียมอย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดอาการบวมและน้ำคั่งในร่างกายได้ ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังลดการเข้าสู่ภาวะน้ำเกิน (volume overload) ซึ่งเป็นหนึ่งในอาการที่พบมากที่สุดที่ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกลับเข้ามารับรักษาตัวในโรงพยาบาลร้อยละ 85 - 100 จะมีภาวะของน้ำและเกลือคั่ง (จันทร์เพ็ญ สมโน, 2551) ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่มักกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ด้วยอาการ เหนื่อย บวม นอนราบไม่ได้ซึ่งเป็นอาการแสดงของภาวะน้ำเกินที่คุกคามชีวิต

โดยสรุป ภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เป็นอันตรายต่อชีวิตหากเกิดในระดับรุนแรงและแก้ไขที่สาเหตุได้ล่าช้า จะส่งผลให้มีอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ถือเป็นภาวะวิกฤตที่ต้องได้รับการรักษาเร่งด่วน ในทางตรงกันข้าม ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองที่เหมาะสม พบว่า จะช่วยควบคุมการกำเริบของหัวใจล้มเหลวจากภาวะน้ำเกิน ลดการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย ลดอัตราตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยได้

กลไกการเกิดภาวะน้ำเกิน

ภาวะน้ำเกินเป็นภาวะที่ร่างกายมีปริมาตรน้ำนอกเซลล์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็นผลมาจากการได้รับน้ำหรือโซเดียมมากกว่าปกติ ปริมาณโซเดียมในร่างกายจึงเพิ่มขึ้นส่งผลทำให้หัวใจทำงานหนัก (American College of Cardiology Foundation/ American Heart Association, 2017) โดยปริมาณเลือดทั้งหมดในระบบไหลเวียนโลหิตไม่ได้เป็นตัวกำหนดของการขับโซเดียมและน้ำในไต ความสมบูรณ์ของการไหลเวียนของหลอดเลือดเป็นปัจจัยสำคัญในภาวะยูโวเลเมีย (euvolemia) ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง อาจลดปริมาตรเลือดออกจากหัวใจต่อนาที (cardiac output) ซึ่งเป็นสาเหตุของการเติมเลือดของหลอดเลือดแดงไม่เพียงพอหรือปริมาตรเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีสูง (high cardiac output) ซึ่งกระตุ้นการขยายตัวของหลอดเลือดแดงและการไหลเวียนเลือดแดงเพื่อการชดเชยปริมาณเลือด ปริมาณเลือดทั้งหมดจะเพิ่มขึ้นจากขยายตัวของปริมาตรเลือดในระบบไหลเวียนของหลอดเลือดดำและระบบแรงต้านทานที่เกิดจากระบบไหลเวียนโลหิต (afterload) เพิ่มขึ้น ซึ่งแรงต้านทานที่เพิ่มขึ้นบวกกับการหดตัวของหัวใจที่เลือดถูกบังคับให้ออกจากห้องหัวใจและเข้าไปในหลอดเลือดแดงและปอด (systolic performance) ที่บกพร่อง ทำให้ความดันหัวใจห้องล่างซ้ายเพิ่มขึ้นอย่างเฉียบพลัน และทำให้มีการเพิ่มขึ้นของความดันในเลือดดำที่หัวใจห้องล่างซ้ายและหลอดเลือดในปอดอย่างเฉียบพลัน ทำให้เกิดความดันในถุงลมเพิ่มขึ้น

นอกจากนี้ การกระตุ้นระบบเรนินแองจิโอเทนซิน (Renin – angiotensin - aldosterone system) ซึ่งนำไปสู่การผลิตของแองจิโอเทนซินทู (angiotensin II) รวมถึงการหดตัวของหลอดเลือดบริเวณส่วนปลายและไต (เพื่อฟื้นฟูความดันหลอดเลือดแดงและปรับการเต้นของหัวใจ) กระตุ้นการกระหายน้ำมากขึ้น และกระตุ้นระบบประสาทแองจิโอเทนซินทู (Angiotensin II) ช่วยเพิ่มการสังเคราะห์ฮอร์โมนที่ถูกสร้างจากต่อมหมวกไต (aldosterone) ซึ่งทำให้การดูดซึมโซเดียมและโซเดียมในไตกลับคืนมา การกระตุ้นระบบประสาททำให้ระดับนอร์เอฟิเนฟฟริน (norepinephrine) ในพลาสมาสูงขึ้น ซึ่งกระตุ้นตัวรับแอลฟ่า (α) ในเนฟรอนช่วยเพิ่มการดูดซึมโซเดียมในท่อใกล้เคียง (จันทร์เพ็ญ สมโน, 2551) ตัวรับเบต้า (β) ในโครงสร้างของไตทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของหน่วย

ไตแต่ละอัน (Juxtaglomerular apparatus) ยังกระตุ้นระบบเรนินแองจิโอเทนซิน (Renin – angiotensin - aldosterone system) ซึ่งช่วยเพิ่มการดูดซึมโซเดียมในท่อส่วนต้น โดยปกติเปปไทด์ (atrial natriuretic) จะเพิ่มอัตราการกรองไตและการขับน้ำและโซเดียม อย่างไรก็ตามในภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น การทำงานเหล่านี้จะลดลงเพราะการหดตัวของหลอดเลือดในไตและลดการส่งโซเดียมไปยังไตส่วนปลายอาร์จินีนวาโซเพรสซิน (Arginine vasopressin) ถูกปล่อยออกมาเป็นผลมาจากภาวะที่ปริมาตรน้ำในหลอดเลือดลดลง (arterial underfilling) อาร์จินีนวาโซเพรสซิน (Arginine vasopressin) ช่วยเพิ่มความเข้มข้นของสารละลายในปัสสาวะ (urine osmolalities) นำไปสู่การหดตัวของหลอดเลือดแดงส่วนปลายและการดูดซึมน้ำกลับในเซลล์ของท่อส่วนปลายและท่อในไต ช่วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำให้ดีขึ้น (Albert, 2012)

ดังนั้น การกระตุ้นระบบฮอร์โมนประสาททำให้การกักเก็บโซเดียมและน้ำแย่ลง ซึ่งก่อให้เกิดความดันในปอด ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และอาการบวมน้ำ ท้ายที่สุดวงจรปัญหาของโรคก็เกิดขึ้น โดยการกระตุ้นระบบประสาทฮอร์โมนทำให้การทำงานของหัวใจแย่ลงและกระตุ้นระบบฮอร์โมนประสาทที่เพิ่มขึ้น

อาการและอาการแสดงของภาวะน้ำเกิน

โดยทั่วไปลักษณะของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมักมีอาการภาวะน้ำเกิน ได้แก่ หายใจเหนื่อยหอบ เหนื่อยล้า นอนราบไม่ได้ เหนื่อยหอบเวลากลางคืน อาการเหนื่อยล้า อาการบวมตามอวัยวะส่วนปลาย และมีภาวะเลือดคั่งที่ปอด เป็นสาเหตุให้มาตรวจซ้ำก่อนวันนัด ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังจะมีการดำเนินของโรคอย่างต่อเนื่อง ในระยะเริ่มแรกการปรับชดเชยของร่างกายจะช่วยคงสภาพการทำงานของหัวใจให้ใกล้เคียงปกติได้ แต่เมื่อดำเนินเข้าสู่ภาวะเรื้อรัง อาการต่าง ๆในภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้น (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2562)

อาการและอาการแสดงของภาวะน้ำเกิน มีหลายประการโดยแตกต่างกันออกไปตามระยะของโรค ซึ่งอาการและอาการแสดงที่พบบ่อยของภาวะน้ำเกิน ได้แก่ อาการหายใจลำบากอาการเหนื่อยล้า อาการบวม อาการหายใจลำบากขณะหลับ และอาการน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (Riegel et al., 2000) ดังมีรายละเอียดดังนี้

1. อาการหายใจลำบาก (Dyspnea) อาการหายใจลำบากเป็นความรู้สึกหรือการรับรู้และแปลผลของผู้ป่วยที่บอกถึงความยากลำบากในการหายใจหรือต้องออกแรง หายใจเพิ่มมากขึ้นกว่าปกติทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน

2. อาการบวม (Edema) อาการบวมเป็นกลุ่มอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำเกินซึ่งเกิดจากการสะสมของน้ำและโซเดียม โดยมีการคั่งค้างในระบบไหลเวียนเลือด ส่วนใหญ่จะแสดงอาการและอาการแสดง ได้แก่ บวมกดบุ๋มบริเวณเท้า ข้อเท้า ปัสสาวะออกปริมาณน้อย มักพบว่าเป็นอาการของหัวใจห้องล่างขวาล้มเหลว (Braunwald, 2001) โดยเป็นอาการที่บ่งบอกถึงประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลงแสดงถึงความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว (Chen & Schrier, 2006) โดยพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ร้อยละ 100 มักมีอาการบวมร่วมด้วยจากภาวะน้ำเกิน (Breidthardt, 2012)

3. อาการเหนื่อยล้า (Fatigues) เกิดจากกล้ามเนื้อบริเวณส่วนปลายได้รับเลือดที่ไม่เพียงพอ เนื่องจากเลือดที่ถูกส่งออกจากหัวใจในช่วงเวลาหนึ่งนาทีน้อยลง ส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นในขณะที่มีการออกกำลังกาย เป็นอาการที่บ่งบอกถึงผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลวที่อยู่ในขั้นกำเริบรุนแรง หรืออาจเกี่ยวข้องกับการได้รับปริมาณของยาขับปัสสาวะที่มากเกินไป และอาจมาจากผลข้างเคียงของยาขับปัสสาวะที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีโพแทสเซียมต่ำ

4. อาการไอ (Cough) เกิดจากภายในบริเวณหลอดเลือดของปอดมีการสะสมของเลือด ผู้ป่วยจึงมีการอาการและอาการแสดงไอเสมหะเป็นฟองสีชมพู ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะปอดบวมน้ำ (Pulmonary edema) เป็นอาการที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลวห้องล่างซ้าย

โดยสรุป ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมักค่อย ๆ สะสมอาการขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีอาการน้อย ๆ ค่อนข้างคงที่เป็นระยะเวลานาน โดยที่อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีไม่เท่ากันแต่ในระยะและความรุนแรงของโรคในช่วงที่เป็นผู้ป่วยนอก (chronic HF) เมื่อติดตามอาการต่อไปผู้ป่วยจะมีอาการทรุดลงเป็นระยะ เรียกว่า ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน (acute HF) ซึ่งเป็นช่วงที่ต้องดูแลใกล้ชิด ความรุนแรงของอาการนั้นขึ้นกับปัจจัยกระตุ้นในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวไม่เพียงส่งผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด แต่ยังส่งผลถึงการทำงานของระบบอื่น ๆ

แนวทางการรักษาของภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

แนวทางการรักษาของภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง มีหลักการคือ ลดความรุนแรงในการดำเนินโรค ลดอัตราการเสียชีวิตทั้งยังเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีรวมทั้งเพื่อชะลอการดำเนินของโรค (Pellicori et al., 2015) การรักษาของภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง มีหลายรูปแบบซึ่งแนวทางการรักษา พอสรุปได้ดังนี้

1. การรักษาด้วยการใช้ยา

1.1 ยาขับปัสสาวะกลุ่มไทอะไซด์ไดยูเรติค (Thiazide Diuretics) พิจารณาให้เมื่อมีการทำงานของไตที่ดีและมีการสะสมของน้ำที่ปอดไม่มาก ซึ่งมีการออกฤทธิ์ที่ไตโดยมีการกระตุ้นให้ปัสสาวะออกมา รวมทั้งเข้าไปขจัดการขนส่งโซเดียมและคลอไรด์ที่มีอยู่ภายในของหลอดไตบริเวณส่วนปลายซึ่งเป็นหน่วยของไต ส่งผลทำให้ปัสสาวะมีปริมาณที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งของเหลวนอกเซลล์และพลาสมามีปริมาณน้อยลง ซึ่งอาจจะช่วยให้ระบบการทำงานของหัวใจดีขึ้นและทำให้ความดันโลหิตลดลงได้

1.2 ยาขับปัสสาวะกลุ่มลูปไดยูเรติค (Loop Diuretics) พิจารณาให้เมื่อการทำงานของไตไม่ดี โดยเฉพาะมีค่าการกรองของไตน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อนาที หรือมีกลุ่มอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำเกินรุนแรงมาก ซึ่งออกฤทธิ์ที่ท่อไต (Loop of hale) โดยตัวยาจะออกฤทธิ์ยับยั้งการขนส่งสารโซเดียม โพแทสเซียม รวมทั้งยับยั้งคลอไรด์ซึ่งอยู่ที่ห่วงเฮนเล (Henle's Loop) บริเวณภายในของไต ร่างกายจะดูดซับโซเดียม คลอไรด์ และโพแทสเซียมเพื่อให้มีปริมาณลดลง ส่งผลทำให้สิ่งเหล่านี้มีการขับออกมาในรูปแบบของปัสสาวะ นอกจากนี้ ตัวยาช่วยทำให้แคลเซียมและแม็กนีเซียมที่มีในร่างกายลดลง

1.3 ยาขับปัสสาวะสไปโนโรแลคโตน (Spironolactone) ใช้เพื่อลดปริมาณการสะสมของน้ำในร่างกายซึ่งจะไม่นำโพแทสเซียมออกจากทางปัสสาวะด้วย มีการออกฤทธิ์เข้าไปยับยั้งโซเดียมและโพแทสเซียมที่มีการแลกเปลี่ยนกันภายในหลอดไตส่วนปลาย หรือยับยั้งระบบทำงานของฮอร์โมนแอลโดสเตอโรน (Aldosterone) มีหน้าที่ทำให้ร่างกายเกิดความสมดุลของน้ำและเกลือแร่ โดยยาตัวนี้มักจะนำไปใช้ในผู้ป่วยที่มีระดับโพแทสเซียมต่ำ

1.4 หลักการ control volume - diuretic เป็นแนวทางของการควบคุมปริมาณสารน้ำในร่างกายเพื่อควบคุมการเกิดภาวะน้ำเกิน โดย European Society of Cardiology (ESC) ปี ค.ศ. 2016 และแนวทางการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 ได้เน้นหลักการ control volume - diuretic คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำเกินจะต้องมีการได้รับยาขับปัสสาวะ ผู้ป่วยจะต้องสามารถปรับขนาดยาขับปัสสาวะได้ด้วยตนเองขณะอยู่ที่บ้านตามแนวทางการปรับยาขับปัสสาวะ (Flexible Diuretic Guidelines) (South Eastern Sydney local health district, 2012)

2. การรักษาด้วยการไม่ใช้ยา

เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและควบคุมปัจจัยเสี่ยง เป็นการแบบประคับประคองเพื่อลดการทำงานของหัวใจที่ชะลอความเสื่อมของโรคไม่ให้รุนแรงขึ้นโดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้จักการจัดการตนเองเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมควบคุมอาการของโรค ชะลอความก้าวหน้า

ของโรค (Stanley & Prasum, 2002) ได้แก่ การจำกัดอาหารโซเดียม การรักษาความสมดุลของน้ำในร่างกาย การติดตามอาการและจัดการอาการด้วยตนเอง

โดยสรุป แนวทางการรักษาของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีหลักการคือ ลดความรุนแรงในการดำเนินโรค ลดอัตราการเสียชีวิตเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และมีคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้นรวมทั้งเพื่อชะลอการดำเนินของโรค ในการศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นการรักษา คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและควบคุมปัจจัยเสี่ยง เพื่อประคับประคองและลดการทำงานของหัวใจที่ชะลอความเสื่อมของโรคไม่ให้รุนแรงขึ้นโดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้จักการจัดการตนเองเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

พฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ความหมายของพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง

เบนเนท และคณะ (Barnett et al., 2008) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคคลากร ทีมสุขภาพในการรักษา และป้องกันหรือลดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะน้ำเกิน หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า ความร่วมมือในการรักษาภาวะน้ำเกิน ประกอบด้วย การควบคุมอาหารและการควบคุมสารน้ำที่ได้รับทางปาก

อัลเบิร์ด (Albert, 2012) ให้ความหมายของพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง หมายถึง การบรรเทาอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำเกินและรักษาการไหลเวียนโลหิตในการลดการเกิดซ้ำของภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ไรอัลและซาวิน (Ryan & Sawin, 2009) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นพฤติกรรมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งครอบครัวได้ เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกบุคคลในครอบครัวจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในระบบครอบครัว เพื่อปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดี

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้พฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังและมีการจัดการตนเองโดยครอบครัวสนับสนุนในการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง ประกอบด้วย ด้านการใช้ยาขับปัสสาวะ ด้านการจำกัดอาหารโซเดียม ด้านการรักษาความสมดุลของน้ำในร่างกาย ด้านการติดตามอาการและจัดการอาการด้วยตนเอง

พฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

พฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง สามารถจัดการกับภาวะน้ำเกินได้นั้น จึงต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม ประกอบด้วย ด้านการใช้ยาขับปัสสาวะ ด้านการจำกัดอาหารโซเดียม ด้านการรักษาความสมดุลของน้ำในร่างกาย ด้านการติดตามอาการและจัดการอาการด้วยตนเอง (ไวยพร พรมวงค์ และจรูญศรี มีหนองว้า, 2562; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยและชมรมโรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2557; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยและชมรมโรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2551; รังสฤษฎ์ กายจนะวณิชย์ และอรินทยา พรหมินธิกุล, 2557; European Society of Cardiology, 2016; Pellicori et al., 2015) มีรายละเอียด ดังนี้

1. ด้านการใช้ยาขับปัสสาวะ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ควรจะได้รับคำแนะนำเรื่องการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเองขณะอยู่ที่บ้านตามแนวทางการปรับยาขับปัสสาวะ (Flexible Diuretic Guidelines) (South Eastern Sydney local health district, 2012) ตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ โดยมีข้อควรปฏิบัติ รายละเอียดดังนี้

1.1 ผู้ป่วยชั่งน้ำหนักทุกวัน หากมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว คือ 1 กิโลกรัม ในเวลา 1 วัน หรือ 2 กิโลกรัม ในเวลา 2 – 3 วัน และ/หรือมีอาการขา บวม กดบุ๋ม เหนื่อย นอนราบไม่ได้ หากปกติผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาขับปัสสาวะกลุ่ม loop diuretic เป็นประจำหรือรับประทานยาขับปัสสาวะกลุ่ม thiazide อยู่ ให้เปลี่ยนเป็นยาขับปัสสาวะกลุ่ม loop diuretic เช่น furosemide รับประทานขนาด 20 มิลลิกรัมต่อวัน (ในกรณีผู้ป่วยที่การทำงานของไตปกติ)

1.2 หากผู้ป่วยรับประทานยาขับปัสสาวะกลุ่ม loop diuretic อยู่แล้ว ให้เพิ่มขนาด ยา furosemide จากเดิมเป็น 1.5 – 2 เท่า ดังนี้

ขนาดยาปัจจุบัน 40 มิลลิกรัม ตอนเช้า ปรับยาเป็น 80 มิลลิกรัม ตอนเช้า

ขนาดยาปัจจุบัน 80 มิลลิกรัม ตอนเช้า ปรับยาเป็น 80 มิลลิกรัมตอนเช้า และ 40 มิลลิกรัม ตอนเที่ยง

ขนาดยาปัจจุบัน 40 มิลลิกรัม ตอนเช้า และ 40 มิลลิกรัม ตอนเที่ยง ปรับยาเป็น 80 มิลลิกรัมตอนเช้า และ 40 มิลลิกรัม ตอนเที่ยง

ขนาดยาปัจจุบัน 80 มิลลิกรัม ตอนเช้า และ 40 มิลลิกรัม ตอนเที่ยง ปรับยาเป็น 80 มิลลิกรัมตอนเช้า และ 80 มิลลิกรัม ตอนเที่ยง

1.3 ให้กระทำเช่นนี้จนกว่าน้ำหนักตัวของผู้ป่วยจะเข้าสู่ภาวะปกติ แต่หากน้ำหนักของผู้ป่วยไม่ลดลงเข้าสู่ปกติในเวลา 3 - 4 วัน (Kanjanavanit, 2015) ผู้ป่วยควรไปพบแพทย์ แต่หากผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็ว มีอาการหน้ามืด อ่อนเพลีย ปากแห้ง อาจพิจารณาลดขนาดยา

ขับปัสสาวะลงตามที่แพทย์แนะนำหรือควรไปปรึกษาแพทย์ และจากการศึกษาของโจนส์ (Jones, 2012) พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังสามารถปรับยาขับปัสสาวะได้ด้วยตนเอง และมีการติดตามน้ำหนักตัวอย่างสม่ำเสมอหลังจากให้ความรู้ จะสามารถลดอัตราการกลับเข้ารักษาที่ห้องฉุกเฉิน และลดอัตราการนอนโรงพยาบาลได้ดีกว่าการได้รับการรักษาตามปกติ

2. ด้านการจำกัดอาหารโซเดียม ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังต้องรับประทานอาหารที่โซเดียมต่ำหรือต้องมีการจำกัดอาหารเค็ม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำเกิน การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมต่ำนั้น ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารโดยการหลีกเลี่ยงอาหารที่มีโซเดียมสูง อาหารที่ควรหลีกเลี่ยงเป็นอาหารที่ผ่านการแปรรูป เช่น น้ำพริกต่าง ๆ ของหมักดองทุกชนิด บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป โจ๊กถ้วย โจ๊กซอง อาหารที่ปรุงรสด้วยน้ำปลา ซุปก้อน หรืออาหารที่มีการใส่ผงชูรสซอสหรือเครื่องปรุงรสทุกชนิด การรับประทานอาหารรสเค็มจะให้เกิดภาวะน้ำเกิน ซึ่งจะทำให้มีอาการบวม เหนื่อยน้ำท่วมปอดได้ การจะปรุงอาหารให้ลดปริมาณเกลือลงให้น้อยกว่าเดิมหรือหลีกเลี่ยงการปรุงด้วยเครื่องปรุงทุกอย่างพร้อมกัน หรือประกอบอาหารรับประทานเอง เพื่อจะได้ทราบปริมาณโซเดียมที่แน่นอน (สุรชัย กอบเกื้อชัยพงษ์, 2556)

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์และชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย (2557) มีคำแนะนำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวควรได้รับโซเดียมไม่เกินวันละ 2,000 มิลลิกรัมแต่พบว่าผู้ป่วยปฏิบัติได้ยากเพราะอาหารมักขาดรสชาติจนผู้ป่วยรับประทานไม่ได้ ดังนั้นการกำหนดเป้าหมายที่ 4,000 มิลลิกรัม จึงมีความเป็นไปได้ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยไม่อาจทราบปริมาณเกลือแกงที่ผสมในอาหารต่าง ๆ ได้แน่นอน เพราะผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องอาหารที่มีโซเดียมสูง ไม่ทราบว่าต้องหลีกเลี่ยงอาหารประเภทใดบ้าง ไม่ทราบปริมาณของโซเดียมในอาหารแต่ละมื้อ (Siabani et al., 2013) โดยเฉพาะเมื่อไม่ได้ประกอบอาหารรับประทานเอง ผู้ป่วยและญาติควรรู้วิธีอ่านฉลากโภชนาการ เมื่อซื้ออาหารมารับประทานเพื่อจะได้ทราบปริมาณโซเดียมที่เป็นส่วนประกอบเพื่อนำมาคำนวณในการจำกัดโซเดียม (White, 2014)

3. ด้านการรักษาความสมดุลของน้ำในร่างกาย เพื่อเป็นแนวทางในการควบคุมสารน้ำในร่างกายสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีภาวะน้ำเกินได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

การจำกัดน้ำ ควรเริ่มปฏิบัติต้นตั้งแต่ระดับอาการที่ไม่รุนแรงมาก เมื่อพบว่ามีอาการหายใจเหนื่อย หายใจลำบาก ผู้ป่วยจะต้องได้รับยาขับปัสสาวะร่วมด้วย รวมทั้งครอบคลุมในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีโรคไตร่วมด้วยหรือระดับโซเดียมในเลือดต่ำ ควรจำกัดปริมาณน้ำ 1.5 ลิตรต่อวัน และผู้ป่วยควรปฏิบัติตวงและบันทึกประจำวันเกี่ยวกับปริมาณน้ำทั้งเข้าและออกจากร่างกาย

4. ด้านการติดตามอาการภาวะน้ำเกินและจัดการอาการด้วยตนเอง ซึ่งประกอบด้วย

4.1 การสังเกตอาการที่ผิดปกติจากภาวะน้ำเกิน ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวควรรู้จักและเฝ้าระวังอาการของภาวะน้ำเกิน ซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับอาการน้ำเกิน เช่น เหนื่อยมากขึ้น น้ำหนักเพิ่มขึ้นบวม นอนราบไม่ได้ หรือต้องลุกมานั่งหอบตอนกลางคืน

4.2 ประเมินอาการบวมด้วยตนเองด้วยการกดที่หน้าแข้งด้านหน้าเพื่อประเมินระดับความบวมน้ำของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของสเตเลย์และพราซัม (Stanley & Prasum, 2002) ที่อธิบายว่า เฝ้าระวังอาการกำเริบเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวควรปฏิบัติโดยผู้ป่วยควรมีความรู้ความเข้าใจว่าอาการหายใจหอบเหนื่อย บวม นอนราบไม่ได้ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจึงต้องตระหนักความสำคัญในการเฝ้าระวังอาการดังกล่าว

4.3 การชั่งน้ำหนักประจำวัน ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวควรควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในระดับปกติเป็นสิ่งที่ควรแนะนำในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ชั่งน้ำหนักประจำวันในตอนเช้าภายหลังเข้าห้องน้ำขับถ่ายแล้ว และก่อนรับประทานอาหารเช้า และสวมเสื้อผ้าบางเบา การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 1 - 2 กิโลกรัมภายใน 1 - 2 วัน หรือ 2 กิโลกรัม ใน 3 วันแสดงว่ามีภาวะน้ำเกิน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัวเป็นอาการที่บ่งบอกถึงอาการที่แย่ลง และมีความเสี่ยงในการที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากการศึกษาของซาร์วัทและคณะ (Sarwat et al., 2007) ที่ศึกษาการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวด้วยการให้ผู้ป่วยบันทึกน้ำหนักตนเองขณะอยู่ที่บ้านเป็นระยะเวลา 30 วันก่อนมารักษาที่โรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบมีน้ำหนักเพิ่มอย่างน้อย 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาลและน้ำหนักที่เพิ่มมากขึ้นมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของโรคควบคุมอาการของโรค

4.4 การตวงปัสสาวะและบันทึกปริมาณน้ำดื่ม ผู้ป่วยจำเป็นต้องควรบันทึกปริมาณน้ำดื่มและปัสสาวะลงในสมุดทุกวัน จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะไม่ได้รับน้ำมากเกินกว่าที่กำหนด

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การศึกษาพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จากการศึกษาของสุภาพร ไชยวัฒนตระกูล (2561) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลหนองบัวลำภู พบว่า หลังดำเนินการผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกิน ซึ่งสามารถควบคุมน้ำได้ดี โดยรวมร้อยละ 61.54 และประเมินรายด้านที่บ่งบอกถึงการจัดการภาวะน้ำเกินได้ดี พบว่า หลังฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีปริมาณน้ำเกินลดลงอยู่ในระดับดี สามารถจำกัดปริมาณน้ำดื่ม ควบคุมความดันโลหิตและน้ำหนักตัวอยู่ในระดับดี โดยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกิน ได้แก่ การจัดการด้านการบริโภคอาหาร ควบคุมจำกัดน้ำดื่ม การจัดการยา การควบคุมน้ำหนัก จากการศึกษาของธิดารัตน์ เพชรชัย และคณะ (2561) ได้ศึกษา ผลของการใช้แนวคิดการ

จัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เข้ารับการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้า พบว่า หลังได้รับโปรแกรมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะน้ำเกินอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย 3.94 กว่าก่อนได้รับโปรแกรมซึ่งมีค่าเฉลี่ย 3.24 และระดับน้ำเกินเฉลี่ยต่อครั้งหลังได้รับโปรแกรม มีค่าเฉลี่ย 2.68 ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมซึ่งมีค่าเฉลี่ย 2.97 โดยให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมภาวะน้ำเกิน ได้แก่ ควบคุมอาหาร ควบคุมน้ำ ควบคุมความดันโลหิต การเฝ้าระวังภาวะน้ำเกิน แต่ในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง พบการศึกษาในเรื่องการจัดการตนเอง จากการศึกษาของสินีนุช หลวงพิทักษ์ (2558) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า การจัดการตนเองเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 41.21 อยู่ในระดับปานกลาง รายด้านพบว่า ด้านรับประทานยาให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์อยู่ในระดับสูงเฉลี่ย 13.79 ด้านการจำกัดโซเดียมในอาหารและควบคุมปริมาณน้ำดื่ม ด้านการออกกำลังกายสม่ำเสมอ และด้านการเฝ้าระวังและจัดการอาการและอาการแสดงที่เกิดจากโซเดียมเกินอยู่ในระดับปานกลางเฉลี่ย 8.47, 9.08, และ9.87 ตามลำดับ

เครื่องมือวัดพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง

1. แบบประเมินภาวะน้ำเกินของสุภาพร ไชยวัฒนตระกูล (2561) โดยสร้างจากกรอบแนวคิด Kemmis & Taggart (1998) ประกอบด้วย ปริมาณน้ำดื่ม ความดันโลหิต และน้ำหนักของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นแบบประเมินที่ครอบคลุมในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย แต่รายละเอียดของแบบประเมินนี้ยังขาดการประเมินในด้านการจำกัดอาหาร ด้านการติดตามอาการและจัดการอาการด้วยตนเอง ด้านการใช้ยา ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญในการประเมินภาวะน้ำเกิน

2. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของธิดารัตน์ เพชรชัย และคณะ (2561) สร้างจากกรอบแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การควบคุมน้ำ การควบคุมความดันโลหิต และการเฝ้าระวังภาวะน้ำเกิน ค่าความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ .85 เป็นแบบสอบถามที่ครอบคลุมเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง แต่ไม่ได้เป็นแบบสอบถามที่เฉพาะเจาะเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง

3. แบบประเมินการจัดการตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของสินีนุช หลวงพิทักษ์ (2558) สร้างจากกรอบแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของไรอัลและซาวิน (Ryan & Sawin, 2009) มีจำนวนทั้งหมด 14 ข้อประกอบด้วย ด้านการจำกัดโซเดียมในอาหารและ

ควบคุมปริมาณน้ำดื่ม ด้านรับประทานยาให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ ด้านการออกกำลังกายสม่ำเสมอ และด้านการเฝ้าระวังและจัดการอาการและอาการแสดงที่เกิดจากโซเดียมเกิน ค่าความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ 1 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าคอนบาคเท่ากับ .89 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมิน 4 ค่า ได้แก่ ทำเป็นประจำ ทำบ่อยครั้ง ทำเป็นบางครั้ง ไม่เคยทำ เป็นแบบประเมินที่ครอบคลุมการจัดการตนเองโดยรวมในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และมีบางส่วนของการจัดการภาวะน้ำเกินเป็นส่วนหนึ่งของแบบประเมินนี้ แต่ไม่ได้เป็นแบบประเมินที่เฉพาะเจาะเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินการจัดการตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของสินีนุช หลวงพิทักษ์ (2558) โดยดัดแปลงร่วมกับทบทวนวรรณกรรม เนื่องจากแบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินที่เหมาะสมกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยแบบประเมินนี้ถูกสร้างจากกรอบแนวคิดเดียวกันกับกรอบแนวคิดที่ผู้วิจัยได้เลือกมาศึกษา และในข้อคำถามมีบางส่วนของการจัดการภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังร่วมด้วย และแบบประเมินนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่มีค่าผ่านตามเกณฑ์ โดยมีค่าความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ 1 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าคอนบาคเท่ากับ .89

โดยสรุป การควบคุมโรคที่ไม่มีประสิทธิภาพนั้นเป็นผลมาจากการกำเริบของโรคอย่างเฉียบพลัน โดยเฉพาะภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ภาวะน้ำเกินทำให้มีการเพิ่มปริมาณเลือดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบไหลเวียนและเพิ่มการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจนำไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรง ดังนั้น จำเป็นต้องมีการรักษาโดยการใช้ยาขับปัสสาวะ การจำกัดอาหารโซเดียม การรักษาความสมดุลของน้ำในร่างกาย การติดตามอาการและจัดการอาการด้วยตนเอง เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยชักนำที่จะทำให้อาการกำเริบหรือรุนแรงมากขึ้น ทั้งนี้ จำเป็นต้องส่งเสริมให้มีการจัดการตนเองเพื่อการควบคุมโรคได้อย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันความรุนแรงของโรคและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยเหล่านี้

ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว

พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเป็นเรื่องที่ซับซ้อนและยากลำบากซึ่งรวมไปถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสมกับภาวะการเจ็บป่วย ผู้ป่วยจะต้องรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ รับประทานอาหารที่เหมาะสมโดยการจำกัดเกลือโซเดียมในอาหารและควบคุมปริมาณน้ำดื่ม ซึ่งรวมไปถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสมกับภาวะการเจ็บป่วย ซึ่งสมาชิกในครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการสร้างความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วย เพราะการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวเป็นความร่วมมือกัน

ระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ในการปฏิบัติหน้าที่แต่ละวันเพื่อจัดการกับภาวะความเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อน (Ryan & Sawin, 2009)

นอกจากนี้ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังยังต้องสังเกตอาการผิดปกติขึ้นที่เกิดจากภาวะน้ำเกิน ต้องควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังกำเริบ และมาตรวจตามนัดทุกครั้ง ซึ่งพฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ ต่อเนื่องและยาวนานตลอดชีวิต ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาเทคนิคในการปรับพฤติกรรมดังกล่าว เพื่อควบคุมอาการของโรคไม่ให้กำเริบหรือทวีความรุนแรง ลดผลกระทบที่เกิดขึ้น และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้อย่างปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นซึ่งกลยุทธ์ดังกล่าวตรงกับทฤษฎีนี้

ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (Individual and Family Self - Management Theory) ถูกพัฒนาขึ้นโดยไรอัลและซาวิน (Ryan & Sawin, 2009) เป็นทฤษฎีที่นำเสนออีกหนึ่งทางเลือกในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัว ตามกรอบทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ประกอบด้วย มิติด้านบริบท (Context) มิติด้านกระบวนการ (Process) และมิติด้านผลลัพธ์ (Outcome) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. มิติด้านบริบท (Context) หมายถึง ความเฉพาะเจาะจงที่กระตุ้นให้เกิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ประกอบด้วยปัจจัย 3 ด้าน คือ

1.1 ปัจจัยด้านเงื่อนไขเฉพาะ เป็นลักษณะโครงสร้างทางสรีรวิทยาหรือวิธีการรักษา ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง เช่น ความซับซ้อนของการรักษา ความซับซ้อนของพยาธิสรีรวิทยา การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา และระยะเวลาของการเจ็บป่วย เป็นต้น

1.2 ปัจจัยด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อมทางสังคม เป็นปัจจัยทางกายภาพหรือสังคม เช่น การเข้าถึงการดูแลสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ ลักษณะวัฒนธรรม การทำงาน การคมนาคม เป็นต้น ซึ่งเป็นสิ่งที่จะเพิ่มหรือเป็นอุปสรรคในการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว

1.3 ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว เช่น ลักษณะโครงสร้างของร่างกาย ลักษณะการทำงาน ลักษณะของการรักษา พฤติกรรมการป้องกันโรค ระยะพัฒนาการของแต่ละบุคคล ความสามารถของครอบครัว และความสามัคคี และระดับเศรษฐานะของครอบครัว

2. มิติด้านกระบวนการ (Processes) หมายถึง วิธีการที่จะนำไปสู่การจัดการตนเองไรอัลและซาวิน (Ryan & Sawin, 2009) เสนอมิติด้านกระบวนการในการจัดการตนเองไว้ 3 ด้าน คือ

2.1 ความรู้และความเชื่อ (Knowledge & Belief) หมายถึง การที่บุคคลรับทราบเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่เฉพาะตามโรค และความเชื่อ หมายถึง การที่บุคคลนั้นมีการรับรู้ได้เกี่ยวกับพฤติกรรมด้านสุขภาพของตน โดยความเชื่อจะประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสมรรถนะแห่งตน

(Self - efficacy) ด้านการคาดหวังต่อผลลัพธ์ (Outcome competency) และด้านการตั้งเป้าหมาย (Goal congruence) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1.1 สมรรถนะแห่งตน (Self - efficacy) หมายถึง การที่บุคคลนั้นมีความเชื่อมั่นว่าจะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น ๆ ได้เพื่อให้เกิดความสำเร็จ

2.1.2 การคาดหวังต่อผลลัพธ์ (Outcome competency) หมายถึง การที่บุคคลนั้นเชื่อว่าตนสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้น เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่บุคคลนั้นได้คาดหวังไว้

2.1.3 การตั้งเป้าหมาย (Goal congruence) หมายถึง การตัดสินใจในการแก้ปัญหาจากความต้องการของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายสุขภาพที่ไม่ดี และความต้องการของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายสุขภาพที่ดี

2.2 การกำกับตนเอง (Self - regulation) หมายถึง กระบวนการย้ำเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ

2.2.1 ตั้งเป้าหมาย (Goal setting) หมายถึง การกำหนดเหตุการณ์หรือพฤติกรรมในอนาคตที่คาดหวังจะให้เกิดขึ้น การตั้งเป้าหมายจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเองให้สำเร็จตามเป้า หมายได้ เป้าหมายที่ตั้งควรเฉพาะเจาะจง สามารถวัดได้มีความเป็นจริงในระยะสั้น

2.2.2 ติดตามตนเองและสะท้อนคิด (Self - monitoring and reflective thinking) หมายถึงระยะที่ผู้ป่วยต้องให้ความหมายของพฤติกรรมที่จะวัด นับจำนวนความถี่ของพฤติกรรม และบันทึกเหตุการณ์หรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นตัดสินใจวางแผนและดำเนินการประเมินตนเองได้ และผู้ป่วยจะมีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงและรู้จักอาการ หรือมีประสบการณ์แล้ว

2.2.3 การตัดสินใจ (Decision making) หมายถึง ขั้นตอนที่สำคัญของการจัดการตนเองหลังจากผู้ป่วยรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ และประเมินตนเองเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ผู้ป่วยต้องสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมโดยอาศัยข้อมูลเหล่านี้เป็นพื้นฐาน

2.2.4 การวางแผนและปฏิบัติ (Planning and action) หมายถึง การควบคุมภาวะเจ็บป่วยที่มีผลต่อสุขภาพ เช่น การหาแหล่งช่วยเหลือ ผู้ป่วยจะประสบความสำเร็จได้ควรมีการปฏิบัติตามขั้นตอนที่วางแผนไว้ และขึ้นอยู่กับองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งที่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติ

2.2.5 การประเมินตนเอง (Self - evaluation) หมายถึง การเปรียบเทียบการปฏิบัติกิจกรรมหรือพฤติกรรมของตนเองกับเกณฑ์ มาตรฐานหรือเป้าหมายที่กำหนดไว้เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจว่า พฤติกรรมใดดีหรือไม่ดี สำเร็จหรือล้มเหลว เพื่อปรับเปลี่ยนหรือคงพฤติกรรมนั้นไว้ การประเมินตนเองนี้ใช้ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและติดตามตนเอง

2.2.6 การตอบสนองต่อการจัดการ (Management of responses) หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้ป่วยตอบสนองจากการประเมินการเปลี่ยนแปลงโดยใช้กระบวนการรู้คิดต่อการเปลี่ยนแปลงของอาการ การลงมือปฏิบัติมาจากความตั้งใจว่า เมื่อปฏิบัติแล้วมีผลต่ออาการที่ดีขึ้น

2.7 การสนับสนุนทางสังคม (Social support) หมายถึง การอำนวยความสะดวกทางสังคมโดยการสนับสนุนและความร่วมมือที่เกิดขึ้นจากความสัมพันธ์ทางสังคม ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และสมาชิกในชุมชน

3. มิติด้านผลลัพธ์ (Outcomes) หมายถึง ผลลัพธ์ที่เฉพาะตัวตามจุดมุ่งหมายนั้นแม้ว่าเป้าหมายของการจัดการตนเอง อาจมีความแตกต่างกันซึ่งขึ้นอยู่กับการตั้งเป้าหมายที่คาดหวังจะให้เกิดขึ้นแต่ผลลัพธ์ที่เกิดจากการจัดการตนเองจะเป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือ ลดผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วย ป้องกันหรือลดความรุนแรงของโรค เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี ภายใต้ภาวะความเจ็บป่วย ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดจากการจัดการตนเอง ประกอบด้วย

3.1 ผลลัพธ์ในระยะสั้น (Proximal outcomes) หมายถึง พฤติกรรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่เฉพาะตัวตามจุดมุ่งหมายนั้น เช่น ความสามารถในการทำกิจกรรม การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการเกี่ยวกับอาการ การใช้ประโยชน์ของคำแนะนาในการรับประทานยา ซึ่งผลลัพธ์ในระยะสั้นนี้อาจจะยังไม่แสดงให้เห็นถึงค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพที่เพิ่มขึ้นหรือลดลง

3.2 ผลลัพธ์ในระยะยาว (Distal outcomes) หมายถึง ผลลัพธ์ที่เกิดจากการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ซึ่งได้แก่ ภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ถึงภาวะความเจ็บป่วย การป้องกัน การคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ และภาวะสุขภาพที่เลวลง คุณภาพชีวิต หรือความผาสุก ค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อม

โดยสรุป ทฤษฎีนี้มีจุดเน้นที่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว (Individual and Family Self - Management Theory: IFSMT) เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวมีความเป็นหนึ่งเดียวกัน เมื่อบุคคลใดในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมก็จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งครอบครัวได้ เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกบุคคลใดในครอบครัวจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในระบบครอบครัวและมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดี เพื่อให้ประสบความสำเร็จตามผลลัพธ์ การส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยเรื้อรังมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อโรคและผลกระทบจากการรักษาซึ่งบุคคลนั้นต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และมีการฝึกทักษะเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการจัดการตนเอง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพให้สามารถควบคุมโรคและอาการที่เกิดขึ้นจากการรักษา มีการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมด้านสุขภาพเป็นการพัฒนาความรู้ (Knowledge) การกำกับตนเอง (Self - regulation skill & Abilities) เพื่อให้มี

การเกิดกับผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งเป็นการเพิ่มความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเอง (Self - efficacy) กับผู้ป่วยว่าจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองได้อย่างถูกต้อง ซึ่งเป็นขั้นของกระบวนการจัดการตนเอง (Process of self - management)

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมุ่งหวังที่จะใช้ทฤษฎีดังกล่าว โดยอยู่บนพื้นฐานของผู้ป่วยร่วมกับครอบครัวหรือทีมสุขภาพ เพื่อให้มีพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง เน้นมิติด้านกระบวนการจัดการตนเอง (Processes) และมิติด้านผลลัพธ์ระยะสั้น (Proximal outcomes) เนื่องจากมิติด้านกระบวนการเป็นมิติที่มีผลโดยตรงที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง และเป็นผลลัพธ์ที่เฉพาะตัวตามจุดมุ่งหมาย โดยผู้วิจัยเลือกศึกษาตัวแปรต้น ได้แก่ ความรู้ สมรรถนะแห่งตน การกำกับตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอยู่ในมิติด้านกระบวนการจัดการตนเอง และผู้วิจัยเลือกศึกษาตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ซึ่งอยู่ในมิติด้านผลลัพธ์ระยะสั้น โดยรายละเอียดของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่คัดเลือกมาศึกษาผู้วิจัยจะกล่าวในหัวข้อถัดไป

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง

จากทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของไรอัลและซาวิน (Ryan & Sawin, 2009) และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ได้แก่ ความรู้ สมรรถนะแห่งตน การกำกับตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ความรู้

ความหมาย

พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2554) มีการให้ความหมายว่า ความรู้ หมายถึง สิ่งที่เกิดจากการสั่งสมโดยมาจากประสบการณ์ ทักษะการปฏิบัติ การศึกษาค้นคว้าในเรื่องที่มีความเฉพาะเจาะจง จนนำมาสู่ความเข้าใจ

สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยอ๊อกฟอร์ด (Oxford University press, 2012) มีการให้ความหมายว่า ความรู้ หมายถึง การเรียนรู้ที่ได้จากประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ซึ่งต้องผ่านสื่อกลาง ได้แก่ แนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ การบอกเล่าจากผู้มีประสบการณ์ การศึกษา

ไรอัลและชาวิน (Ryan & Sawin, 2009) มีการให้ความหมายว่า ความรู้ หมายถึง การที่บุคคลรับทราบเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่เฉพาะตามโรค โดยความรู้เป็นพื้นฐานในการนำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องที่มีความเฉพาะโรค ซึ่งส่งผลให้เกิดผลลัพธ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ความรู้ หมายถึง สิ่งที่สั่งสมมาจากการค้นคว้าและศึกษาประสบการณ์ และทักษะความเข้าใจของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่เกี่ยวกับภาวะน้ำเกิน และการจัดการตนเองที่เกี่ยวข้องกับภาวะน้ำเกิน

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ยังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังโดยตรง แต่พบการศึกษาที่มีความใกล้เคียงกันในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ได้แก่ การศึกษาของกาญจนา ลือมงคลและวาสนา รวยสูงเนิน (2560) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจำกัดเกลือในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 113 ราย พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการจำกัดเกลือมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการจำกัดเกลือในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.23, p < .05) และจากการศึกษาของริ้งค์ และคณะ (Wright et al., 2003) พบว่า ได้ทำการทดลองโปรแกรมการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยได้รับความรู้ร่วมกับการฝึกประเมินภาวะน้ำเกินจากการคั่งของน้ำและเกลือโซเดียมด้วยวิธีการชั่งน้ำหนักทุกวัน พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังจำนวน 76 ราย ที่ได้รับความรู้มีวิธีการจัดการอาการด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รู้ความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) สอดคล้องกับการศึกษาของจริญญา คมเฉียบ (2556) พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 134 ราย มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .43, p < .05) และสอดคล้องกับการศึกษาของสินีนุช หลวงพิทักษ์ (2558) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีเดียวกันกับผู้วิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 82 ราย มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .54, p < .05) โดยส่วนหนึ่งของความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองมีการจัดการภาวะน้ำเกินเป็นเพียงส่วนหนึ่งร่วมด้วย

เครื่องมือวัดความรู้

1. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการจำกัดเกลือในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวของกาญจนา ลือมงคล และวาสนา รวยสูงเนิน (2560) มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับความสำคัญของการจำกัดเกลือ และแนวทางการจำกัดเกลือในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว เป็นคำถามลักษณะปลายปิดมีตัวเลือก 3 ตัวเลือก คือ ถูก ผิด ไม่แน่ใจ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่แน่ใจให้ 0 คะแนน ซึ่งคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 10 คะแนน ค่า Kuder-Richardson เท่ากับ .71 เป็นแบบสอบถามที่เฉพาะเจาะจงความรู้เกี่ยวกับการจำกัดเกลือในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว จำนวนข้อไม่มาก ทำให้ผู้ป่วยไม่เสียเวลามากในการตอบแบบสอบถาม แต่แบบสอบถามนี้ไม่ครอบคลุมรายละเอียดในเรื่องความรู้ที่เกี่ยวกับการจัดการภาวะน้ำเกิน

2. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของจริญญา คมเฉียบ (2556) มีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนเป็นการวัดมาตราส่วน 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 8 - 40 คะแนน ค่าความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ .88 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าคอนบาคเท่ากับ .94 เป็นแบบสอบถามที่จำนวนข้อไม่มาก เกณฑ์การให้คะแนนไม่ยุ่งยาก แต่แบบสอบถามนี้ครอบคลุมแค่ความรู้ที่เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพียงอย่างเดียว ซึ่งไม่ครอบคลุมการจัดการภาวะน้ำเกินทั้งหมดในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

3. แบบประเมินเกี่ยวกับการจัดการตนเองของสินีนุช หลวงพิทักษ์ (2558) สร้างจากกรอบแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของไรอัลและซาวิน (Ryan & Sawin, 2009) มีจำนวนทั้งหมด 18 ข้อ ประกอบด้วย ภาวะหัวใจล้มเหลว การจำกัดโซเดียมในอาหารและควบคุมปริมาณน้ำดื่ม การรับประทานยาให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ และการเฝ้าระวังและจัดการอาการและอาการแสดงที่เกิดจากโซเดียมเกิน ค่าความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ .94 และค่า Kuder-Richardson เท่ากับ .76 ลักษณะข้อคำถามมีคำตอบให้เลือก 3 แบบ คือ ถูกผิดและไม่ทราบ ถ้าผู้ป่วยตอบคำถามถูกต้องได้ 1 คะแนน ถ้าตอบคำถามผิดหรือตอบว่าไม่ทราบได้ 0 คะแนน มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0 - 18 คะแนน เป็นแบบประเมินที่ครอบคลุมความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองโดยรวมในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และมีบางส่วนของความรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะน้ำเกินเป็นส่วนหนึ่งของแบบประเมินนี้ แต่ไม่ได้เป็นแบบประเมินที่เฉพาะเจาะเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองของสินีนุช หลวงพิทักษ์ (2558) โดยดัดแปลงร่วมกับทบทวนวรรณกรรม เนื่องจากแบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินที่เหมาะสมกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยแบบประเมินนี้ถูกสร้างจากกรอบแนวคิด

เดียวกันกับกรอบแนวคิดที่ผู้วิจัยได้เลือกมาศึกษา และในข้อคำถามมีบางส่วนของความรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังร่วมด้วย และแบบประเมินนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่มีค่าผ่านตามเกณฑ์ โดยมีค่าความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ .94 และค่า Kuder-Richardson เท่ากับ .76

สมรรถนะแห่งตน

ความหมาย

แบนดูรา (Bandura, 1986) มีการให้ความหมายว่า สมรรถนะแห่งตน หมายถึง บุคคลนั้นจะมีความเชื่อว่าสามารถกระทำสิ่ง ๆ หนึ่งได้ให้บรรลุเป้าหมายต้องประกอบด้วย ประสบการณ์ของตนเองที่ผ่านการประสบความสำเร็จ ประสบการณ์จากตัวแบบที่ได้ประสบความสำเร็จมาก่อน การพูดชักจูง สรีรวิทยาและอารมณ์ โดยจะนำไปสู่ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ที่เป็นความเชื่อจากบุคคลนั้นซึ่งถือเป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ให้สำเร็จ

ไรอัลและซาวิน (Ryan & Sawin, 2009) มีการให้ความหมายว่า สมรรถนะแห่งตน หมายถึง การที่บุคคลนั้นมีความเชื่อมั่นว่าจะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น ๆ ได้เพื่อให้เกิดความสำเร็จ

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความเชื่อมั่นของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ประกอบด้วย ด้านการใช้ยาขับปัสสาวะ ด้านการจำกัดอาหารโซเดียม ด้านการรักษาความสมดุลของน้ำในร่างกาย ด้านการติดตามอาการและจัดการอาการด้วยตนเอง

ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ยังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังโดยตรง แต่พบการศึกษาที่มีความใกล้เคียงกันในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ได้แก่ การศึกษาของจริญญา คมเฉียบ (2556) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 134 ราย พบว่า สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .54, p < .05) และสอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา ลือมงคลและวาสนา รวยสูงเนิน (2560) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 113 ราย ที่มาตรวจรักษา ณ ห้องตรวจคลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลชัยภูมิ พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจำกัดเกลือของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังกับการจำกัดเกลืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .37, p < .001) และสอดคล้องกับการศึกษาของสินีนุช หลวงพิทักษ์ (2558) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีเดียวกันกับผู้วิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 82 ราย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .51, p < .01) และจากการทบทวนวรรณกรรมความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง โดยตรงส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ การศึกษาของจอห์น (John, 2012) พบว่า จากการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือด และมีตารางนัดหมายในการรักษา 3 วันต่อสัปดาห์ จำนวนทั้งหมด 100 ราย โดยพบว่า สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจำกัดน้ำเกินรายวันที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .56, p < .001) การศึกษาของชัชวาล วงค์สารี และวรุณศิริ ปราณีธรรม (2561) พบว่า ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 137 ราย เป็นผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีฟอกเลือด ณ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง โดยพบว่า สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานโซเดียมและการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .47, p < .05) และการศึกษาของสาวิกา อร่ามเมืองและคณะ (2555) พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 98 ราย เป็นผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีฟอกเลือด ณ โรงพยาบาลสงฆ์ โดยพบว่า สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจำกัดน้ำในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .60, p < .05)

เครื่องมือวัดสมรรถนะแห่งตน

1. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของจริญญา คมเฉียบ (2556) เป็นแบบสอบถามที่ดัดแปลงแบบสอบถามจากแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยพัฒนาจากแนวคิด Common Sense Model of Illness Representation Framework จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ จาก 29 ข้อ (ข้อ 1 - 12) เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ค่าความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ .83 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าคอนบาคเท่ากับ .97 เป็นแบบสอบถามที่จำนวนข้อเหมาะกับการตอบแบบสอบถามในเวลาระยะสั้น แต่แบบสอบถามนี้ควร

เป็นแบบสอบถามที่เฉพาะเจาะจงในเรื่องการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

2. แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพในการจำกัดเกลือของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของกาญจนา ลือมงคลและวาสนา รวยสูงเนิน (2560) ซึ่งวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พัฒนาจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วยความเชื่อด้านสุขภาพ 5 ด้าน แต่ละด้านประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วย ถึงเห็นด้วยมาก ซึ่งแต่ละด้านมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 4 - 16 คะแนน ค่าความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ .97 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าคอนบาคเท่ากับ .79 เป็นแบบสอบถามที่ครอบคลุมทั้งเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แต่แบบสอบถามนี้ควรเป็นแบบสอบถามที่เฉพาะเจาะจงในเรื่องการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพียงอย่างเดียว

3. แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของสินีนุช หลวงพิทักษ์ (2558) สร้างจากกรอบแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของไรอัลและซาวิน (Ryan & Sawin, 2009) มีจำนวนทั้งหมด 14 ข้อ ประกอบด้วย การจำกัดโซเดียมในอาหารและควบคุมปริมาณน้ำดื่ม การรับประทานยาให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ และการเฝ้าระวังและจัดการอาการและอาการแสดงที่เกิดจากโซเดียมเกิน ค่าความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ 1 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าคอนบาคเท่ากับ .79 ลักษณะข้อคำถามเป็นช่องคะแนนโดยมีคะแนนความมั่นใจอยู่ระหว่าง 0 - 10 ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมด้วยตนเองแล้วเขียนเครื่องหมายทับลงบนช่องคะแนน ให้ตรงกับความมั่นใจในความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0 - 140 คะแนน เป็นแบบประเมินที่ครอบคลุมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนซึ่งเกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองโดยรวมในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และมีบางส่วนของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะน้ำเกินเป็นส่วนหนึ่งของแบบประเมินนี้ แต่ไม่ได้เป็นแบบประเมินที่เฉพาะเจาะเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง

4. แบบสอบถามสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของจอห์น (John, 2012) มีจำนวนทั้งหมด 29 ข้อ ข้อคำถามที่เกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีจำนวน 4 ข้อ ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าคอนบาคเท่ากับ .69 - .94 ลักษณะข้อคำถามเป็นช่องคะแนนโดยมีคะแนนเป็นเปอร์เซ็นของความมั่นใจอยู่ระหว่าง 10 - 100% มีคะแนนรวมตั้งแต่ 10 - 400 ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้ป่วยสามารถใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามได้อย่างรวดเร็ว เนื่องจากการให้คะแนนในการตอบคำถามไม่ยุ่งยากซับซ้อน แต่จำนวนข้อที่น้อยก็อาจจะไม่สามารถวัดการรับรู้สมรรถนะได้อย่างละเอียด

5. แบบวัดการรับรู้สุขภาวะของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของชัชวาล วงค์สารี และวรุณศิริ ปราณีธรรม (2561) มีจำนวนทั้งหมด 36 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม

สุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ใช่ที่สุด น่าจะใช่ น่าจะไม่ใช่ และไม่ใช่เลย ค่าคะแนนเฉลี่ยรวม 1.00 - 4.00 ค่าความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ 0.81 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าคอนบาคเท่ากับ .95 เป็นแบบวัดที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นส่วนหนึ่งของแบบวัดและเฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง แต่แบบวัดนี้ไม่ได้เป็นแบบวัดที่เฉพาะเจาะจงทั้งหมดเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

6. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ของสาวิกา อร่ามเมือง และคณะ (2561) มีจำนวนทั้งหมด 14 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลการจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดจากภาวะไม่สมดุลของน้ำในร่างกาย การจำกัดปริมาณน้ำจากอาหารและน้ำดื่ม และการจัดการกับอาการกระหายน้ำ ลักษณะคำตอบเป็นระดับความมั่นใจในความสามารถของตนเองจาก 0 - 100 คะแนน ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าคอนบาคเท่ากับ .82 เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีความเฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง จำนวนข้อไม่มากเกินไป แต่แบบสัมภาษณ์นี้ไม่ได้ถูกสร้างจากกรอบแนวคิดทฤษฎีเดียวกันกับที่ผู้วิจัยศึกษา

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของสินีนุช หลวงพิทักษ์ (2558) ซึ่งสร้างจากกรอบแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของไรอัลและชาวิน (Ryan & Sawin, 2009) โดยดัดแปลงร่วมกับทบทวนวรรณกรรม เนื่องจากแบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินที่เหมาะสมกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยแบบประเมินนี้ถูกสร้างจากกรอบแนวคิดเดียวกันกับกรอบแนวคิดที่ผู้วิจัยได้เลือกมาศึกษา และในข้อคำถามมีบางส่วนของสมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการจัดการภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังร่วมด้วย และแบบประเมินนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่มีค่าผ่านตามเกณฑ์ โดยมีค่าความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ 1 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าคอนบาคเท่ากับ .79

การกำกับตนเอง

ความหมาย

แบนดูรา (Bandura, 1986) มีการให้ความหมายว่า การกำกับตนเอง หมายถึง กลไกที่ได้รับการปฏิบัติมาอย่างต่อเนื่อง และเป็นกลไกที่มีผลมาจากการมีสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทาง

สังคมร่วมด้วย โดยการกำกับตนเองจะต้องมีกระบวนการต่าง ๆ ที่ประกอบด้วย สังเกตตนเอง ตัดสินใจ แสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง

ชิมเมอร์แมน (Zimmerman, 2000) มีการให้ความหมายว่า การกำกับตนเอง หมายถึง การที่บุคคลเกิดกระบวนการในการตั้งเป้าหมาย การจดบันทึกเกี่ยวกับพฤติกรรม การคิดค้นวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการบรรลุเป้าหมายตามที่ได้ตั้งไว้

ไรอัลและซาวิน (Ryan & Sawin, 2009) มีการให้ความหมายว่า การกำกับตนเอง หมายถึง กระบวนการย้ำเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จะต้องประกอบด้วยกระบวนการขั้นตอน ได้แก่ ตั้งเป้าหมาย ติดตามตนเองและสะท้อน การตัดสินใจ การวางแผนและปฏิบัติ การประเมินตนเอง การตอบสนองต่อการจัดการ เมื่อดำเนินการตามกระบวนการขั้นตอนดังกล่าวก็จะส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการที่ดีขึ้น

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้การกำกับตนเอง หมายถึง กระบวนการของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในการกำกับตนเองให้เกิดพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง ประกอบด้วยการตั้งเป้าหมาย การเฝ้าสังเกตตนเอง การสะท้อนคิด การตัดสินใจ การวางแผน การประเมินตนเองและการตอบสนองต่อการจัดการ

ความสัมพันธ์ระหว่างการกำกับตนเองกับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ยังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการกำกับตนเองกับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังโดยตรง แต่เป็นการศึกษาส่วนหนึ่งของพฤติกรรมการจัดการตนเองเท่านั้นในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ได้แก่ การศึกษาของซาฮาโรวา (Zaharova, 2019) พบว่า เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จำนวน 73 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคระดับที่ 2 และ 3 ที่คลินิกโรคหลอดเลือดและหัวใจ โดยพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีการกำกับตนเองสูงมีพฤติกรรมการจัดการตนเองมากกว่าผู้ป่วยที่มีการกำกับตนเองต่ำ 0.78 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 0.78, 95%CI = 0.04 - 1.52, $p < .05$) และจากการศึกษาของชิว และคณะ (Chew et al., 2021) พบว่า ได้ทดลองนำโปรแกรมการกำกับตนเองมาใช้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ซึ่งในโปรแกรมประกอบด้วยการประชุม 1 ครั้ง แจกคู่มือสำหรับการดูแลตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยนำกลับไปปฏิบัติที่บ้าน หลังจากนั้นมีการติดตามทางโทรศัพท์ 3 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 3,6 และ 9 ดำเนินการเป็นระยะเวลา 3 เดือน ผลพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีการกำกับตนเองสูงมีพฤติกรรมการจัดการตนเองมากกว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีการกำกับตนเองต่ำ 13.9 เท่า

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*OR* = 13.9, 95%CI = 8.02 - 19.9, $p < .001$) และจากการทบทวนวรรณกรรมยังพบในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ การศึกษาของกมลพร สิริคุตจตุพร และคณะ (2560) พบว่า การเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมีอายุระหว่าง 60 - 88 ปี จำนวน 132 ราย ซึ่งผลพบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการกำกับตนเองอยู่ในระดับสูงเฉลี่ย 22.68 และยังพบว่า การกำกับตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .77$, $p < .01$)

เครื่องมือวัดการกำกับตนเอง

1. แบบสอบถามการกำกับตนเองของเฟอร์รี่ (Fleury, 1998) ข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ มีคะแนนรวมตั้งแต่ 9 - 45 คะแนน มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าคอนบาคเท่ากับ .87 และเป็นแบบสอบถามสากล ลักษณะคำตอบเป็นการวัดระดับการกำกับตนเองของแต่ละบุคคล โดยใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ทสเกล 5 ระดับ (Likert scale) ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบบสอบถามนี้สามารถนำมาใช้ได้เลยโดยไม่ต้องขออนุญาต แต่หากจะนำมาใช้ในรูปแบบภาษาไทยต้องดำเนินการกระบวนการต่าง ๆ เพื่อแปลเครื่องมือต้นฉบับให้เป็นภาษาไทยโดยวิธีการแปลแบบย้อนกลับ (Black-translation)

2. แบบสอบถามการกำกับตนเองของกมลพร สิริคุตจตุพร และคณะ (2560) สร้างจากกรอบแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของไรอัลและซาวิน (Ryan & Sawin, 2009) มีข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 10 ข้อ ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย การเฝ้าสังเกตตนเอง การสะท้อนคิด การตัดสินใจ การวางแผน การตอบสนองต่อการจัดการที่เกี่ยวกับการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง ค่าความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ .80 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าคอนบาคเท่ากับ .87 ลักษณะของแบบสอบถามจะใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีคะแนนรวมตั้งแต่ 10 - 50 คะแนน เป็นสอบถามที่มีจำนวนข้อไม่มากเกินไป ผู้ป่วยสามารถอ่านได้ง่ายสบายตา แต่เป็นแบบสอบถามที่ไม่ได้เฉพาะของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามการกำกับตนเองของกมลพร สิริคุตจตุพร และคณะ (2560) สร้างจากกรอบแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของไรอัลและซาวิน (Ryan & Sawin, 2009) โดยดัดแปลงร่วมกับทบทวนวรรณกรรม เนื่องจากแบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามที่ถูกสร้างจากกรอบแนวคิดเดียวกันกับกรอบแนวคิดที่ผู้วิจัยได้เลือกมาศึกษา และแบบประเมินนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่มีค่าผ่านตามเกณฑ์ โดยมีค่าความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ .80 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าคอนบาคเท่ากับ .87

การสนับสนุนทางสังคม

ความหมาย

เฮ้าส์ (House, 1987) มีการให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลนั้นจะได้รับการสนับสนุนหลายด้าน ซึ่งประกอบด้วย อารมณ์ เครื่องวัสดุอุปกรณ์ ข่าวสารต่าง ๆ การประเมิน

ไวส์ (Weiss, 1974) มีการให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง บุคคลนั้นจะได้รับความสัมพันธ์หลายรูปแบบที่ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งประกอบด้วย การได้รับเอาใจใส่ การเข้าร่วมในสังคมเพื่อทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้รับคำแนะนำช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา

ไรอัลและซาวิน (Ryan & Sawin, 2009) มีการให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การอำนวยความสะดวกทางสังคมโดยการสนับสนุนและความร่วมมือที่เกิดขึ้นจากความสัมพันธ์ทางสังคม ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และสมาชิกในชุมชน ซึ่งเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจของบุคคล จนนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการจัดการตนเอง

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เกี่ยวกับการได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์และบุคคลอื่นในสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่าและด้านทรัพยากรที่เกี่ยวกับการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

จากการทบทวนวรรณกรรมความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองโดยตรงส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ การศึกษาของอัลฮูสนา และคณะ (Al Husna et al., 2019) พบว่า จากการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 98 ราย ที่ได้รับการฟอกเลือดดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 23 - 26 พฤษภาคม ค.ศ. 2018 ซึ่งพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติในการจำกัดน้ำเกินของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดในเมืองมาลัง ประเทศอินโดนีเซียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.34, p < .001) และการศึกษาของคาร์ตินี และคณะ (Kartini et al., 2020) พบว่า การศึกษานี้ใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกรายที่พบใน

ห้องไตเทียมรวมทั้งหมดจำนวน 50 ราย แต่ถูกเลือกให้เป็นกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายได้จำนวนทั้งสิ้น 44 ราย ผลพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงมีโอกาสเกิดพฤติกรรมในการจำกัดน้ำได้มากกว่ากลุ่มที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำถึง 17.143 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*OR* = 17.143, 95%CI = 2.950 - 99.606, $p < .001$) แต่จากการทบทวนวรรณกรรมยังมีการศึกษาที่ขัดแย้งความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง ได้แก่ การศึกษาของฮูเซ็นและสิทารา (Hossain & Sitara, 2020) พบว่า จากการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่ได้รับนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวน 100 ราย โดยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจำกัดน้ำและโซเดียมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในประเทศบังคลาเทศ และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังโดยตรง แต่พบการศึกษาที่มีความใกล้เคียงกันในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ได้แก่ การศึกษาของจริญญา คมเฉียบ (2556) พบว่า จากการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 134 ราย โดยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .22$, $p < .05$) การศึกษาของกาญจนา ลือมงคลและวาสนา รวยสูงเนิน (2560) พบว่า จากการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 113 ราย ที่มาตรวจรักษา ณ ห้องตรวจคลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลชัยภูมิ โดยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการจำกัดเกลือของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังกับการจำกัดเกลืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .36$, $p < .001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของสินีนุช หลวงพิทักษ์ (2558) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีเดียวกันกับผู้วิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 82 ราย ผลพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .50$, $p < .01$)

เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคม

1. แบบสอบถามการสนับสนุนครอบครัวของอัลฮูสนา และคณะ (Al Husna et al., 2019) เป็นแบบสอบถามที่ถูกพัฒนาโดยสยามซีอะห์ (Syamsiah, 2011) โดยแบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 7 ข้อความ ที่ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการสนับสนุนของครอบครัวเพียงอย่างเดียว มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าคอนบาคเท่ากับ .907 เป็นแบบสอบถามที่เน้นครอบครัวเป็นหลัก จำนวนข้อของแบบสอบถามไม่มากจนเกินไป แต่แบบสอบถามนี้ควรเสริมการสนับสนุนทางสังคมในด้านอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ด้านทรัพยากร ด้านบุคลากรการแพทย์ เป็นต้น

2. แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการจำกัดเกลือของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของกาญจนา ลือมงคลและวาสนา รวยสูงเนิน (2560) สร้างจากแนวคิดของจาคอบซัน (Jacobson, 1986) มีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ ประกอบด้วย ด้านการสนับสนุน ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่าข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จากไม่เป็นจริงถึง เป็นจริงมากที่สุด มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 8 - 32 คะแนน ค่าความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ .97 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าคอนบาคเท่ากับ .79 เป็นแบบสอบถามที่ครอบคลุมทุกด้านของแรงสนับสนุนทางสังคม แต่แบบสอบถามนี้ไม่ได้ถูกสร้างจากกรอบแนวคิดเดียวกันกับกรอบแนวคิดที่ผู้วิจัยได้เลือกมาศึกษา

3. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของจริญญา คมเฉียบ (2556) ดัดแปลงจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของเอ็นริช (The ENCRICH Social Support Questionnaire) มีจำนวนทั้งหมด 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่มีเลย มีบ้างเล็กน้อย บางครั้ง เกือบตลอดเวลา และตลอดเวลา โดยผู้ป่วยจะถูกสอบถามว่าความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นบ่อยเพียงใดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คะแนนเต็ม 30 คะแนนโดยค่าคะแนนตั้งแต่ 1 - 10 มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย คะแนนตั้งแต่ 11 - 20 มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง และคะแนนตั้งแต่ 21 - 30 มีการสนับสนุนทางสังคมมาก ค่าความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ 1 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าคอนบาคเท่ากับ .92 จำนวนข้อของแบบสอบถามไม่มากจนเกินไป ค่าความตรงด้านเนื้อหาและค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าคอนบาคมีความน่าเชื่อถือ แต่แบบสอบถามนี้ไม่ได้ถูกสร้างจากกรอบแนวคิดเดียวกันกับกรอบแนวคิดที่ผู้วิจัยได้เลือกมาศึกษา

4. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของสินีนุช หลวงพิทักษ์ (2558) สร้างจากกรอบแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของไรอัลและชาวิน (Ryan & Sawin, 2009) มีจำนวนทั้งหมด 15 ข้อ ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เป็นจริง เป็นจริงน้อย เป็นจริงส่วนใหญ่ เป็นจริงมากที่สุด ค่าความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ 1 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าคอนบาคเท่ากับ .83 มีคะแนนรวมตั้งแต่ 15 - 60 คะแนน เป็นแบบประเมินที่ครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองโดยรวมในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และมีบางส่วนของการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะน้ำเกินเป็นส่วนหนึ่งของแบบประเมินนี้ แต่ไม่ได้เป็นแบบประเมินที่เฉพาะเจาะเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของสินีนุช หลวงพิทักษ์ (2558) สร้างจากกรอบแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของไรอัลและชาวิน (Ryan & Sawin, 2009) โดยดัดแปลงร่วมกับทบทวนวรรณกรรม เนื่องจากแบบประเมินนี้เป็น

แบบประเมินที่ถูกสร้างจากกรอบแนวคิดเดียวกันกับกรอบแนวคิดที่ผู้วิจัยได้เลือกมาศึกษา และแบบประเมินนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยมีค่าความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ 1 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าคอนบาคเท่ากับ .83

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังที่ได้กล่าวมาแล้วนั้นแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการป้องกันหรือลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังซึ่งเป็นกลุ่มอาการซึ่งมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ อาจเกิดจากการมีความผิดปกติของโครงสร้างหรือการทำหน้าที่ของหัวใจส่งผลทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายหรือรับเลือดกลับเข้าสู่หัวใจได้อย่างปกติ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีอาการสำคัญ คือ ภาวะน้ำเกิน ทำให้เกิดอาการบวม การบวมในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดจากการมีน้ำเกินในระบบไหลเวียนเลือดซึ่งเกิดจากการคั่งของน้ำและเกลือโซเดียม ปัสสาวะออกน้อยซึ่งเป็นอาการหัวใจห้องล่างขวาล้มเหลว โดยเป็นอาการที่บ่งบอกถึงประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลงแสดงถึงความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว และอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต ซึ่งการจะลดความเสี่ยงต่อโรคได้เพียงใด ข้อมูลจากงานวิจัยที่เคยศึกษาล้วนชี้ให้เห็นว่าขึ้นกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองจึงเป็นเรื่องที่มีความจำเป็น

ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของไรอัลและซาวิน (Ryan & Sawin, 2009) เป็นทฤษฎีที่เน้นความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ในการปฏิบัติหน้าที่แต่ละวันเพื่อจัดการกับภาวะความเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อน และการป้องกันอาการกำเริบของโรค ประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่มิติด้านบริบท เป็นความเฉพาะเจาะจงที่กระตุ้นให้เกิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว เช่น ลักษณะโครงสร้างของร่างกายความเสี่ยงของการเกิดโรคระดับความรุนแรงของโรค เป็นต้น มิติด้านกระบวนการ เป็นกระบวนการที่จะทำให้เกิดการจัดการตนเองของผู้ป่วย เช่น ความรู้และความเชื่อ บุคคลจะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีขึ้น เมื่อมีความเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมจะสามารถควบคุมอาการของโรคได้และหากบุคคลนั้น และผู้ป่วยมีสมรรถนะและมีการคาดหวังผลที่สอดคล้องกับเป้าหมายมีประสบการณ์ และได้รับการสนับสนุนในทางบวกจากสังคม และท้ายสุด คือ มิติด้านผลลัพธ์ เป็นผลของการจัดการตนเองของผู้ป่วย เช่น ความสามารถในการทำกิจกรรมการออกกำลังกายการรับประทานอาหารและการจัดการเกี่ยวกับอาการ เป็นต้น

จากทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของไรอัลและซาวิน (Ryan & Sawin, 2009) ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะทำการศึกษาในมิติด้านกระบวนการตามทฤษฎีที่ได้กล่าวไว้แล้วซึ่ง

ประกอบด้วย ตัวแปรต้นที่จะศึกษา ได้แก่ ความรู้ สมรรถนะแห่งตน การกำกับตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และในมิติผลลัพธ์ระยะสั้นตามทฤษฎีที่ได้กล่าวไว้แล้วซึ่งประกอบด้วย ตัวแปรตามที่จะศึกษา ได้แก่ พฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง เนื่องจากเป็นผลลัพธ์ที่ได้จากมิติด้านกระบวนการ

ดังนั้น ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ สมรรถนะแห่งตน การกำกับตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำเกินและนำความรู้ สมรรถนะแห่งตนพร้อมกับกระตุ้นการกำกับตนเองร่วมกับการนำปัจจัยสนับสนุนทางสังคม เพื่อช่วยในการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้อย่างเหมาะสมต่อไป

บทที่ 3
วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ สมรรถนะแห่งตน การกำกับตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาแผนกสถาบันหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง จังหวัดกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาแผนกสถาบันหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง จังหวัดกรุงเทพมหานคร โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน
2. มีระดับความรุนแรงและความทนในการทำกิจกรรม NYHA - FC II และ NYHA - FC III ตามการแบ่งของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association) ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์
3. เคยมีประวัติการเกิดภาวะน้ำเกินมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา
4. เป็นผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัว
5. มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ โดยประเมินจากการพูดคุยโต้ตอบได้ตรงคำถาม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

มีอาการหรือภาวะแทรกซ้อนกำเริบจนไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ เช่น หายใจเหนื่อยรุนแรง แน่นหน้าอก วูบ หมดสติ

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการเปิดตารางค่าอำนาจการทดสอบ โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นระดับนัยสำคัญที่ .05 กำหนดค่าอำนาจทดสอบ (Power analysis) เท่ากับ .80 และขนาดของความสัมพันธ์ (Effect size) จากงานวิจัยที่ผ่านมาใกล้เคียงมากที่สุด ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .43, p < .05) (จริญญา คมเฉียบ, 2556) สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการจำกัดน้ำเกินรายวันที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .56, p < .001) (John, 2012) การกำกับตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .77, p < .01) (กมลพร สิริคุตจตุพร และคณะ, 2560) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติในการจำกัดน้ำเกินของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดที่มีประวัติเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังร่วมด้วยในเมืองมาลัง ประเทศอินโดนีเซียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .34, p < .001) (Al Husna et al., 2019) จากการเปิดตาราง (Polit & Beck, 2004) พบว่า ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 25 ถึง 77 คน ดังนั้น ขนาดของกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้อย่างน้อย 77 คน เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล (dropout rate) จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง 10% (Gray & Grove, 2021) จำนวน 7 คน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 84 คน (ภาคผนวก ก)

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติของเกณฑ์การคัดเข้าศึกษา โดยผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกสถาบันหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเอกชนขนาดประมาณ 300 เตียง ที่มีผู้รับบริการส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาประเภทจ่ายเอง แผนกสถาบันหัวใจเป็น

หน่วยบริการสุขภาพแบบหน่วยตรวจรักษาผู้ป่วยนอก (OPD) เปิดให้บริการทุกวันจันทร์ - อาทิตย์ เวลา 8.00 - 16.00 น. โดยให้บริการผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มาตรวจรักษาจำนวน 4 - 5 ราย/วัน เฉลี่ย 30 ราย/เดือน และมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 9 คน โดยแพทย์จะประเมินระดับความรุนแรงและความทนในการทำกิจกรรมของภาวะน้ำเกินก่อนให้ยาขับปัสสาวะในการรักษาภาวะน้ำเกิน หลังจากนั้นแพทย์จะประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเองขณะอยู่ที่บ้านเป็นรายบุคคล รวมทั้งแพทย์จะทำการนัดติดตามอาการอย่างน้อย 2 สัปดาห์ – 2 เดือน หลังจากพบแพทย์แล้วพยาบาลจะมอบคู่มือแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านให้ผู้ป่วยนำกลับบ้านพร้อมทั้งอธิบายวิธีการปฏิบัติตัวในการใช้คู่มือ ซึ่งคู่มือประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวภาวะหัวใจล้มเหลว แบบบันทึกน้ำหนักตัว แบบบันทึกปริมาณน้ำดื่มรวมทั้งบันทึกปัสสาวะใน 1 วันแบบสังเกตการปรุงหรือการรับประทานอาหาร แบบบันทึกการออกกำลังกายที่บ้าน แบบประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นคู่มือประจำตัวของผู้ป่วยที่ต้องนำมาทุกครั้งเมื่อมาโรงพยาบาลเพื่อให้พยาบาลตรวจสอบก่อนพบแพทย์และลงบันทึกทางการพยาบาล หลังจากนั้นพยาบาลจะนำไปรายงานแพทย์ก่อนที่ผู้ป่วยจะพบแพทย์ ขณะที่อยู่บ้านหากผู้ป่วยมีข้อสงสัย สามารถโทรปรึกษาพยาบาลแผนกสถาบันหัวใจได้หรือมาพบแพทย์ก่อนวันนัดหากมีอาการผิดปกติ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนรายชื่อผู้ป่วยจากบัญชีรายชื่อ เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า ซึ่งได้ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2565 – มีนาคม พ.ศ. 2565 ผู้วิจัยคัดเลือกเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทุกราย ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างเฉลี่ย 10 ราย/สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเก็บข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้มีเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น จำนวน 6 ฉบับ (ภาคผนวก ข) ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพในปัจจุบัน ศาสนา ระดับการศึกษา ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย ได้แก่ จำนวนครั้งของการเกิดภาวะน้ำเกินในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การใช้ยาขับปัสสาวะ กลุ่มยาขับปัสสาวะ ระยะเวลาการใช้ยาขับปัสสาวะ การใช้กลุ่มยาลดความดันโลหิตสูง กลุ่มยาลดความดันโลหิตสูง โรคร่วม และข้อมูลของผู้ดูแล ได้แก่ ผู้ดูแล ความสัมพันธ์ของผู้ดูแล ระยะเวลาการดูแลของผู้ดูแล

วิธีการเข้าถึงข้อมูลมี 3 วิธี ได้แก่

1) การสัมภาษณ์ผู้ป่วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ได้แก่ สถานภาพสมรส อาชีพในปัจจุบัน ระดับการศึกษา ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย ได้แก่ จำนวนครั้งของการเกิดภาวะน้ำเกินในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ระยะเวลาการใช้ยาขับปัสสาวะ และข้อมูลของผู้ดูแล ได้แก่ ผู้ดูแล ความสัมพันธ์ของผู้ดูแล ระยะเวลาการดูแลของผู้ดูแล

2) การเข้าถึงฐานข้อมูลผู้ป่วยนอก ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา

3) การเข้าถึงฐานข้อมูลผู้ป่วยของโรงพยาบาลทั้งหมด ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การใช้กลุ่มยาขับปัสสาวะ การใช้กลุ่มยาลดความดันโลหิตสูง โรคร่วม

2. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำเกิน ใช้ในการประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำเกินและการจัดการตนเองที่เกี่ยวข้องกับภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับดัดแปลงจากแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองของสินีนุช หลวงพิทักษ์ (2558) โดยการปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับสาระเกี่ยวกับภาวะน้ำเกินและการจัดการตนเองที่เกี่ยวข้องกับภาวะน้ำเกิน ซึ่งแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำเกิน มีข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 24 ข้อประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับ 1) ภาวะน้ำเกิน จำนวน 3 ข้อ 2) การจัดการตนเองที่เกี่ยวข้องกับภาวะน้ำเกิน ได้แก่ การใช้ยาขับปัสสาวะ จำนวน 7 ข้อ 3) การจำกัดอาหารโซเดียม จำนวน 4 ข้อ 4) การรักษาความสมดุลของน้ำในร่างกาย จำนวน 4 ข้อ และ 5) การติดตามอาการภาวะน้ำเกินและจัดการอาการด้วยตนเอง จำนวน 6 ข้อ ซึ่งมีข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ คำถามข้อ 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 ข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ คำถามข้อ 2, 13, 15 ลักษณะของคำตอบในแต่ละข้อ มีคำตอบให้เลือก 3 แบบ คือ ถูก ผิด และไม่ทราบ

มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
ถูก	ให้ 1 คะแนน	ให้ 0 คะแนน
ผิด	ให้ 0 คะแนน	ให้ 1 คะแนน
ไม่ทราบ	ให้ 0 คะแนน	ให้ 0 คะแนน

เพราะฉะนั้นคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 - 24 คะแนน การแปลผล คะแนนรวมที่มากหมายถึง มีความรู้มาก คะแนนรวมที่น้อย หมายถึง มีความรู้น้อย

3. แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง ใช้ในการประเมินสมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับดัดแปลง

จากแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของสินีนุช หลวงพิทักษ์ (2558) โดยการปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับสาระเกี่ยวกับการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง และเพิ่มสาระด้านการรักษาความสมดุลของน้ำในร่างกาย ซึ่งแบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง มีข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 19 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการใช้ยาขับปัสสาวะ จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านการจำกัดอาหารโซเดียม จำนวน 3 ข้อ 3) ด้านการรักษาความสมดุลของน้ำในร่างกาย จำนวน 5 ข้อ และ 4) ด้านการติดตามอาการภาวะน้ำเกินและจัดการอาการด้วยตนเอง จำนวน 6 ข้อ ลักษณะของคำตอบในแต่ละข้อเป็นช่องคะแนน โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อประเมินความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมด้วยตนเองแล้วเขียนเครื่องหมายทับลงบนช่องคะแนน ให้ตรงกับความมั่นใจในความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ มีเกฑณ์การให้คะแนนความมั่นใจอยู่ระหว่าง 0 - 10 คะแนน เพราะฉะนั้นคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 - 190 คะแนน การแปลผล คะแนนรวมที่มาก หมายถึง มีสมรรถนะแห่งตนมาก คะแนนรวมที่น้อย หมายถึง มีสมรรถนะแห่งตนน้อย

4. แบบสอบถามการกำกับตนเอง ใช้ในการประเมินการกำกับตนเอง ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับดัดแปลงจากแบบสอบถามการกำกับตนเองของกมลพร สิริคุตจตุพร และคณะ (2560) โดยการปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับสาระเกี่ยวกับการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง ซึ่งแบบสอบถามการกำกับตนเอง มีข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 9 ข้อ ประกอบด้วย 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การเฝ้าสังเกตตนเอง 3) การสะท้อนคิด 4) การตัดสินใจ 5) การวางแผน 6) การประเมินตนเอง และการตอบสนองต่อการจัดการที่เกี่ยวกับการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งแต่ละข้อมีความหมาย ดังนี้

ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ไม่ปฏิบัติกิจกรรมตามข้อนั้นเลย
ปฏิบัติน้อยมาก	หมายถึง	ปฏิบัติกิจกรรมตามข้อนั้นน้อยมาก
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติกิจกรรมตามข้อนั้นบางครั้ง
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติกิจกรรมตามข้อนั้นบ่อยครั้ง
ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ปฏิบัติกิจกรรมตามข้อนั้นอยู่เสมอหรือทุกวัน

มีเกณฑ์การให้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) ดังนี้

ไม่เคยปฏิบัติ	ให้ 1 คะแนน
ปฏิบัติน้อยมาก	ให้ 2 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้ 3 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ให้ 4 คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้ 5 คะแนน

เพราะฉะนั้นคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 9 - 45 คะแนน การแปลผล คะแนนรวมที่มาก หมายถึง มีการกำกับตนเองมาก คะแนนรวมที่น้อย หมายถึง มีการกำกับตนเองน้อย

5. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ใช้ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับดัดแปลงจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของสินีนุช หลวงพิทักษ์ (2558) โดยการปรับข้อคำถามข้อที่ 8 และข้อที่ 15 ให้สอดคล้องกับสาระเกี่ยวกับการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง ซึ่งแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มีข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 15 ข้อ ประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับ 1) การประเมินค่า 2) ข้อมูลข่าวสาร และ 3) ทรัพยากร

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ซึ่งแต่ละข้อมีความหมาย ดังนี้

ไม่เป็นจริง	หมายถึง	ข้อความนั้น ไม่ตรงความเป็นจริงที่เกิดขึ้น
เป็นจริงน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงความจริงที่เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย
เป็นจริงส่วนใหญ่	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเป็นส่วนใหญ่
เป็นจริงมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงความเป็นจริงที่เกิดขึ้นมากที่สุด

มีเกณฑ์การให้คะแนนคำตอบ ดังนี้

ไม่เป็นจริง	ให้ 1 คะแนน
เป็นจริงเล็กน้อย	ให้ 2 คะแนน
เป็นจริงส่วนใหญ่	ให้ 3 คะแนน
เป็นจริงมากที่สุด	ให้ 4 คะแนน

เพราะฉะนั้นคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 15 - 60 คะแนน การแปลผล คะแนนรวมที่มาก หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมมาก คะแนนรวมที่น้อย หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย

6. แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ใช้ในการประเมินพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับดัดแปลงจากแบบประเมินการจัดการตนเองของสินีนุช หลวงพิทักษ์ (2558) โดยการปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับสาระเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และเพิ่มสาระด้านการรักษาความสมดุลของน้ำในร่างกาย ซึ่งแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง มีข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 19 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการใช้ยาขับปัสสาวะ จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านการจำกัดอาหารโซเดียม จำนวน 3 ข้อ 3) ด้านการรักษาความสมดุลของน้ำในร่างกาย จำนวน 5 ข้อ และ 4) ด้านการติดตามอาการภาวะน้ำเกินและจัดการอาการด้วยตนเอง จำนวน 6 ข้อ ซึ่งมีข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ คำถามข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 19 ข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ คำถามข้อ 6, 13, 18

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ค่า ดังนี้

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

มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
ทำเป็นประจำ	ให้ 3 คะแนน	ให้ 0 คะแนน
ทำบ่อยครั้ง	ให้ 2 คะแนน	ให้ 1 คะแนน
ทำเป็นบางครั้ง	ให้ 1 คะแนน	ให้ 2 คะแนน
ไม่เคยทำ	ให้ 0 คะแนน	ให้ 3 คะแนน

เพราะฉะนั้นคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 - 57 คะแนน การแปลผล คะแนนรวมที่มาก หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองมาก คะแนนรวมที่น้อย หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองน้อย

ผู้วิจัยได้แบ่งระดับคะแนนพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองโดยรวม รายด้านและรายข้อแบบอิงเกณฑ์ โดยหาค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถามทั้งชุดซึ่งอยู่ระหว่าง 0 - 3 คะแนน และแบ่งค่าเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ โดยคำนวณหาอันตรภาคชั้นใช้ค่าพิสัย ซึ่งคำนวณจากคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด แล้วเอาผลลัพธ์ที่ได้มาแบ่งเป็น 3 ช่วงเท่า ๆ กัน (ประคอง กรรณสูต, 2542) สามารถกำหนดระดับคะแนนพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ได้ดังนี้

0.00 - 1.00 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในระดับต่ำ

1.01 - 2.00 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในระดับปานกลาง

2.01 - 3.00 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทุกชุดไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือแล้ว มีรายละเอียดดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ประกอบด้วยเครื่องมือเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำเกิน แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง แบบสอบถามการกำกับตนเอง แบบสอบถาม

การสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องแล้วโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย

1) แพทย์ผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดและหัวใจ 1 ท่าน

2) อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดและหัวใจ 1 ท่าน

3) พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดและหัวใจ 1 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามให้มีความสมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว เพื่อให้ข้อคำถามมีความตรงตามเนื้อหาความสอดคล้องกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย และผู้วิจัยได้นำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้ผล ดังนี้

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำเกิน เท่ากับ .83

แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง เท่ากับ .84

แบบสอบถามการกำกับตนเอง เท่ากับ 1.00

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 1.00

แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เท่ากับ .89

2. การตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำเกิน แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง แบบสอบถามการกำกับตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ได้นำไปทดลองใช้แล้วกับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย เนื่องด้วยขณะนั้นอยู่ระหว่างสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 ส่งผลให้การเปิดบริการของแผนกสถาบันหัวใจมีการจำกัดจำนวนผู้รับบริการ ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีจำนวนลดลงอย่างมาก ผู้วิจัยจึงเลือกนำเครื่องมือไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังและมีภาวะน้ำเกินที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในชั้น 17 โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง จังหวัดกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่กำลังได้รับการวางแผนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในขณะนั้นแทน โดยเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรุนแรงและความทนในการทำกิจกรรม NYHA - FC II และ NYHA - FC III และได้รับการนัดติดตามอาการภายหลังที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยการหาความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) (รัตน์ศิริ ทาโต, 2561) ได้แก่ การคำนวณสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) สำหรับเครื่องมือที่ดัดแปลง ค่าที่ยอมรับได้เท่ากับ .70 ขึ้นไป การ

คำนวณความเชื่อมั่นคูเดอร์ ริชาร์คสันต์ 20 (Kuder - Richardson 20) ค่าที่ยอมรับได้เท่ากับ .70 ขึ้นไป และนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ได้ผล ดังนี้

ผลการตรวจสอบความสอดคล้องภายในด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าดังนี้

1. แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง เท่ากับ .88
2. แบบสอบถามการกำกับตนเอง เท่ากับ .83
3. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ .77
4. แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เท่ากับ .88

ผลการตรวจสอบความเชื่อมั่นคูเดอร์ ริชาร์คสันต์ 20 (Kuder - Richardson 20) ได้ค่าดังนี้

1. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำเกิน เท่ากับ .77

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อโครงการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย เอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่โครงการวิจัย IRB - STIN 2564/14.14.09 วันที่รับรอง 3 ธันวาคม 2564 วันที่หมดอายุ 2 ธันวาคม 2565

2. ผู้วิจัยได้ยื่นเอกสารขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลวิจัยกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ศึกษา และได้รับเอกสารอนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูลวิจัย เมื่อวันที่ 30 ธันวาคม 2564 หลังจากได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลที่ดูแลแผนกผู้ป่วยนอกทั้งหมด ได้ดำเนินการชี้แจงให้กับหัวหน้าพยาบาลแผนกสถาบันหัวใจ รับทราบว่าจะมีผู้วิจัยเข้ามาเก็บข้อมูลวิจัยสำหรับวิทยานิพนธ์

3. หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ขอเข้าพบพยาบาลหัวหน้าแผนกสถาบันหัวใจ และได้แนะนำตัว ชี้แจงโครงการวิจัย และชี้แจงวัตถุประสงค์ คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมวิจัยด้วยตนเอง และขออนุญาตใช้สถานที่ห้อง VIP เพื่อเป็นสถานที่เก็บข้อมูล โดยการติดป้ายหน้าห้องสำหรับสัมภาษณ์เพื่อลดการรบกวนจากบุคคลภายนอก

4. เมื่อได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามขั้นตอน ดังนี้

4.1 ผู้วิจัยได้ดำเนินการประสานงานกับแผนกไอที ซึ่งเป็นแผนกที่มีฐานข้อมูลของผู้ป่วยทั้งหมด โดยผู้วิจัยได้ขอข้อมูลวันที่และเวลานัดหมายของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังตามกลุ่มโรค ICD - 10 ตลอดทั้งเดือนมกราคม 2565 - เดือนมีนาคม 2565

4.2 เมื่อผู้วิจัยได้รายชื่อนัดหมายทั้งหมดของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังแล้ว ช่วงเวลาเย็นของทุกวันก่อนวันนัดหมายพบแพทย์ ผู้วิจัยได้ใช้ฐานข้อมูลในระบบทั้ง 2 ระบบ เพื่อคัดรายชื่อ

ผู้ป่วยอีกครั้งตามเกณฑ์การคัดเข้าศึกษา ได้แก่ ฐานข้อมูลผู้ป่วยนอกและฐานข้อมูลผู้ป่วยของโรงพยาบาลทั้งหมด โดยผู้วิจัยมีรหัสประจำตัวพยาบาลของตนเองที่สามารถเข้าฐานข้อมูลผู้ป่วยนอกซึ่งสามารถดูนัดหมายของผู้ป่วยในวันถัดไปได้ รวมทั้งข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา และสามารถใช้รหัสประจำตัวพยาบาลของตนเองเข้าฐานข้อมูลผู้ป่วยของโรงพยาบาลทั้งหมดเพื่อดู OPD Card ของผู้ป่วย ได้แก่ ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การใช้กลุ่มยาขับปัสสาวะ การใช้กลุ่มยาลดความดันโลหิตสูง โรคร่วม โดยทั้ง 2 ฐานข้อมูลนี้ เป็นระบบที่ผู้วิจัยใช้เป็นประจำเมื่อปฏิบัติงาน

4.3 หลังจากได้รายชื่อผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าศึกษาเพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ทำการเตรียมแบบสอบถามไว้ล่วงหน้า 1 วัน

4.4 วันรุ่งขึ้นผู้วิจัยได้เข้าพบหัวหน้าพยาบาลแผนกสถาบันหัวใจ เพื่อพาผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยได้คัดเลือกไว้ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้เข้าแนะนำตัว พูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างจากนั้นได้ชี้แจงข้อมูลที่เกี่ยวกับโครงการวิจัย ได้แก่ วัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ การตอบแบบสอบถาม การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย จากนั้นผู้วิจัยได้สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมและยินดีให้เปิดแฟ้มประวัติ ผู้วิจัยได้ให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินดีเข้าร่วมการวิจัย (consent form) และได้ดำเนินการเก็บข้อมูล

4.5 หลังจากกลุ่มตัวอย่างอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้บันทึกข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้จากการสัมภาษณ์ และทบทวนจากการบันทึกในฐานข้อมูลโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้งหมด 5 ชุด ข้อคำถามทั้งหมด 86 ข้อ ได้แก่ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำเกิน 24 ข้อ แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง 19 ข้อ แบบสอบถามการกำกับตนเอง 9 ข้อ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม 15 ข้อ และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง 19 ข้อ ใช้เวลารวมในการตอบแบบสอบถามประมาณ 40 นาที โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 วิธี คือ ในรายที่สามารถตอบแบบสอบถามเองได้ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านและตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ส่วนในรายที่ไม่สะดวกในการอ่านแบบสอบถาม ผู้วิจัยอ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบ สถานที่ในการตอบแบบสอบถามเป็นห้องรับรองสำหรับผู้ป่วย VIP ขณะที่กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลในห้อง VIP เมื่อถึงคิวแพทย์เรียกพบผู้ป่วยตามคิวผู้วิจัยมีระบบจัดการ ดังนี้ โดยก่อนเชิญกลุ่มตัวอย่างไปห้อง VIP ผู้วิจัยได้ติดสัญลักษณ์รูปดาวที่ OPD Card ของกลุ่มตัวอย่างรายนั้น เพื่อให้ผู้ช่วยแพทย์ที่ทำการเรียกคิวผู้ป่วยได้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในห้อง VIP และระหว่างตอบแบบสอบถาม หากเป็นช่วงที่กลุ่มตัวอย่างต้องได้เข้ารับการรักษาและติดตามอาการจากแพทย์ ผู้วิจัยจะดำเนินการโดยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถย้อนมาตอบแบบสอบถามได้ในภายหลัง

4.6 ระหว่างดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 โดยผู้วิจัยเว้นระยะห่างระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับผู้วิจัยอย่างน้อย 1 เมตร และสวมใส่หน้ากากอนามัยพร้อมสวมใส่ Face shield ตลอดเวลาที่ทำการเก็บข้อมูล เมื่อเก็บข้อมูลแล้วเสร็จผู้วิจัยล้างมือด้วยสบู่ น้ำยาล้างมือหรือแอลกอฮอร์เจล ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีความประสงค์ให้ผู้วิจัยอ่านแบบสอบถาม ผู้วิจัยอ่านคำถามทีละข้อและกลุ่มตัวอย่างตอบทีละข้อ ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีคำถามผู้วิจัยให้คำตอบในทันที ในรายที่ไม่สะดวกตอบแบบสอบถามในวันนั้น ผู้วิจัยได้ขออนุญาตให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทางโทรศัพท์โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้กำหนดเวลาที่สะดวก

4.7 เมื่อเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยอีกครั้ง และได้ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถามแต่ละชุด หลังจากนั้นผู้วิจัยได้กล่าวแสดงความขอบคุณพร้อมมอบของที่ระลึกให้กับกลุ่มตัวอย่าง

5. ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์โดยวิธีการทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยหลังได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้ว โดยมีการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ตามหลักการเคารพในบุคคล (Respect for person)

ผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างในการชี้แจงเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์ให้เป็นลายลักษณ์อักษรในหน้าแรกของแบบสอบถามการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย โดยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัยชี้แจงสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยหรือการปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ หากกลุ่มตัวอย่างต้องการถอนตัวออกจากการวิจัยสามารถบอกยกเลิกได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับและปลอดภัยด้วยการลงรหัสไม่ระบุชื่อ-นามสกุล โดยนำมาใช้สำหรับการวิจัยเท่านั้นจากนั้นข้อมูลจะถูกทำลายหลังจากตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานไปแล้ว 5 ปี นำเสนอผลงานวิจัยจะวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดในลักษณะภาพรวม หรือใช้รหัสตัวเลขเท่านั้น ไม่สามารถเชื่อมโยงถึงตัวบุคคลโดยบุคคลหนึ่งผู้เป็นเจ้าของข้อมูล

2. ตามหลักคุณประโยชน์ ไม่ก่ออันตราย (Beneficence)

ผู้วิจัยชี้แจ้งถึงผลประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยระหว่างให้การตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการผิดปกติ การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะไม่ได้ประโยชน์โดยตรง แต่ผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อสังคมส่วนรวม เพื่อเป็นแนวทางใน

การส่งเสริมผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังให้มีพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองที่ดีขึ้น เป็นการช่วยป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง รวมทั้งผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติต่าง ๆ ในการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง

3. ตามหลักความยุติธรรม

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างโดยมีเกณฑ์การคัดเข้า และการคัดออกอย่างชัดเจน ไม่มีอคติกับกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ทางสถิติดังนี้

1. วิเคราะห์การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าพิสัย ใช้สถิติพรรณา สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพในปัจจุบัน ศาสนา ระดับการศึกษา ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย ได้แก่ จำนวนครั้งของการเกิดภาวะน้ำเกินในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การใช้ยาขับปัสสาวะ กลุ่มยาขับปัสสาวะ ระยะเวลาการใช้ยาขับปัสสาวะ การใช้กลุ่มยาลดความดันโลหิตสูง กลุ่มยาลดความดันโลหิตสูง โรคร่วม ข้อมูลของผู้ดูแล ได้แก่ ผู้ดูแล ความสัมพันธ์ของผู้ดูแล ระยะเวลาการดูแลของผู้ดูแล

2. วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าพิสัย ใช้สถิติพรรณาสำหรับวิเคราะห์ข้อมูลระดับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ความรู้ สมรรถนะแห่งตน การกำกับตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Person Product Moment Correlation Coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบที่ระดับ .05

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น การใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Person Product Moment Correlation Coefficient) โดยการทดสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติ (normality) ทดสอบโดยใช้ค่า *SE* of Skewness และ *SE* of Kurtosis ซึ่งต้องมีค่าไม่เกิน 3.29 (Tabachnick & Fidell, 2013) พบว่า ตัวแปรความรู้ สมรรถนะแห่งตน การกำกับตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง มีการกระจายแบบโค้งปกติ (กลุ่มตัวอย่างที่ใช้การวิเคราะห์ 84 คน) (ภาคผนวก ช)

บทที่ 4
ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ สมรรถนะแห่งตน การกำกับตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาแผนกสถาบันหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง จังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 84 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์นำเสนอผลการวิจัยและการอภิปรายผล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ส่วนที่ 2 ระดับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ สมรรถนะแห่งตน การกำกับตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ตาราง 1

จำนวน ร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (N = 84)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง		
เพศ		
ชาย	42	50.0
หญิง	42	50.0
อายุ		
18 - 35 ปี	1	1.2
36 - 60 ปี	23	27.4
61 - 64 ปี	8	9.5
65 ปีขึ้นไป	52	61.9
(*M* = 65.67, *SD* = 10.98, Range (34 - 85)		
Skewness value = -3.07, Kurtosis value = 0.81)		
สถานภาพสมรส		
สมรส	58	69.0
โสด	22	26.2
หม้าย	3	3.6
หย่า	1	1.2
อาชีพในปัจจุบัน		
ค้าขาย	28	33.3
ธุรกิจส่วนตัว	19	22.6
อื่น ๆ	18	21.4
รับจ้าง	14	16.7
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	5	6.0

ตาราง 1 ต่อ

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ศาสนา		
พุทธ	77	91.6
คริสต์	5	6.0
อิสลาม	2	2.4
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	23	27.4
มัธยมศึกษา	17	20.2
ปวช/ ปวส	17	20.2
ประถมศึกษา	15	17.9
ประกาศนียบัตร/ อนุปริญญา	7	8.3
ไม่เรียน	5	6.0
ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย		
จำนวนครั้งของการเกิดภาวะน้ำเกินในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา		
1 - 5 ครั้ง	82	97.6
6 - 10 ครั้ง	2	2.4
(Median = 3.00, IQR = 2.00, Range (1 - 8)		
Skewness value = 3.86, Kurtosis value = 3.93)		
ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง		
1 - 5 ปี	72	86.9
6 - 10 ปี	11	13.1
(*M* = 4.04, *SD* = 2.29, Range (1 - 10)		
Skewness value = 1.40, Kurtosis value = 1.87)		
จำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล		
1 ครั้ง	47	56.0
2 ครั้ง	25	29.7
3 ครั้ง	11	13.1
4 ครั้ง	0	0
5 ครั้ง	1	1.2

ตาราง 1 ต่อ

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
(Median = 1.00, IQR = 1.00, Range (1 - 5)		
Skewness value = 5.34, Kurtosis value = 4.65)		
การใช้ยาขับปัสสาวะ	84	100.0
มี		
กลุ่มยาขับปัสสาวะ	79	94.0
Loop Diuretics (Lasix)	5	6.0
Spironolactone (Aldactone)		
ระยะเวลาการใช้ยาขับปัสสาวะ		
1 - 5 ปี	72	85.7
6 - 10 ปี	12	14.3
(*M* = 4.04, *SD* = 2.29, Range (1 - 10)		
Skewness value = 1.40, Kurtosis value = 0.19)		
การใช้กลุ่มยาลดความดันโลหิตสูง		
มี	65	77.4
ไม่มี	19	22.6
กลุ่มยาลดความดันโลหิตสูง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
Beta - blocker	38	45.2
ARBS	32	38.1
Calcium channel blocker	23	27.4
Alpha blocker	2	2.4
ACEI	1	1.2
โรคร่วม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
โรคความดันโลหิตสูง	69	82.1
ไขมันในเลือดสูง	57	67.9
โรคเบาหวาน	30	35.7
โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ	15	17.9
โรคเก๊าต์	7	8.3

ตาราง 1 ต่อ

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ข้อมูลของผู้ดูแล		
ผู้ดูแล		
มี	84	100.0
ความสัมพันธ์ของผู้ดูแล		
คู่สมรส	42	50.0
บุตรและหลาน	30	35.7
ลูกจ้าง	11	13.1
พี่น้อง	1	1.2
ระยะเวลาการดูแลของผู้ดูแล		
1 - 5 ปี	36	42.9
6 - 10 ปี	48	57.1
(*M* = 6.46, *SD* = 2.74, Range (2 - 10)		
Skewness value = 0.15, Kurtosis value = -2.71)		

จากตาราง 1 การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 50.0 เพศหญิงร้อยละ 50.0 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยผู้สูงอายุมีอายุ 65 ปีขึ้นไป สถานภาพสมรส ร้อยละ 69.0 อาชีพในปัจจุบัน ส่วนใหญ่ค้าขาย ร้อยละ 33.3 รองลงมาคือ ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 22.6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 91.6 รองลงมาคือ ศาสนาคริสต์ ร้อยละ 6.0 และน้อยสุดคือ ศาสนาอิสลาม ร้อยละ 2.4 ส่วนใหญ่การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 27.4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติเคยเกิดภาวะน้ำเกินในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา 1 - 5 ครั้ง ร้อยละ 97.6 โดยมีระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอยู่ระหว่าง 1 - 5 ปี ร้อยละ 86.9 มีประวัติเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1 ครั้ง ร้อยละ 56.0 กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมดมีการใช้ยาขับปัสสาวะ ร้อยละ 100 โดยใช้ยาขับปัสสาวะกลุ่ม Loop Diuretics (Lasix) มากที่สุด ร้อยละ 94.0 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการใช้ยาขับปัสสาวะอยู่ระหว่าง 1 - 5 ปี ร้อยละ 85.7 และมากกว่าครึ่งมีการใช้กลุ่มยาลดความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ร้อยละ 77.4 ส่วนใหญ่เป็นยาลดความดันโลหิตสูงกลุ่ม Beta - blocker ร้อยละ 45.2 รองลงมาคือ ARBS ร้อยละ 38.1 และ Calcium channel blocker ร้อยละ 27.4 กลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วมสูงสุด 3 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 82.1 รองลงมาคือ ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 67.9 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 35.7 กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมดมีผู้ดูแล ร้อยละ 100 โดย

ครึ่งหนึ่งมีความสัมพันธ์ เป็นคู่สมรส ร้อยละ 50.0 เป็นบุตรและหลาน ร้อยละ 35.7 และเป็นลูกจ้าง ร้อยละ 13.1 โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยมานานอยู่ระหว่าง 6 - 10 ปี ร้อยละ 57.1 รองลงมาคือ 1 - 5 ปี ร้อยละ 42.9

ส่วนที่ 2 ระดับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ตาราง 2

ค่าพิสัย คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังโดยรวมและรายด้าน (N = 84)

พฤติกรรมการจัดการภาวะ น้ำเกินด้วยตนเอง	ช่วงคะแนน				
	คะแนนต่ำสุด	คะแนนสูงสุด	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
พฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองโดยรวม	0.95	2.68	1.67	0.41	ปานกลาง
พฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองรายด้าน					
1. ด้านการใช้ยาขับปัสสาวะ	0.60	3.00	1.62	0.72	ปานกลาง
2. ด้านการจำกัดอาหารโซเดียม	1.00	3.00	2.67	0.52	สูง
3. ด้านการรักษาความสมดุลของน้ำในร่างกาย	0.80	2.40	1.48	0.41	ปานกลาง
4. ด้านการติดตามอาการภาวะน้ำเกินและจัดการอาการด้วยตนเอง	0.67	2.67	1.56	0.45	ปานกลาง

จากตาราง 2 ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองโดยรวม 1.67 (*SD* = 0.41) จัดอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาพฤติกรรมเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการใช้ยาขับปัสสาวะมีคะแนนเฉลี่ย 1.62 (*SD* = 0.72) จัดอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการจำกัดอาหารโซเดียมมีคะแนนเฉลี่ย 2.67 (*SD* = 0.52) จัดอยู่ในระดับสูง ด้านการรักษาความสมดุลของน้ำในร่างกายมีคะแนนเฉลี่ย 1.48 (*SD* = 0.41) จัดอยู่ในระดับปานกลาง และด้านการติดตามอาการภาวะน้ำเกินและจัดการอาการด้วยตนเองมีคะแนนเฉลี่ย 1.56 (*SD* = 0.45) จัดอยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ สมรรถนะแห่งตน การกำกับตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ตาราง 3

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างความรู้ สมรรถนะแห่งตน การกำกับตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (N = 84)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน	p-value
ความรู้	.40	0.000
สมรรถนะแห่งตน	.86	0.000
การกำกับตนเอง	.64	0.000
การสนับสนุนทางสังคม	.94	0.000

จากตาราง 3 ผลการศึกษา พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .40, p < .001) สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .86, p < .001) การกำกับตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .64, p < .001) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= .94, p < .001)

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ สมรรถนะแห่งตน การกำกับตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาแผนกสถาบันหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง จังหวัดกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2565 – มีนาคม พ.ศ. 2565 และมีคุณสมบัติตามที่กำหนด อภิปรายผลการวิจัยดังนี้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 50.0 เพศหญิงร้อยละ 50.0 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นวัยผู้สูงอายุมีอายุ 65 ปีขึ้นไป สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ร้อยละ 80.0 มีอายุ 65 ปีขึ้นไป (McMurray et al., 2012; Mizuno et al., 2016) เกินครึ่งมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 69.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขาย ร้อยละ 33.3 รองลงมาคือ ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 22.6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 91.6 รองลงมาคือ ศาสนาคริสต์ ร้อยละ 6.0 และน้อยสุดคือ ศาสนาอิสลาม ร้อยละ 2.4 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 27.4

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติเคยเกิดภาวะน้ำเกินในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา 1 - 5 ครั้ง ร้อยละ 97.60 และมีประวัติเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1 ครั้ง ร้อยละ 56.0 เนื่องจากเหตุผลของการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของหัวใจทำให้กลไกการปรับชดเชยมีประสิทธิภาพลดลงรวมทั้งความก้าวหน้าของโรคดำเนินก้าวหน้ามากยิ่งขึ้น ตามช่วงอายุที่เพิ่มขึ้น ส่งผลทำให้เกิดภาวะน้ำเกินกำเริบซ้ำและมีโอกาสกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ (Huynh et al., 2015; Lim et al., 2019) กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอยู่ระหว่าง 1 - 5 ปี ร้อยละ 86.9 กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมดมีการใช้ยาขับปัสสาวะ ร้อยละ 100 โดยใช้ยาขับปัสสาวะกลุ่ม Loop Diuretics (Lasix) มากที่สุด ร้อยละ 94.0 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการใช้ยาขับปัสสาวะอยู่ระหว่าง 1 - 5 ปี ร้อยละ 85.7 จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับประทานยาขับปัสสาวะเป็นระยะเวลานาน บ่งบอกได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานี้ยังคงมีอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำเกินคงอยู่และต้องควบคุมโดยยาขับปัสสาวะ เนื่องจากการใช้ยาขับปัสสาวะเป็นการควบคุมอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำเกินและคุมปริมาณน้ำที่คั่งในร่างกายให้อยู่ในปริมาณที่พอเหมาะกับร่างกาย (ณัฐพันธ์ รัตนจรัสกุล, 2556) และมากกว่าครึ่งมีการใช้กลุ่มยาลดความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ร้อยละ 77.4 ส่วนใหญ่เป็นยาลดความดันโลหิตสูงกลุ่ม Beta - blocker ร้อยละ 45.2 รองลงมาคือ ARBS ร้อยละ 38.1 และ Calcium channel blocker ร้อยละ 27.4 กลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วมสูงสุด 3 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 82.1 รองลงมาคือ ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 67.9 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 35.7 เนื่องจากการมีโรคร่วมที่เป็นโรคเรื้อรังดังกล่าวเป็นสาเหตุที่ทำให้ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลง ส่งผลทำให้หัวใจต้องทำงานหนักมากยิ่งขึ้น จนนำไปสู่ภาวะน้ำเกินกำเริบซ้ำได้ (Lorio et al., 2018)

กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมดมีผู้ดูแล ร้อยละ 100 โดยครึ่งหนึ่งมีความสัมพันธ์ เป็นคู่สมรส ร้อยละ 50.0 เป็นบุตรและหลาน ร้อยละ 35.7 และเป็นลูกจ้าง ร้อยละ 13.1 จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ศึกษานี้ มีผู้ดูแลทุกรายซึ่งหน้าที่หลักในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติ

กิจกรรมต่าง ๆ และส่วนใหญ่ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลเป็นคู่สมรส จากการศึกษาของสตัมพ์ และคณะ (Stamp et al., 2016) พบว่า ผู้ดูแลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสมีร้อยละ 52.6 มีส่วนช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังดูแลตนเองได้ดี จากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานี้ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยมานานอยู่ระหว่าง 6 - 10 ปี ร้อยละ 57.1 รองลงมาคือ 1 - 5 ปี ร้อยละ 42.9

ระดับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

การศึกษาครั้งนี้พฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในด้านการใช้ยาขับปัสสาวะ ด้านการจำกัดอาหารโซเดียม ด้านการรักษาความสมดุลของน้ำในร่างกาย และด้านการติดตามอาการภาวะน้ำเกินและจัดการอาการด้วยตนเอง เพื่อลดการเกิดภาวะน้ำเกินกำเริบซ้ำ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองโดยรวม 1.67 (*SD* = 0.41) จัดอยู่ในระดับปานกลาง จากทฤษฎีการจัดการตนเองและครอบครัวของไรอัลและซาวิน (Ryan & Sawin, 2009) ได้กล่าวว่า ปัจจัยที่กระตุ้นให้มีการจัดการตนเองประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านเงื่อนไขเฉพาะ ปัจจัยด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อมทางสังคม ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นวัยผู้สูงอายุมีอายุ 65 ปีขึ้นไป โรคร่วมสูงสุด 3 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 82.1 รองลงมาคือ ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 67.9 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 35.7 มีระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอยู่ระหว่าง 1 - 5 ปี และส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขาย ร้อยละ 33.3 ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าปัจจัยกระตุ้นต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานี้ โดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขาย อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีเวลาในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองได้ครบทุกด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของสินีนุช หลวงพิทักษ์ (2558) พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเอง 41.21 (*SD* = 8.07) จัดอยู่ระดับปานกลาง แต่อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 27.4 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี และร้อยละ 100 มีผู้ดูแล จากทฤษฎีการจัดการตนเองและครอบครัวของไรอัลและซาวิน (Ryan & Sawin, 2009) เชื่อว่า สมาชิกในครอบครัวเป็นศูนย์กลางที่มีส่วนร่วมในการเสริมสร้างสุขภาพของบุคคล ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าระดับการศึกษาและผู้ดูแลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานี้มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะและความสามารถในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลและทำความเข้าใจวิธีการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพจึงทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองค่อนข้างเหมาะสม

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองด้านการใช้ยาขับปัสสาวะ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ย 1.62 (*SD* = 0.72) จัดอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาพฤติกรรมรายข้อทั้งหมดที่เกี่ยวกับด้านการใช้ยาขับปัสสาวะ ซึ่งพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (ภาคผนวก ช) อาจเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยยึดมั่นต่อการรับประทานยาขับปัสสาวะตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานี้ร้อยละ 100 มีผู้ดูแลอยู่ที่บ้าน ซึ่งอาจจะช่วยผู้ป่วยในการดูแลรับประทานยาขับปัสสาวะตามแผนการรักษา นอกจากนี้ผู้ป่วยบางส่วนสามารถเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเองเมื่อมีอาการ ทั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างบางรายแพทย์มีแผนการรักษาโดยให้ปรับยาขับปัสสาวะได้ด้วยตนเอง ดังนั้น พฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองด้านการใช้ยาขับปัสสาวะ จึงจัดอยู่ในระดับปานกลาง

ด้านการจำกัดอาหารโซเดียม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย 2.67 (*SD* = 0.52) จัดอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาพฤติกรรมรายข้อทั้งหมดที่เกี่ยวกับด้านการจำกัดอาหารโซเดียม ซึ่งพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (ภาคผนวก ช) อาจเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังทุกรายที่มารับบริการที่แผนกสถาบันหัวใจจะได้รับคู่มือการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน โดยมีแบบสังเกตการปรุงหรือการรับประทานอาหารซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีการจำกัดอาหารโซเดียมได้ดี อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 82.1 มีโรคร่วมเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำจากทีมสุขภาพเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตนในเรื่องการควบคุมอาหารโซเดียมสูงร่วมด้วยมาก่อน และเนื่องด้วยสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 ในปัจจุบันอาจจะทำให้ผู้ดูแลร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานี้ช่วยผู้ป่วยในการประกอบอาหารเองและไม่ได้รับประทานอาหารข้างนอก สอดคล้องกับการศึกษาของพิสมัย อันพันลำ และคณะ (2564) พบว่า ด้านการรับประทานอาหารจำกัดเกลือโซเดียมในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับดี ร้อยละ 54.9 ดังนั้น พฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองด้านการจำกัดอาหารโซเดียม จึงจัดอยู่ในระดับสูง

ด้านการรักษาความสมดุลของน้ำในร่างกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย 1.48 (*SD* = 0.41) จัดอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาพฤติกรรมรายข้อที่เกี่ยวกับด้านการรักษาความสมดุลของน้ำในร่างกาย ในเรื่องของการจดบันทึกปริมาณน้ำดื่มและปริมาณปัสสาวะในรอบหนึ่งวัน ซึ่งพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (ภาคผนวก ช) อาจเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังทุกรายที่มารับบริการที่แผนกสถาบันหัวใจจะได้รับคู่มือการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน ซึ่งมีแบบบันทึกปริมาณน้ำดื่มรวมทั้งบันทึกปัสสาวะใน 1 วัน เป็นคู่มือประจำตัวของผู้ป่วยที่ต้องนำมาทุกครั้งเมื่อมาโรงพยาบาลอยู่แล้ว จึงส่งผลให้พฤติกรรมรายข้อที่เกี่ยวข้องกับการจดบันทึกข้อมูลปริมาณน้ำดื่มและปริมาณปัสสาวะอยู่ในระดับที่ดี แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าต้องกำหนดเป้าหมายของปริมาณน้ำที่จะดื่มในแต่ละวัน ซึ่งสอดคล้องกับพฤติกรรมรายข้อที่เกี่ยวกับการกำหนดเป้าหมายของปริมาณน้ำที่จะดื่มในแต่ละวันโดยคำนวณจากปริมาณปัสสาวะในหนึ่งวันที่

ผ่านมาและบวกเพิ่มอีก 250 cc ซึ่งพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ (ภาคผนวก ช) อาจเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยยังขาดความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของการบันทึกข้อมูลปริมาณน้ำดื่มและปัสสาวะ จึงยังไม่สามารถนำมาใช้คำนวณเพื่อกำหนดเป้าหมายของปริมาณที่สามารถดื่มได้ในแต่ละวัน ดังนั้น พฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองด้านการรักษาความสมดุลของน้ำในร่างกาย จึงจัดอยู่ในระดับปานกลาง

ด้านการติดตามอาการภาวะน้ำเกินและจัดการอาการด้วยตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย 1.56 (*SD* = 0.45) จัดอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาพฤติกรรมรายข้อที่เกี่ยวกับด้านการติดตามอาการภาวะน้ำเกินและจัดการอาการด้วยตนเอง ในเรื่องของการตรวจสอบอาการบวม การชั่งน้ำหนักและการวัดความดันโลหิต ซึ่งพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (ภาคผนวก ช) อาจเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังทุกรายที่มารับบริการที่แผนกสถาบันหัวใจจะได้รับคู่มือการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน ซึ่งมีแบบประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวควบคู่กับแบบบันทึกค่าน้ำหนักและค่าความดันโลหิตไว้ให้ผู้ป่วยได้ทบทวนประกอบเมื่อมีอาการหายใจเหนื่อยปรากฏ รวมทั้งจะได้รับการตรวจวัดน้ำหนักตัวและระดับความดันโลหิตเมื่อมาตรวจตามนัดอยู่แล้ว จึงทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวและระดับความดันโลหิตได้ดี ดังนั้น พฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองด้านการติดตามอาการภาวะน้ำเกินและจัดการอาการด้วยตนเอง จึงจัดอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของพิสมัย อันพันลำ และคณะ (2564) พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการติดตามประเมิน เฝ้าระวังเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 44 และการศึกษาของสินีนุช หลวงพิทักษ์ (2558) พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการเฝ้าระวังและจัดการอาการและอาการแสดงที่เกิดจากภาวะโซเดียมและน้ำเกินมีคะแนนเฉลี่ย 9.87 จัดอยู่ในระดับปานกลาง แต่อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเองเมื่อมีอาการ และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมรายข้อที่เกี่ยวกับการปรับเพิ่มยาขับปัสสาวะจากเดิม 1.5 - 2 เท่า และน้ำหนักไม่ลดลงภายใน 3 - 4 วัน โดยมาพบแพทย์ก่อนวันนัด ซึ่งพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ (ภาคผนวก ช) อาจเป็นไปได้ว่าเนื่องด้วยสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 ในปัจจุบันอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ค่อยออกจากบ้านได้บ่อยครั้งและอาจรอพบแพทย์ตามวันนัดเมื่อมีอาการภาวะน้ำเกิน จึงทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับประทานยาขับปัสสาวะตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งแพทย์บางท่านไม่ได้มีคำสั่งการรักษาในการใช้ยาขับปัสสาวะแบบยืดหยุ่นสำหรับผู้ป่วยทุกราย เมื่อเกิดอาการภาวะน้ำเกินขึ้น ผู้ป่วยจึงไม่มีแนวทางการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ สมรรถนะแห่งตน การกำกับตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ความรู้ ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .40, p < .001) หมายความว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีความรู้ในระดับสูงขึ้น จะมีพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองสูงขึ้นด้วย ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการจัดการตนเองและครอบครัวของไรอัลและชาวิน (Ryan & Sawin, 2009) มิติด้านกระบวนการ (Process) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมจัดการสุขภาพให้เป็นไปตามเป้าหมายได้นั้น ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีข้อมูลที่เพียงพอซึ่งเป็นข้อเท็จจริงที่เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่เฉพาะเจาะจง ส่งผลให้มีภาวะสุขภาพที่ดี ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่มีความใกล้เคียงกันในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ได้แก่ การศึกษาของจริญญา คมเฉียบ (2556) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .43, p < .05) และการศึกษาของสินีนุช หลวงพิทักษ์ (2558) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับการจัดการตนเองซึ่งรวมถึงการจัดการตนเองเกี่ยวกับน้ำและอาหารโซเดียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .54, p < .05)

สมรรถนะแห่งตน ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .86, p < .001) หมายความว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีสมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น จะมีพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองสูงขึ้นด้วย ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการจัดการตนเองและครอบครัวของไรอัลและชาวิน (Ryan & Sawin, 2009) มิติด้านกระบวนการ (Process) ที่กล่าวว่า การยอมรับความเชื่อด้านสุขภาพที่เป็นไปตามเป้าหมายของพฤติกรรมการจัดการตนเอง ซึ่งประกอบด้วย สมรรถนะแห่งตน (Self - efficacy) เป็นการเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพให้สำเร็จ ซึ่งต้องมีการคาดหวังต่อผลลัพธ์เพื่อให้เป็นไปตามผลลัพธ์ของบุคคลที่ตั้งไว้พร้อมกับตั้งเป้าหมาย เพื่อให้เกิดเป้าหมายสุขภาพที่ดีตามความต้องการของบุคคลที่ได้กำหนดไว้ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่มีความใกล้เคียงกันในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ได้แก่ การศึกษาของจอห์น (John, 2012) พบว่า สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการจำกัดน้ำเกินรายวันที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดที่มีประวัติเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังร่วมด้วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .56, p < .001) และการศึกษาของสาวิกา อร่ามเมือง และคณะ (2555)

พบว่า สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการจำกัดน้ำในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .60, p < .05)

การกำกับตนเอง ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การกำกับตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .64, p < .001) หมายความว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีการกำกับตนเองสูงขึ้น จะมีพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองสูงขึ้นด้วย ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการจัดการตนเองและครอบครัวของไรอัลและซาวิน (Ryan & Sawin, 2009) มิติด้านกระบวนการ (Process) ที่กล่าวว่า กระบวนการที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการจัดการตนเองรวมถึงกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การเฝ้าสังเกตตนเอง การสะท้อนคิด การตัดสินใจ การวางแผน การประเมินตนเองและการตอบสนองต่อการจัดการ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่มีความใกล้เคียงกันในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ได้แก่ จากการศึกษาของชิว และคณะ (Chew et al., 2021) พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีการกำกับตนเองสูงมีพฤติกรรมการจัดการตนเองซึ่งรวมถึงพฤติกรรมการจำกัดน้ำและอาหารโซเดียมมากกว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีการกำกับตนเองต่ำ 13.9 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 13.9, 95%CI = 8.02 - 19.9, p < .001) และการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ การศึกษาของกมลพร สิริคุตจตุพร และคณะ (2560) พบว่า การกำกับตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .77, p < .001)

การสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .94, p < .001) หมายความว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองสูงขึ้นด้วย ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาชีพค้าขาย ร้อยละ 33.3 มีระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 27.4 และมีผู้ดูแล ร้อยละ 100 เนื่องจากบุคคลนั้นมีทรัพยากรที่ดี ก็จะมีพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองดี ครอบครัวสนับสนุนได้ดี ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการจัดการตนเองและครอบครัวของไรอัลและซาวิน (Ryan & Sawin, 2009) มิติด้านกระบวนการ (Process) ที่กล่าวว่า อิทธิพลทางสังคมที่บุคคลนั้นจะได้รับการช่วยเหลือความร่วมมือจากครอบครัวและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพเพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีขึ้น ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ การศึกษาของอัลฮูสนา และคณะ (Al Husna et al., 2019) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการปฏิบัติในการจำกัดน้ำเกินของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดในเมืองมาลัง ประเทศอินโดนีเซียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.34, p < .001) และสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

เรื้อรัง ได้แก่ การศึกษาของกาญจนา ลือมงคลและวาสนา รวยสูงเนิน (2560) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมในการจำกัดเกลือมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการจำกัดเกลืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .36, p < .001$)

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ สมรรถนะแห่งตน การกำกับตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ประชากรที่ใช้ศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาแผนกสถาบันหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง จังหวัดกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 84 คน ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน มีระดับความรุนแรงและความทนในการทำกิจกรรม NYHA - FC II และ NYHA - FC III ตามการแบ่งของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association) ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ เคยมีประวัติการเกิดภาวะน้ำเกินมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา เป็นผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัว มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ โดยประเมินจากการพูดคุยโต้ตอบได้ตรงคำถาม เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำเกิน แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง แบบสอบถามการกำกับตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และผ่านการหาความเชื่อมั่นโดยการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 20 คน มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้ KR - 20 ได้ดังนี้ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำเกิน เท่ากับ .77 และใช้สถิติ Cronbach 's alpha coefficient ได้ดังนี้ แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง เท่ากับ .88 แบบสอบถามการกำกับตนเอง เท่ากับ .83 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ .77 และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เท่ากับ .88

ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความแตกต่างทางสถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าพิสัย ใช้สถิติพรรณา สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพในปัจจุบัน ศาสนา ระดับการศึกษา ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย ได้แก่ จำนวนครั้งของการเกิดภาวะน้ำเกินในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การใช้ยาขับปัสสาวะ กลุ่มยาขับปัสสาวะ ระยะเวลา

การใช้ยาขับปัสสาวะ การใช้กลุ่มยาลดความดันโลหิตสูง กลุ่มยาลดความดันโลหิตสูง โรคร่วม ข้อมูลของผู้ดูแล ได้แก่ ผู้ดูแล ความสัมพันธ์ของผู้ดูแล ระยะเวลาการดูแลของผู้ดูแล

2. วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าพิสัย ใช้สถิติพรรณาสำหรับวิเคราะห์ข้อมูลระดับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ความรู้ สมรรถนะแห่งตน การกำกับตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Person Product Moment Correlation Coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังสามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 50.0 เพศหญิงร้อยละ 50.0 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยผู้สูงอายุมีอายุ 65 ปีขึ้นไป สถานภาพสมรส ร้อยละ 69.0 อาชีพในปัจจุบัน ส่วนใหญ่ค้าขาย ร้อยละ 33.3 รองลงมาคือ ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 22.6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 91.6 รองลงมาคือ ศาสนาคริสต์ ร้อยละ 6.0 และน้อยสุดคือ ศาสนาอิสลาม ร้อยละ 2.4 ส่วนใหญ่การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 27.4

2. ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติเคยเกิดภาวะน้ำเกินในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา 1 - 5 ครั้ง ร้อยละ 97.6 โดยมีระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอยู่ระหว่าง 1 - 5 ปี ร้อยละ 86.9 มีประวัติเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1 ครั้ง ร้อยละ 56.0 กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมดมีการใช้ยาขับปัสสาวะ ร้อยละ 100 โดยใช้ยาขับปัสสาวะกลุ่ม Loop Diuretics (Lasix) มากที่สุด ร้อยละ 94.0 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการใช้ยาขับปัสสาวะอยู่ระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 85.7 และมากกว่าครึ่งมีการใช้กลุ่มยาลดความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ร้อยละ 77.4 ส่วนใหญ่เป็นยาลดความดันโลหิตสูงกลุ่ม Beta - blocker ร้อยละ 45.2 รองลงมาคือ ARBS ร้อยละ 38.1 และ Calcium channel blocker ร้อยละ 27.4 กลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วมสูงสุด 3 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 82.1 รองลงมาคือ ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 67.9 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 35.7

3. กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมดมีผู้ดูแล ร้อยละ 100 โดยครึ่งหนึ่งมีความสัมพันธ์ เป็นคู่สมรส ร้อยละ 50.0 เป็นบุตรและหลาน ร้อยละ 35.7 และเป็นลูกจ้าง ร้อยละ 13.1 โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยมานานอยู่ระหว่าง 6 - 10 ปี ร้อยละ 57.1 รองลงมาคือ 1 - 5 ปี ร้อยละ 42.9

4. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองโดยรวม 1.67 (*SD* = 0.41) จัดอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาพฤติกรรมเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการใช้ยาขับปัสสาวะมีคะแนนเฉลี่ย 1.62 (*SD* = 0.72) จัดอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการจำกัดอาหารโซเดียมมีคะแนนเฉลี่ย 2.67 (*SD* = 0.52) จัดอยู่ในระดับสูง ด้านการรักษาความสมดุลของน้ำในร่างกายมีคะแนนเฉลี่ย 1.48 (*SD* = 0.41) จัดอยู่ในระดับปานกลาง และด้านการติดตามอาการภาวะน้ำเกินและจัดการอาการด้วยตนเองมีคะแนนเฉลี่ย 1.56 (*SD* = 0.45) จัดอยู่ในระดับปานกลาง

5. ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .40$, $p < .001$) สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .86$, $p < .001$) การกำกับตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .64$, $p < .001$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .94$, $p < .001$)

ข้อเสนอแนะ

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. ด้านการวิจัย

ควรมีการศึกษาต่อยอดโดยการศึกษาถึงอิทธิพลของปัจจัยความรู้ สมรรถนะแห่งตน การกำกับตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เพื่อให้ได้ข้อมูลมาเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมในการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

การส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง พยาบาลควรสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะน้ำเกิน สร้างความเชื่อมั่นและกระตุ้นกระบวนการกำกับตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองให้แก่ผู้ป่วย และนำปัจจัยสนับสนุนทางสังคมมามีส่วนร่วมในการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง โดยเฉพาะพฤติกรรมการควบคุมสมดุลของน้ำในร่างกาย รวมทั้งการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเองภายใต้

คำแนะนำของแพทย์เพื่อการจัดการกับอาการ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมภาวะน้ำเกินด้วยตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กมลพร สิริคุตจตุพร, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, และนารีรัตน์ จิตรมนตรี. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารสภาการพยาบาล*, *32*(1), 81-93.

กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562, กันยายน). *สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2562*. https://bps.moph.go.th/new_bps/สรุปรายงานการป่วย

กาญจนา ลือมงคล, และวาสนา รวยสูงเนิน. (2560). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจำกัดเกลือในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 32*(2), 98-110.

จันทร์เพ็ญ สมโน. (2551). *ความร่วมมือในการรักษาและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลเชียงใหม่ราม* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทที่ไม่มีการตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จริญญา คมเฉียบ. (2556). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทที่ไม่มีการตีพิมพ์]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชัชวาล วงค์สารี, และวรุณศิริ ปราณีธรรม. (2561). การศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการดื่มน้ำของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม. *วารสารพยาบาลทหารบก, 19*(3), 117-125.

ณัฐพันธ์ รัตนจรัสกุล. (2556). *ผลของการปรับยาขับปัสสาวะฟูโรซีไมด์โดยผู้ป่วยเอง เปรียบเทียบกับการให้แพทย์ปรับยาขับปัสสาวะฟูโรซีไมด์ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายน้อยกว่าปกติ* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทที่ไม่มีการตีพิมพ์]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ธิดารัตน์ เพชรชัย, ศรีสุดา มิ่งแก้ว, เยาว์ลักษณ์ นนทภา, วไลพร คำทอง, พรทิพา โฮมราช, อัญชลี ปิยลังกา, จารึก สำราญศิริกุ, และธนพร แย้มสุดา. (2561). ผลของการใช้แนวคิดการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เข้ารับการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์. *วารสารแพทย์นาวี, 45*(1), 106-120.

ประคอง กรรณสูตร. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2560). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด* (พิมพ์ครั้งที่ 11). โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

ราชบัณฑิตยสถาน. (2554). *พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นานมีบุ๊คส์.

พิสมัย อันพันลำ, ภัทรพงษ์ มกรเวส, และวาสนา รวยสูงเนิน. (2564). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว. วารสารพยาบาลศาสตร์, 39*(3), 47-59.

รังสฤษฎ์ กายจนะวณิชย์, และอรินทยา พรหมินธิกุล. (2557). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังแบบบูรณาการ.* โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์. (2558). *พยาธิสรีรวิทยาสำหรับพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 10). สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วรรวิษา สำราญเนตร, นิตยา กออิสรานุภาพ, และเพชรลดา จันทร์ศร. (2563). การจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 6*(2), 5-20.

ไวยพร พรมวงค์, และจรูญศรี มีหนองว้า. (2562). การจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง, 63*(4), 297-304.

ศิริวรรณ ชัยกิจอำนวยโชค, และจีราพรรณ อันบุรี. (2558). การพัฒนาโปรแกรมการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโรงพยาบาลกำแพงเพชร. *วารสารการพยาบาล, 30*(4), 45-56.

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย. (2551). *แนวทางการปฏิบัติมาตรฐานเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว* (พิมพ์ครั้งที่ 1). สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์และชมรมโรคหัวใจล้มเหลว.

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พ.ศ. 2562* (พิมพ์ครั้งที่ 1). เนคสเตป ดีไซน์.

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, และชมรมโรคหัวใจแห่งประเทศไทย. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พ.ศ. 2557* (พิมพ์ครั้งที่ 1). เอ-พลัส พริ้น.

สาวิกา อร่ามเมือง, กรองกาญจน์ สังกาศ, สุวิมล กิมปี, และอรวมน ศรียุกตศุทธ. (2555). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจำกัดน้ำในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *วารสารพยาบาลศาสตร์, 30*(3), 74-81.

สินีนุช หลวงพิทักษ์. (2558). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทที่ไม่มีการตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยบูรพา.

สุรชัย กอบเกื้อชัยพงษ์. (2556). การศึกษาหาปัจจัยของการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวหลังออกจากโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ในโรงพยาบาลสระบุรี. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 30*(1), 35-46.

สุภาพร ไชยวัฒนตระกูล (2561). การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลหนองบัวลำภู. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน, 1*(2), 131-146.

American College of Cardiology Foundation /American Heart Association. (2017). 2017 ACC / AHA/HFSA Focused Update of the 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Failure Society of America. *Journal of the American College of Cardiology, 70*(6), 776-803.

Albert, N. M. (2012). Fluid management strategies in heart failure. *Critical care Nurse, 32*(2), 20-32.

Al Husna, C. H., Yetti, K., & Sukmarini, L. (2019). Determinant of fluid adherence among hemodialysis patients in Malang, Indonesia. *Enfermeria Clinica Journals*, *29*, 117-122.

Albert, N. M. (2012). Fluid management strategies in heart failure. *Critical care nurse*, *32*(2), 20-32.

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

Barnett, T., Yoong, L.T., Pinikahana, J., & Tan, S.-Y. (2008). Fluid compliance among patients having haemodialysis: Can an educational programme make a difference?. *Journal of Advanced Nursing, 61*(3), 300-6.

Bensimhon, D., Alali, S. A., Curran, L., Gelbart, E., Garman, D. W. V., Taylor, R., & Peacock, W. F. (2021). The use of the reds noninvasive lung fluid monitoring system to assess readiness for discharge in patients hospitalized with acute heart failure: a pilot study. *Heart & Lung*, *50*(1), 59-64.

Bos-Touwen, I., Jonkman, N., Westland, H., Schuurmans, M., Rutten, F., de Wit, N., & Trappenburg, J. (2015). Tailoring of self-management interventions in patients with heart failure. *Current heart failure reports*, *12*(3), 223-235.

Braunwald, E. (2001). Congestive heart failure: a half century perspective. *European heart journal*, *22*(10), 825-836.

Breidthardt, T., Irfan, A., Klima, T., Drexler, B., Balmelli, C., Arenja, N., & Mueller, C. (2012). Pathophysiology of lower extremity edema in acute heart failure revisited. *The American journal of medicine*, *125*(11), 1124-1129.

Cowie, R.M. (2015, May). *The global burden of heart failure.* https://bit.ly/3zQ97JM

Chen, H. H., & Schrier, R. W. (2006). Pathophysiology of volume overload in acute heart failure syndromes. *The American journal of medicine*, *119*(12), S11-S16.

Chew, H., Sim, K., Choi, K. C., & Chair, S. Y. (2021). Effectiveness of a nurse-led temporal self-regulation theory-based program on heart failure self-care: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, *115*, 103872. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103872

European Society of Cardiology. (2016). 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of Acute and chronic heart failure. *European Heart Journal, 74*(10), 1037-1147. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw128

Endocrine and Metabolic Disorders Institute. (2020, April). *Volume Overload.* https://www.msdmanuals.com/professional/endocrine-and-metabolic-disorders/fluid-metabolism/volume-overload

Fabbri, M., Manemann, S. M., Boyd, C., Chamberlain, A. M., Weston, S. A., Dunlay, S. M., & Roger, V. L. (2018). Self-Awareness in Heart Failure: An Observational Study. *Circulation, 138*(1), A16092-A16092.

Fleury, J. (1998). The index of self-regulation: Development and psychometric analysis. *Journal of Nursing Measurement, 6*(1), 3-17.

Groenewegen, A., Rutten, F., Mosterd, A., & Hoes, A. (2020). Epidemiology of heart failure. *European Journal of Heart Failure, 22*(8), 1342-1356.

Gray, J. R., & Grove, S. K. (2021). *Burns & Grove's the practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (9th ed.). Elsevier.

Heidenreich, P. A., Albert, N. M., Allen, L. A., Bluemke, D. A., Butler, J., Fonarow, G. C., Ikonomidis, J. S., Khavjou, O., Konstam, M. A., Maddox, T. M., Nichol, G., Pham, M., Piña, I. L., Trogdon, J. G. (2013). Forecasting the impact of heart failure in the United States: A policy statement from the American Heart Association. *Circulation*: *Heart failure, 6*(3), 606-619.

Huynh Q, Saito M, Blizzard C, Eskandari M, Johnson B, Adabi G. for the MARATHON Investigators. (2015). Roles of nonclinical and clinical data in prediction of 30-day rehospitalization or death among heart failure patients. *Journal of* Cardiac Failure, *21*(5), 374-81.

House, J. S. (1987). *Social support and social structure* (1st ed.). Kluwer Academic Publishers.

Hossain, M. A., & Sitara, H. (2020). Fluid and Dietary Restriction Behavior among Chronic Kidney Disease Patients in Bangladesh. *International Academic Journal of Advanced Practices in Nursing, 1*(1), 11-12. http://doi.org/10.47310/IAJAPN.2020.V01I01.003

Jaarsma, T., Strömberg, A., Gal, T. B., Cameron, J., Driscoll, A., Duengen, H. D., & Riegel, B. (2013). Comparison of self-care behaviors of heart failure patients in 15 countries worldwide. *Patient education and counseling, 92*(1), 114-120.

Jones, C. D., Holmes, G. M., Dewalt, D. A., Erman, B., Broucksou, K., Hawk, V., Cene, C. W., Wu, J. R., & Pignone, M. (2012). Is adherence to weight monitoring or weight-based diuretic self-adjustment associated with fewer heart failure-related emergency department visits or hospitalizations?. *Journal of Cardiac Failure, 18*(7), 576-584.

John, A., Alpert, P. T., Kawi, J., & Tandy, R. (2012). The Relationship Between Self-Efficacy and Fluid and Dietary Compliance in Hemodialysis Patients. *Clinical Scholars Review, 6*(2), 98-104.

Jones, N. R., Roalfe, A. K., Adoki, I., Hobbs, F., & Taylor, C. J. (2019). Survival of patients with chronic heart failure in the community: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Heart Failure, 21*(11), 1306-1325.

Kanjanavanit, R. (2015). *Comprehensive heart failure management program* (2nd ed.). Concept medical.

Kartini, Y., Setiyawan, R., Astuti, P., Wijayanti, L., & Soleha, U. (2020). Factors related to adherence to limiting fluid intake in hemodialysis patients with chronic kidney disease in hemodialysis room. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, *24*(9), 1032-1038.

Lim NK, Lee SE, Lee HY, Choe HJ, Kim H, Choi JO. (2019). Risk prediction for 30-day heart failure-specific readmission or death after discharge: data from the Korean Acute Heart Failure (KorAHF) registry. *Journal of Cardiology, 73*(2), 108-13.

Lorio, A., Senni, M., Barbati, G., Greene, S. J., Poli, S., Zambon, E., & Di Lenarda, A. (2018). Prevalence and prognostic impact of non-cardiac co-morbidities in heart failure outpatients with preserved and reduced ejection fraction: a community-based study. *European journal of heart failure*, *20*(9), 1257-1266.

Mitchell, S. E., Gardiner, P. M., Sadikova, E., Martin, J. M., Jack, B. W., Hibbard, J. H., & Paasche-Orlow, M. K. (2014). Patient activation and 30-day post-discharge hospital utilization. *Journal of General Internal Medicine, 29*(2), 349-355.

Mizuno, M., Kajimoto, K., Sato, N., Yumino, D., Minami, Y., Murai, K., & ATTEND Investigators. (2016). Clinical profile, management, and mortality in very elderly patients hospitalized with acute decompensated heart failure: An analysis from the ATTEND registry. *European journal of internal medicine*, *27*(5), 80-85.

McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD. (2012). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: the Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Heart Journal*, 33(2), 1787–1847.

Melin, M., Hägglund, E., Ullman, B., Persson, H., & Hagerman, I. (2018). Effects of a tablet computer on self-care, quality of life, and knowledge: a randomized clinical trial. *Journal of Cardiovascular Nursing*, *33*(4), 336-343.

Makaya, M., Matsuoka, S., & Kato, N. (2013). Combination of depression and poor knowledge regarding heart failure: a strong determinant of self-care behavior in patients with heart failure. *European Heart Journal*, *34*(1), https://doi.org/10.1093/eurheartj/eht310.P5130

O'Connor C. M. (2017). High Heart Failure Readmission Rates: Is It the Health System's Fault?. *Journals of the American College of Cardiology Heart Failure, 5*(5), 393. https://doi.org/10.1016/j.jchf.2017.03.011

Oxford University press. (2012, October). *Oxford dictionaries.* https:// Oxford dictionaries.com/definition/american_english/knowledge?region=us#m_en_us1261368

Pellicori, P., Kaur, K., & Clark, A. L. (2015). Fluid management in patients with chronic heart failure. *Cardiac Failure Review, 1*(2), 90-95.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2004). *Nursing research: Principles and methods* (7th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Philipson, H., Ekman, I., Forslund, H. B., Swedberg, K., & Schaufelberger, M. (2013). Salt and fluid restriction is effective in patients with chronic heart failure. *European journal of heart failure*, *15*(11), 1304-1310.

Rahman, N. A. (2020). Relationship of knowledge and family support with compliance with diet in Chronic Kidney Disease patients (CKD) undergoing hemodialysis at RSUP DR. M. DJAMIL PADANG. *Proceeding International Conference Syedza Saintika, 1*(1), 221-231.

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

Rubio-Gracia, J., Demissei, B. G., Ter Maaten, J. M., Cleland, J. G., O'Connor, C. M., Metra, M., Ponikowski, P., Teerlink, J. R., Cotter, G., Davison, B. A., Givertz, M. M., Bloomfield, D. M., Dittrich, H., Damman, K., Pérez-Calvo, J. I., & Voors, A. A. (2018). Prevalence, predictors and clinical outcome of residual congestion in acute decompensated heart failure. *International Journal of Cardiology, 258*(1), 185-191.

Ronco, C., Kaushik, M., Valle, R., Aspromonte, N., & Peacock, W. F., (2012). Diagnosis and management of fluid overload in heart failure and cardio-renal syndrome: the "5B" *approach. 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. https://doi.org/10.1016/j.outlook.2008.10.004

South Eastern Sydney Local Health District. (2015). *General practitioners flexible diuretic guidelines*. Health South Eastern Sydney Local Health District.

Siabani, S., Leeder, S. R., & Davidson, P. M. (2013). Barriers and facilitators to self-care in chronic heart failure: A meta-synthesis of qualitative studies. *SpringerPlus, 2*(5), 320. https://doi.org/10.1186/2193-1801-2-320

Stamp, K. D., Dunbar, S. B., Clark, P. C., Reilly, C. M., Gary, R. A., Higgins, M., & Ryan, R. M. (2016). Family partner intervention influences self-care confidence and treatment self-regulation in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 15*(5), 317-327.

Stanley, M., & Prasum, M. (2002). Heart failure in older adult: Key to successful management. *American Association of Critical Care Nurses, 13*(1), 94-102.

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

Sarwat I. Chaudhry, Wang, Y., Concato, J., Thomas H, & Harlan M. K. (2007). Patterns of Weight Change Preceding Hospitalization for Heart Failure. *The American Journal of Cardiology*, 116, 1549-1559.

Shoaib, A., Waleed, M., Khan, S., Raza, A., Zuhair, M., Kassianides, X., Djahit, A., Goode, K., Wong, K., Rigby, A., Clark, A., & Cleland, J. (2014). Breathlessness at rest is not the dominant presentation of patients admitted with heart failure. *European Journal of Heart Failure, 16*(12), 1283-1291.

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.). pearson.

The Kidney in Cardiovascular Disease of the American Heart Association. (2017, December). *Hypervolemia: What you need to know about fluid overload.* https://www.medicalnewstoday.com/articles/320339

Toback, M., & Clark, N. (2017). Strategies to improve self-management in heart failure patients. *Contemporary Nurse*, *53*(1), 105-120.

Virani, S. S., Alonso, A., Benjamin, E. J., Bittencourt, M. S., Callaway, C. W., Carson, A. P., & Tsao, C. W. (2020). American Heart Association Council on E, Prevention Statistics C, Stroke Statistics S: Heart Disease and Stroke Statistics-2020 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*, *141*(9), e139-e596.

Washington, T. R., Hain, D. J., Zimmerman, S., & Carlton-LaNey, I. (2018). Identification of potential mediators between depression and fluid adherence in older adults undergoing hemodialysis treatment. *Nephrology Nursing Journal*, *45*(3), 251-258.

Weiss, R.S. (1974). *The provisions of social relationship* (1st Ed.). Prentice-Hall.

White, M.F., Kirschner, J., & Hamilton, M. A.(2014).Self-care guideline for the heart failure patient. *Circulation, 129*(3), 293-294.

Woods, L. S., Walker, K. N., & Duff, J. S. (2018). Perceptions of fluid restriction self-care in heart failure. *British Journal of Cardiac Nursing*, *13*(5), 236-242.

Wright, S. P., Walsh, H., Ingley, K. M., Muncaster, S. A., Gamble, G. D., Pearl, A., Whalley, G. A., Sharpe, N., & Doughty, R. N. (2003). Uptake of self-management strategies in a heart failure management programme. *European Journal of Heart Failure, 5*(3), 371-380.

Zaharova, S. (2019). *Heart Failure Self-Management* [Doctoral dissertation, University of Wisconsin-Milwaukee]. UWM Digital Commons. https://dc.uwm.edu/etd/2147

Zimmerman, B. J. (2000). *Attaining self-regulation: A social cognitive perspective* (1st Ed.). Academic press.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 4

แสดงการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Polit & Beck, 2004)

ชื่อเรื่องงานวิจัย/ผู้วิจัย	ตัวแปรที่ศึกษา	*r*	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
1. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (จริญญา คมเฉียบ, 2556)	ความรู้	.43	46
2. ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะแห่งตนและการจำกัดน้ำและอาหารในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (John, 2012)	สมรรถนะแห่งตน	.56	27
3. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (กมลพร สิริคุตจตุพร, 2560)	การกำกับตนเอง	.77	25
4. ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการจำกัดน้ำและโซเดียมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังชี่ที่มีประวัติเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังร่วมด้วยในเมืองมาลัง ประเทศอินโดนีเซีย (Al Husna et al., 2019)	การสนับสนุนทางสังคม	.34	77

จากตาราง 4 ผู้วิจัยได้เปิดตาราง (Polit & Beck, 2004) พบว่า ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 25 ถึง 77 คน ดังนั้น ขนาดของกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้อย่างน้อย 77 คน เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล (dropout rate) จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง 10% (Gray & Grove, 2021) จำนวน 7 คน จะได้กลุ่มตัวอย่าง 84 คน แต่ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างแล้วจำนวนทั้งหมด 84 คน

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม

เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ สมรรถนะแห่งตน การกำกับตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

<u>คำชี้แจง</u> ผู้วิจัยขอให้ท่านอ่านเอกสารชี้แจงโครงการวิจัย และสอบถามข้อมูลกับผู้วิจัยจนเข้าใจดีแล้ว หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย กรุณาลงนามในแบบแสดงความยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อ

    1) ศึกษาพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

    2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ สมรรถนะแห่งตน การกำกับตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

2. แบบสอบถามฉบับนี้แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ประกอบด้วย

    ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

    ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำเกิน

    ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง

    ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการกำกับตนเอง

    ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

    ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

3. แบบสอบถามฉบับนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อใช้ประโยชน์ในการวิจัยเท่านั้นและข้อมูลทั้งหมดจะนำเสนอในภาพรวมไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้นต่อตัวท่าน

ขอขอบคุณ ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

พิชญา มินเด็น

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

<u>คำชี้แจง</u> กรุณาบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย โปรดใส่เครื่องหมาย (√) หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบหรือเติมคำในช่องว่าง

1. อายุ.....ปี (เต็ม)
2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
3. ศาสนา ☐ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่น ๆ ระบุ.....
4. สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ คู่ ☐ หม้าย ☐ หย่า
5. อาชีพ ☐ เกษตรกรรม ☐ ทำงานบ้าน (พ่อบ้าน/แม่บ้าน) ☐ รับจ้าง ☐ รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ☐ ค้าขาย ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ..... ☐ ทำธุรกิจส่วนตัว
6. ระดับการศึกษา ☐ ไม่ได้เรียนหนังสือ ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษา ☐ ปวช./ ปวส. ☐ ประกาศนียบัตรและอนุปริญญา ☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....
7. จำนวน.....ครั้งของการเกิดภาวะน้ำเกินในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา
8. ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
9. จำนวน.....ครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
10. ประวัติการใช้ยาลดความดันโลหิตสูง โปรดระบุ.....
11. ระยะเวลาการใช้ยาขับปัสสาวะพร้อมชื่อยา โปรดระบุ.....
12. โรคร่วม โปรดระบุ.....
13. ผู้ดูแล ความสัมพันธ์ของผู้ดูแล..... ระยะเวลาดูแล.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำเกิน

<u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการประเมินความรู้ของท่านเกี่ยวกับภาวะน้ำเกิน เมื่อท่านรับฟังคำถามแล้ว โปรดใส่เครื่องหมายถูก (√) ในช่องด้านขวามือที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด โดยเลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียว

ข้อความ	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
ภาวะน้ำเกิน 3 ข้อ 1. ภาวะน้ำเกิน หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีปริมาณสารน้ำในหลอดเลือดมากเกินไป ทำให้หัวใจต้องทำงานอย่างหนักในการออกแรงสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย			
2. อาการบวม น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น เหนื่อยหอบนอนราบไม่ได้ ไม่ใช่อาการและอาการแสดงของภาวะน้ำเกิน *			
24. เมื่อเพิ่มยาขับปัสสาวะจากเดิม 1.5-2 เท่าตามคำสั่งแพทย์ และน้ำหนักไม่ลดลงภายใน 3-4 วัน ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด			

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง

<u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงความมั่นใจในการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองของท่าน**<u>ภายในระยะ 1 ปีจนถึงปัจจุบัน</u>**ว่ามีมากน้อยเพียงใด เมื่อท่านรับฟังคำถามแล้วกรุณาตอบตามความเป็นจริง โปรดใส่เครื่องหมายกากบาท (X) ทับตัวเลขที่ตรงกับระดับความมั่นใจของท่านซึ่งแบ่งระดับคะแนนความมั่นใจ ตั้งแต่ 0 ถึง 10 โดยค่าทางซ้ายมือสุด เท่ากับ 0 หมายถึง ไม่มั่นใจ และระดับคะแนนความมั่นใจเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ไปทางขวามือสุด เท่ากับ 10 หมายถึง มั่นใจอย่างยิ่ง

<u>ตัวอย่าง</u> ข้อ 0 ฉันมั่นใจว่าสามารถหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่เป็นเหตุให้เกิดภาวะน้ำเกิน

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ไม่มั่นใจ มั่นใจอย่างยิ่ง

แสดงว่า ท่านมี<u>ความมั่นใจ ค่อนข้างมาก (ประมาณ 70 เปอร์เซ็นต์)</u> ในการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะน้ำเกิน

ด้านการใช้ยาขับปัสสาวะ จำนวน 5 ข้อ

1. ฉันมั่นใจว่าสามารถรับประทานยาขับปัสสาวะตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินกำเริบ

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ไม่มั่นใจ มั่นใจอย่างยิ่ง

2. ฉันมั่นใจว่าสามารถปรับเพิ่มยาขับปัสสาวะด้วยตนเองตามคำแนะนำของแพทย์ เมื่อมีอาการบวม น้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เหนื่อย นอนราบไม่ได้

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ไม่มั่นใจ มั่นใจอย่างยิ่ง

19. เมื่อเพิ่มยาขับปัสสาวะจากเดิม 1.5-2 เท่า และน้ำหนักไม่ลดลงภายใน 3-4 วัน ฉันมั่นใจว่าสามารถไปพบแพทย์ก่อนวันนัด

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ไม่มั่นใจ มั่นใจอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการกำกับตนเอง

<u>คำชี้แจง</u> โปรดพิจารณาข้อความต่อไปนี้ เมื่อท่านรับฟังคำถามแล้วกรุณาตอบตามความเป็นจริง โปรดใส่เครื่องหมายถูก (√) ในช่องให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

เลือกเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อและกรุณาตอบทุกข้อคำตอบที่ให้เลือกมีความหมาย ดังนี้

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติกิจกรรมตามข้อนั้นเลย

ปฏิบัติน้อยมาก หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมตามข้อนั้นน้อยมาก หรือ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมตามข้อนั้นบางครั้ง หรือ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมตามข้อนั้นบ่อยครั้ง หรือ 5-6 ครั้งต่อสัปดาห์

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมตามข้อนั้นอยู่เสมอหรือทุกวัน

การกำกับตนเอง (self-regulation)	ไม่เคยปฏิบัติ	ปฏิบัติน้อยมาก	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติเป็นประจำ
1. ท่านทำความเข้าใจสาเหตุของการเกิดภาวะน้ำเกิน					
2. ท่านหาข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำเกิน					
9. ท่านสามารถควบคุมความสมดุลของปริมาณน้ำที่รับเข้าและปริมาณปัสสาวะที่ขับออกได้ตามที่มุ่งหวังไว้					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

<u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการได้รับการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ จากสมาชิกในครอบครัว คู่สมรส เครือญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อน หรือบุคลากรในทีมสุขภาพ **<u>ยามที่ท่านเจ็บป่วยจากภาวะน้ำเกิน</u>** เมื่อท่านรับฟังคำถามแล้วกรุณาตอบคำถามตามความเป็นจริงที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โปรดใส่เครื่องหมายถูก (√) ในช่องด้านขวามือโดยเลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียว ซึ่งมีความหมายดังนี้

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

ข้อความ	ไม่เป็นจริง	เป็นจริงเล็กน้อย	เป็นจริงส่วนใหญ่	เป็นจริงมากที่สุด
1. ท่านได้รับความรัก และได้รับการเอาใจใส่จากครอบครัว ในยามที่เกิดภาวะเจ็บป่วย				
2.ท่านได้รับกำลังใจจากครอบครัว ทำให้ท่านรู้สึกสบายใจเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย				
15. ท่านได้รับการอำนวยความสะดวกอย่างเหมาะสมในการใช้บริการเมื่อมาโรงพยาบาลทุกครั้งจากบุคลากรทางการแพทย์				

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

<u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงพฤติกรรมหรือการกระทำของท่านในการจัดการกับน้ำเกิน เมื่อท่านรับฟังคำถามแล้วกรุณาตอบตามความเป็นจริงที่ตรงกับกับพฤติกรรมหรือการกระทำที่ท่านปฏิบัติอยู่ในช่วง**<u>ภายในระยะ 1 ปีจนถึงปัจจุบัน</u>** โปรดใส่เครื่องหมายถูก (√) ในช่องด้านขวามือโดยเลือกคำตอบ เพียงคำตอบเดียว ซึ่งมีแต่ละตัวเลือกมีความหมายดังนี้

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

พฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง	ทำเป็นประจำ	ทำบ่อยครั้ง	ทำเป็นบางครั้ง	ไม่เคยทำ
ด้านการใช้ยาขับปัสสาวะ จำนวน 5 ข้อ 1. ฉันรับประทานยาขับปัสสาวะตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินกำเริบ				
2. เมื่อมีอาการบวม น้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เหนื่อยและนอนราบไม่ได้ ฉันปรับเพิ่มยาขับปัสสาวะตามคำแนะนำของแพทย์				
19. เมื่อฉันเพิ่มยาขับปัสสาวะจากเดิม 1.5-2 เท่า และน้ำหนักไม่ลดลงภายใน 3-4 วัน ฉันมาพบแพทย์ก่อนวันนัด				

ภาคผนวก ค
เอกสารการขออนุญาตใช้เครื่องมือ

ที่ อว ๘๑๓๗/๑๓๓๓

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

๑๖ กันยายน ๒๕๖๔

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีสำนักวิชาบัณฑิตศึกษา สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

อ้างถึง หนังสือที่ สพศก. ๒๔๘๐/๒๕๖๔ ลงวันที่ ๗ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๔

ตามที่ คุณพิชญา มินเด็น นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย ดังนี้

๑. แบบประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
๒. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง
๓. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม
๔. แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

จากวิทยานิพนธ์เรื่อง "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว" ของ คุณสินีนุช หลวงพิทักษ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ. ๒๕๕๘ โดยมี ผศ.ดร.สุภาภรณ์ ด้วงแพง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก เพื่อนำไปใช้ในการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สมรรถนะแห่งตน การกำกับตนเองและการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง" ตามความทราบแล้วนั้น

ในการนี้ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยบัณฑิตวิทยาลัยอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ โดยขอให้อ้างอิงงานวิจัยดังกล่าวด้วย รวมถึงจัดส่ง "แบบฟอร์มรับรองการใช้ประโยชน์จากผลงานวิจัยหรืองานสร้างสรรค์" ไปยังบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th (สามารถดาวน์โหลดได้ที่ http://grd.buu.ac.th/wordpress/?page_id=3717)

ทั้งนี้ขอยกเลิกหนังสือที่ อว ๘๑๓๗/๑๓๕๙ ฉบับลงวันที่ ๑๔ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๔ และให้ใช้ฉบับนี้แทน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไปด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.โสรัตน์ วงศ์สุทธิธรรม)
รองคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๕, ๗๐๗, ๗๐๑, ๐๖๕๘๕๓๘๒๗๐
อีเมล์ grd.buu@go.buu.ac.th

สำเนาเรียน คุณพิชญา มินเด็น

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
หลักสูตรบัณฑิตศึกษา
๒ ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย
กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐
โทร ๐๒-๔๔๑-๕๓๓๓ ต่อ ๒๕๔๒ - ๓
โทรสาร ๐๒-๔๔๑-๕๓๙๗

ที่ อว ๗๘.๐๕/๐๒๔๗๖
วันที่ ๑๗ กันยายน ๒๕๖๔
เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีสำนักวิชาบัณฑิตศึกษา สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทรา สภากาชาดไทย

ตามหนังสือที่ สพศก. ๒๔๘๑/๒๕๖๔ วันที่ ๗ กันยายน ๒๕๖๔ ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย ตามรายละเอียดดังแจ้งแล้วนั้น คณะฯ ได้พิจารณาแล้วยินดีอนุญาตให้ นางพิชญา มินเต็น ใช้เครื่องมือวิจัย ของ นางสาวกมลพร สิริคุตจตุพร ทั้งนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้แนบ ***แบบฟอร์มการขอใช้เครื่องมือวิจัย (พย.ม.๐๑๔) มาด้วย*** เพื่อให้ดำเนินการกรอกแบบฟอร์มดังกล่าว ส่งคืนไปยังสำนักงานหลักสูตรบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และโปรดดำเนินการชำระค่าบริการขอใช้เครื่องมือวิจัย จำนวน ๒๐๐.๐๐ บาท (สองร้อยบาทถ้วน) ต่อเครื่องมือวิจัย ๑ ชุด ด้วยตนเองหรือ **โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขาศิริราช ชื่อบัญชี "หลักสูตรบัณฑิตศึกษา" เลขที่บัญชี ๐๑๖-๒๙๔๕๒๘-๕** ประเภทออมทรัพย์ และแนบสำเนาหลักฐานการโอนเงินส่งมายัง E-mail saowanee.mah@mahidol.edu **เอกสารฉบับจริงส่งมายัง**

หลักสูตรบัณฑิตศึกษา (เพื่อการขอใช้เครื่องมือวิจัย)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
๒ ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย
กรุงเทพมหานคร ๑๐๗๐๐

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไปด้วย จะขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

หมายเหตุ ผู้ที่มาติดต่อเรื่องเครื่องมือวิจัยที่หลักสูตรบัณฑิตศึกษา **ศาลายา ชั้น ๕** ให้ติดต่อตั้งแต่ เวลา ๐๘.๓๐-๑๔.๓๐ น.

ภาคผนวก ง

เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

F-STIN-03

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย

(Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ สมรรถนะแห่งตน การกำกับตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ชื่อนักวิจัยหลัก

นางพิชญา มินเด็น นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รสสุคนธ์ วาริทสกุล

หลักการและเหตุผล

ภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เป็นกลุ่มอาการที่พบได้บ่อยมากที่สุด ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอาจยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตนในการจัดการภาวะน้ำเกิน ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้กลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง โดยจาก การศึกษาถึงพฤติกรรมเกี่ยวกับการควบคุมภาวะน้ำเกิน พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ร้อยละ 85.5 ไม่ประเมินอาการบวม ร้อยละ 57.8 ขาดการจำกัดอาหารที่มีโซเดียมสูง ร้อยละ 45 ไม่สังเกตอาการผิดปกติจากภาวะน้ำเกิน ร้อยละ 40 ไม่ชั่งน้ำหนักตัวเองทุกวัน ร้อยละ 36 ไม่จำกัดน้ำดื่ม และร้อยละ 18 ขาดความสม่ำเสมอในการรับประทาน (Jarrsma et al., 2013; สุรชัย กอบเกื้อชัยพงษ์, 2556) ชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองที่ยังไม่สำเร็จและเป็นปัญหาที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย เนื่องมาจากทฤษฎีการจัดการตนเองและครอบครัวของไรอัลและชาวิน (Ryan & Sawin, 2009) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ความรู้ สมรรถนะแห่งตน การกำกับตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม โดยไรอัลและชาวิน (Ryan & Sawin, 2009) เชื่อว่า ปัจจัยเหล่านี้เป็นสิ่งที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยจะศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยเหล่านี้ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ สมรรถนะแห่งตน การกำกับตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เพื่อนำข้อมูลมาเป็น

แนวทางในการส่งเสริมผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังให้มีพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองที่ดีขึ้น เป็นการช่วยป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังต่อไป หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมของสถาบัน ผู้วิจัยจะยื่นเอกสารขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ หลังจากได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าแผนกสถาบันหัวใจ โดยผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย และผู้วิจัยจะสอบถามความสมัครใจจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเก็บข้อมูล

การปฏิบัติตนของอาสาสมัครวิจัย/ผู้ให้ข้อมูลและระยะเวลาที่ต้องเข้าร่วมการวิจัย

การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยใช้แบบสอบถามจำนวนทั้งหมด 5 ชุด ที่ดัดแปลง และผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว โดยดำเนินการเก็บข้อมูลเพียง 1 ครั้ง ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อความเที่ยงตรงของข้อมูล และไม่เป็นการรบกวนเวลาและสมาธิของผู้ป่วย มีข้อคำถามทั้งหมด 86 ข้อ ได้แก่ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำเกิน 24 ข้อ แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง 19 ข้อ แบบสอบถามการกำกับตนเอง 9 ข้อ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม 15 ข้อ และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง 19 ข้อ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 40 นาที สถานที่ในการสัมภาษณ์ เป็นห้องรับรองสำหรับผู้ป่วย VIP ระหว่างตอบแบบสอบถาม หากเป็นช่วงที่กลุ่มตัวอย่างต้องได้เข้ารับการรักษาและติดตามอาการจากแพทย์ ผู้วิจัยจะดำเนินการโดยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถย้อนมาตอบแบบสอบถามได้ในภายหลัง เมื่อเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยอีกครั้ง และจะตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลในตอบแบบสอบถามแต่ละชุด จากนั้นผู้วิจัยจะกล่าวขอแสดงความขอบคุณจากหัวใจที่ให้การตอบตอบแบบสอบถามนี้ พร้อมมอบของที่ระลึกให้กับกลุ่มตัวอย่าง

ประโยชน์ที่อาสาสมัครวิจัย/ผู้ให้ข้อมูล หรือสถาบันจะได้รับจากการวิจัย

การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติต่าง ๆ ในการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง และสามารถนำไปปฏิบัติใช้ในชีวิตประจำวันได้

อาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นและการป้องกันแก้ไข

การเข้าร่วมวิจัยเป็นการตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง ไม่มีความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมวิจัย เพียงแต่อาจจะทำให้ท่านเสียเวลาในการตอบแบบสอบถาม

วิธีปฏิบัติหากไม่ต้องการเข้าร่วมการศึกษาหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัย

ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยนี้ได้ทุกเมื่อ ตามความประสงค์ของท่าน โดยไม่จำเป็นต้องชี้แจ้งเหตุผล และการถอนตัวออกจากการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาของท่าน

การรักษาความลับ

การตอบแบบสอบถามโดยไม่มีการระบุชื่อและนามสกุลใช้รหัส เมื่อท่านตอบแบบสอบถามเสร็จ แบบสอบถามจะถูกปิดผนึกในของสีน้ำตาล การนำเสนอข้อมูลการวิจัย เพื่อประโยชน์ทางวิชาการผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ในคอมพิวเตอร์ ที่ถูกกำหนดรหัสผ่านไว้เป็นอย่างดี และเมื่อเสร็จสิ้นโครงการวิจัยข้อมูลจะถูกทำลายทิ้งทันที

บุคคลที่สามารถติดต่อได้กรณีอาสาสมัครวิจัยมีข้อคำถามที่เกี่ยวกับการศึกษาวิจัย

ผู้วิจัย นางพิชญา มินเด็น 2677/2 ถนนเจริญกรุง เขต/แขวง บางคอแหลม กรุงเทพมหานคร 10120 โทรศัพท์ 0888539932 E-mail 6244103@stin.ac.th หรือคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย เลขที่ 1873 ถนนพระรามที่สี่ แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน จังหวัดกรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ 0-2256-4092-97 โทรสาร 0-2256-4090

F-STIN-04-1

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

(Informed Consent Form)

ข้าพเจ้า/นาย/นาง/นางสาว .....

ที่อยู่ .....

ขอให้ความยินยอมของตนเอง ที่จะเข้าเกี่ยวข้องในโครงการวิจัย เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สมรรถนะแห่งตน การกำกับตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง คณะผู้วิจัยได้อธิบายให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทราบเกี่ยวกับโครงการวิจัยครั้งนี้อย่างละเอียด ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น (ตามรายละเอียดเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัยที่แนบมากับเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้)

คณะผู้วิจัยมีความยินดีที่จะให้คำตอบต่อคำถามประการใดที่ข้าพเจ้าอาจจะมีได้ตลอดระยะเวลาการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลของข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในเนื้อหาที่เป็นสรุปผลโครงการวิจัยและคณะผู้วิจัยจะปฏิบัติในสิ่งที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือจิตใจแก่ข้าพเจ้าตลอดโครงการวิจัยนี้

ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ และสามารถที่จะถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ ทั้งนี้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลหรือประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับ และในกรณีที่เกิดข้อข้องใจหรือปัญหาที่ข้าพเจ้าต้องการปรึกษากับคณะผู้วิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับคณะผู้วิจัยคือ นางพิชญา มินเด็น โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รสสุคนธ์ วาริทสกุล ที่อยู่ผู้วิจัยสามารถติดต่อได้ที่ 2677/2 ถนนเจริญกรุง เขต/แขวง บางคอแหลม กรุงเทพมหานคร 10120 โทรศัพท์ 0888539932 หรือคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย เลขที่ 1873 ถนนพระรามที่สี่ แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน จังหวัดกรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ 0-2256-4092-97 โทรสาร 0-2256-4090

ลงนาม ..... ผู้ยินยอม

ลงนาม ..... ผู้วิจัย

ลงนาม ..... พยาน

ลงนาม ..... พยาน

ข้าพเจ้า นางพิชญา มินเด็น นักวิจัยได้อธิบายเกี่ยวกับโครงการวิจัยครั้งนี้อย่างละเอียดโดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงนาม.....

ผู้วิจัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ภาคผนวก จ

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย/แหล่งเก็บข้อมูล

COA No. 13/2021
IRB-STIN 2564/14.14.09

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
1873 ถนนพระรามที่ 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4092-9 ต่อ 1248

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย ดำเนินการตามแนวทางจริยธรรมสากล กฎหมายและข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย)	: ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ สมรรถนะแห่งตน การกำกับตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
(ภาษาอังกฤษ)	: Relationships Among Knowledge, Self-Efficacy, Self-Regulation, and Social Support with Self-Management Behavior Regarding Fluid Volume Overload in Chronic Heart Failure Patients.
เลขที่โครงการวิจัย	: IRB-STIN 2564/14.14.09
ชื่อนักวิจัยหลัก	: นางพิชญา มินเตีน
สังกัดหน่วยงาน	: นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
วิธีทบทวน	: พิจารณาในที่ประชุม (Full Board Review)
เอกสารรับรอง	: 1. โครงการวิจัย 2. เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย 3. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ 4. เครื่องมือการวิจัย
วันที่รับรอง	: 3 ธันวาคม 2564
วันที่หมดอายุ	: 2 ธันวาคม 2565

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

ลงนาม: .....
(อาจารย์ ดร.สุจรรยา โลหาชีวะ)
กรรมการและเลขานุการ
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่
SAINT LOUIS GENERAL HOSPITAL
27 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120
โทร. 0-2838-5555 โทรสาร 0-2638-5500, 0-2638-5600
27 South Sathon Rd., Yannawa Sathon Bangkok 10120 Thailand
Tel. (662) 838-5555 Fax (662) 838-5500, 0662) 838-6600
www.saintlouis.or.th

ที่ 95012/099-21

30 ธันวาคม 2021

เรื่อง อนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือวิจัย และเข้าเก็บข้อมูลวิจัย

เรียน คณบดีสำนักวิชาบัณฑิตศึกษา
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

อ้างถึง เอกสารขอความอนุเคราะห์ เลขที่ สพศก. 3351-3352/2564 ลงวันที่ 17 ธันวาคม 2564

ตามเอกสารที่อ้างถึง นางพิชญา มินเต็น นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง **"ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ สมรรถนะแห่งตน การกำกับตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง"** โดยในขณะนี้อยู่ระหว่างการดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยกับกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รสสุคนธ์ วาริทสกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ นั้น

ในการนี้ โรงพยาบาลมีความยินดีให้นักศึกษาเข้าทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเข้าเก็บข้อมูลวิจัยเรื่อง **"ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ สมรรถนะแห่งตน การกำกับตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง"** ตามที่แจ้งมา ทั้งนี้ ขอให้ปฏิบัติตามระเบียบการทำวิจัยของโรงพยาบาล ดังนี้

1. ไม่ระบุชื่อโรงพยาบาล ให้ระบุเพียง "โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง"
2. คำนึงถึงสิทธิของผู้ถูกสัมภาษณ์และผู้ป่วยต้องได้รับความยินยอมจากผู้ถูกสัมภาษณ์ด้วยวาจาหรือลายลักษณ์อักษรก่อน และต้องไม่กระทำการใด ๆ ที่จะรบกวนหรือสร้างความไม่สะดวกต่อผู้ถูกสัมภาษณ์และผู้ป่วย
3. ให้โรงพยาบาลทบทวนและตรวจสอบข้อมูลก่อนนำเสนองานวิจัย
4. ทำสำเนาฉบับสมบูรณ์ให้โรงพยาบาลเก็บเป็นข้อมูล

ทั้งนี้ ท่านสามารถประสานงานเพิ่มเติมได้ที่ พว.ณัฏฐิกา กุลกาญจนาชีวิน ผู้ช่วยผู้จัดการสำนักมาตรฐานและตรวจสอบคุณภาพ และคณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร โทรศัพท์ 0-2838-5555 ต่อ 10826

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์ธานินทร์ อินทรกำธรชัย)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ธอ/อฟ
เลขานุการผู้อำนวยการ รพ.
โทรศัพท์ 0-2838-5555 ต่อ 10883

บ้านแห่งความรัก และความเมตตากรุณาของพระเจ้า
Home of God's Love and Compassion

ภาคผนวก ฉ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. นายแพทย์ ศักดา เจียนิวัตต์	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบหัวใจและหลอดเลือด แผนกสถาบันหัวใจ โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์
2. อาจารย์ ดร. อารยา เจรนุกุล	อาจารย์ภาควิชา สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
3. อาจารย์ นพวรรณ บุญบำรุง	อาจารย์ภาควิชา สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

ภาคผนวก ช
การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Person Product Moment Correlation Coefficient) มี 3 ข้อ ได้ผลดังนี้

1. ระดับมาตราวัดจากข้อมูลเชิงปริมาณมีการวัดอยู่ในระดับช่วงมาตรา interval scale หรือระดับ ratio scale

ตาราง 5

ระดับมาตราวัดตัวแปร

ตัวแปร	ระดับการวัด
1. ความรู้	interval scale
2. สมรรถนะแห่งตน	interval scale
3. การกำกับตนเอง	interval scale
4. การสนับสนุนทางสังคม	interval scale
5. พฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง	interval scale

จากตาราง 5 พบว่า ตัวแปรของงานวิจัยนี้มีระดับมาตราวัดเป็นข้อมูลเชิงปริมาณมีการวัดอยู่ในระดับช่วงมาตรา interval scale ทั้ง 5 ตัวแปร ดังนั้นจึงเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

2. การแจกแจงเป็นโค้งปกติ (normal distribution of the data)

ตาราง 6

ผลการทดสอบแจกแจงปกติจากค่าความเบ้ (Skewness) และค่าความโด่ง (Kurtosis) ในแต่ละตัวแปรที่ศึกษา (N = 84)

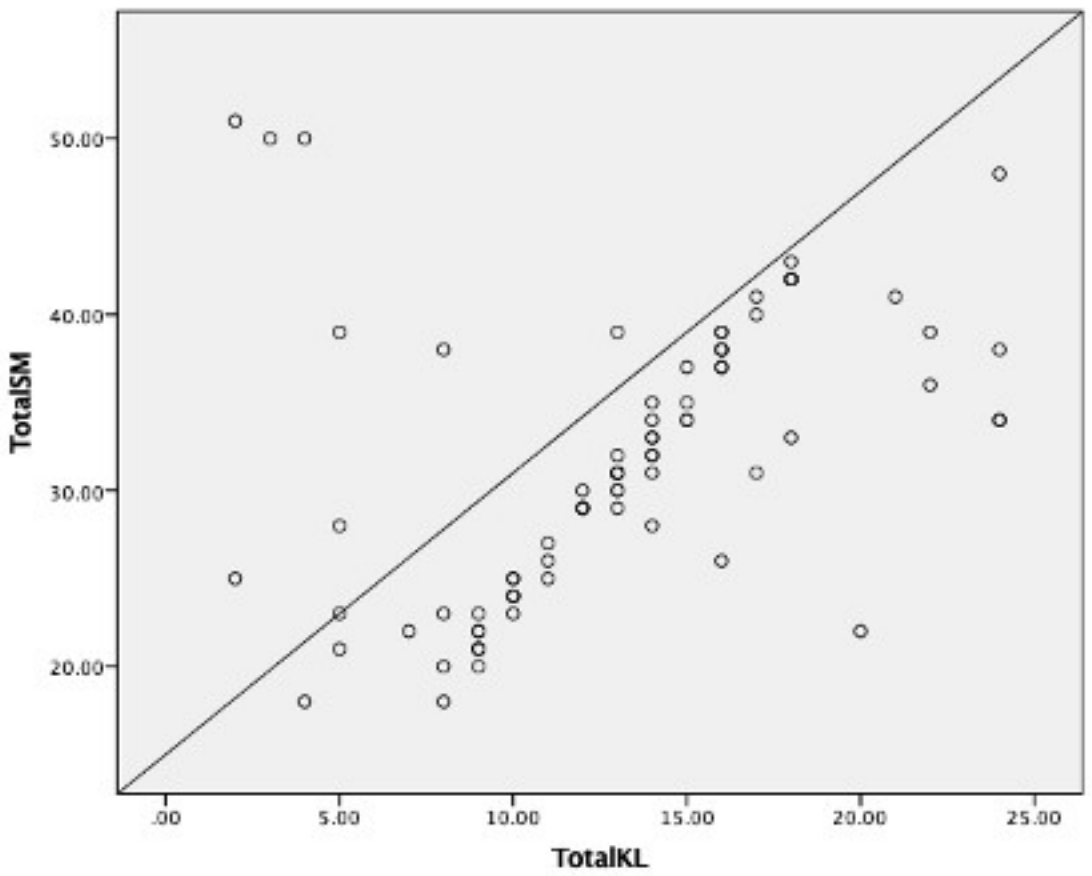
ตัวแปร	*M*	*SD*	Skewness	Skewness value	Kurtosis	Kurtosis value	แปลผล
1. ความรู้	0.54	0.21	0.07	0.26	0.00	0.52	ปกติ
2. สมรรถนะแห่งตน	5.01	1.30	0.31	0.26	-0.19	0.52	ปกติ
3. การกำกับตนเอง	2.84	1.03	0.28	0.26	-0.59	0.52	ปกติ
4. การสนับสนุนทางสังคม	2.55	0.46	0.41	0.26	-0.54	0.52	ปกติ
5. พฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง	1.67	0.41	0.35	0.26	-0.35	0.52	ปกติ

จากตาราง 6 *SE* of Skewness ของแต่ละตัวแปรมีค่าอยู่ระหว่าง 0.28 ถึง 1.54 มีการแจกแจงของข้อมูลเป็นโค้งปกติ และ *SE* of Kurtosis ของแต่ละตัวแปรมีค่าอยู่ระหว่าง -0.68 ถึง 0 มีการแจกแจงของข้อมูลเป็นโค้งปกติ ดังนั้น ตัวแปรหลักทั้ง 5 ตัวแปร มีการแจกแจงของข้อมูลเป็นโค้งปกติ เนื่องจาก *SE* of Skewness และ *SE* of Kurtosis มีค่าไม่เกิน 3.29 (Tabachnick & Fidell, 2013) ดังนั้นจึงเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

3. ความสัมพันธ์ linearity ของตัวแปรที่ศึกษา

ภาพ 2

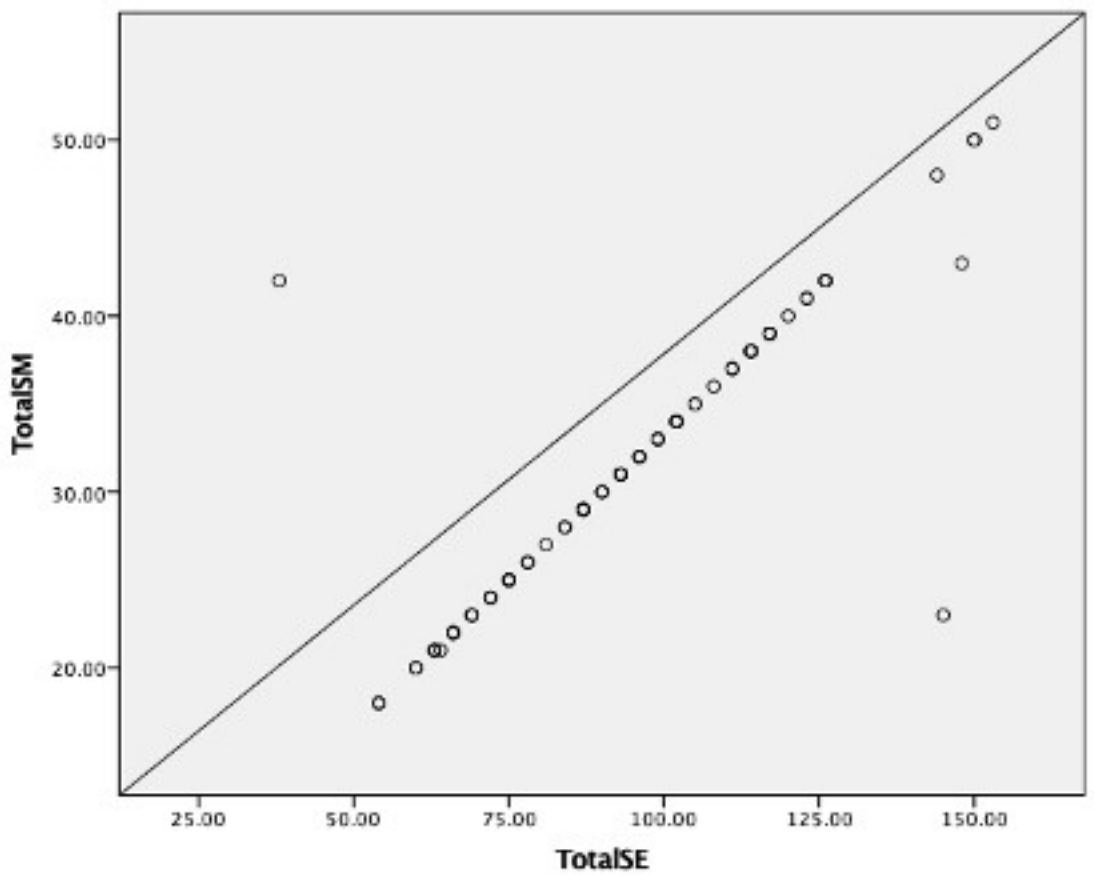
ความสัมพันธ์ linearity ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (N = 84)



จากภาพ 2 กราฟแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความรู้กับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังทั้งสองตัวแปรเป็นแบบเส้นตรง ดังนั้นจึงเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ภาพ 3

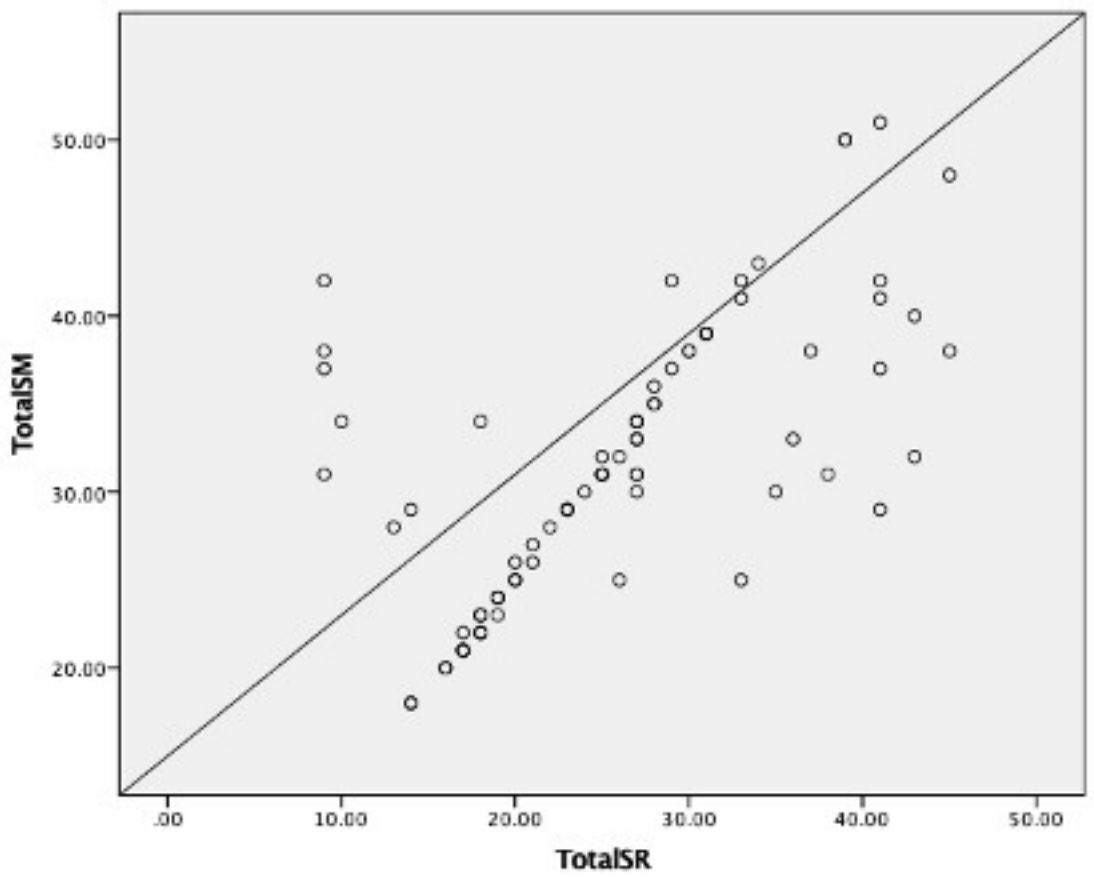
ความสัมพันธ์ linearity ระหว่างสมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (N = 84)



จากภาพ 3 กราฟแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังทั้งสองตัวแปรเป็นแบบเส้นตรง ดังนั้นจึงเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ภาพ 4

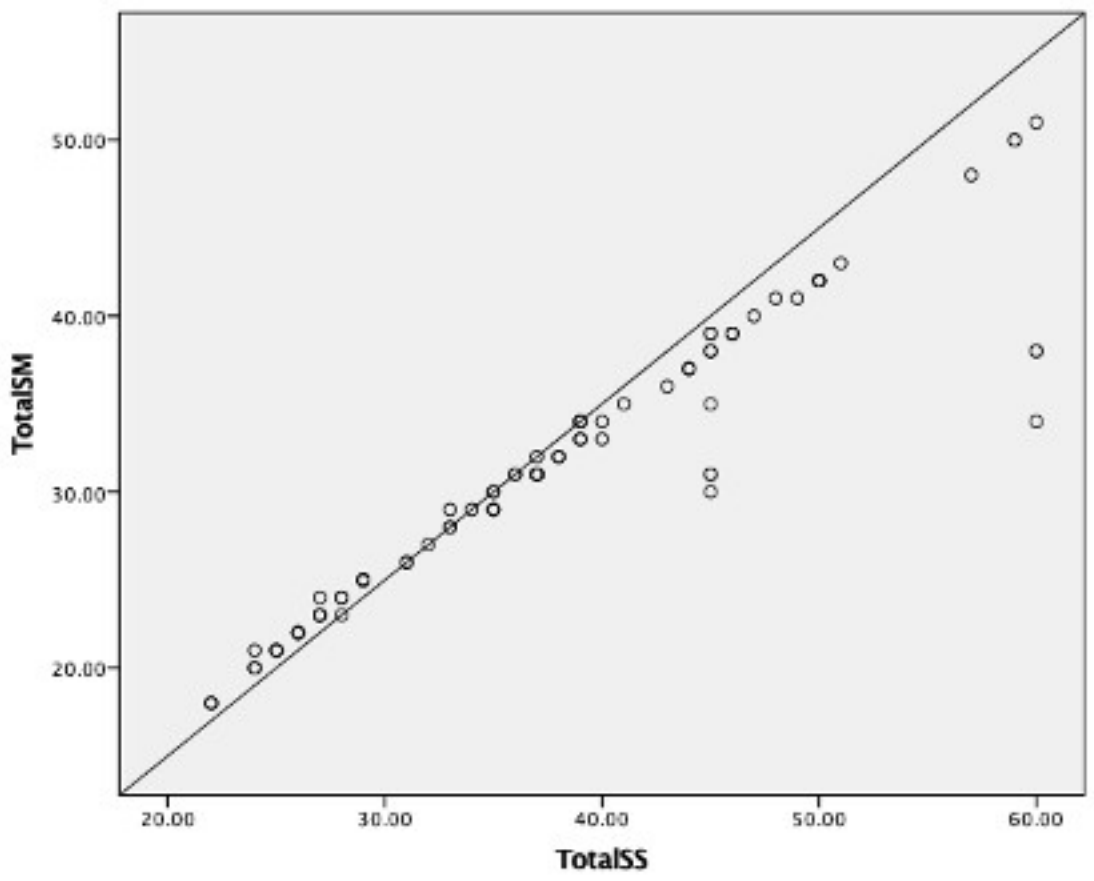
ความสัมพันธ์ linearity ระหว่างการกำกับตนเองกับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (N = 84)



จากภาพ 4 กราฟแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการกำกับตนเองกับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังทั้งสองตัวแปรเป็นแบบเส้นตรง ดังนั้นจึงเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ภาพ 5

ความสัมพันธ์ linearity ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (N = 84)



จากภาพ 5 กราฟแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังทั้งสองตัวแปรเป็นแบบเส้นตรง ดังนั้นจึงเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ตาราง 7

ผลการทดสอบแจกแจงปกติจากค่าความเบ้ (Skewness) และค่าความโด่ง (Kurtosis) ของพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินโดยรวมและรายด้าน (N = 84)

พฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองโดยรวมและรายด้าน	*M*	*SD*	Skewness	Skewness value	Kurtosis	Kurtosis value	แปลผล
พฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองโดยรวม	1.67	0.41	0.35	0.26	-0.35	0.52	ปกติ
พฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองรายด้าน							
1. ด้านการใช้ยาขับปัสสาวะ	1.62	0.72	0.27	0.26	-0.94	0.52	ปกติ
2. ด้านการจำกัดอาหารโซเดียม	2.27	0.52	-0.26	0.26	-0.56	0.52	ปกติ
3. ด้านการรักษาความสมดุลของน้ำในร่างกาย	1.48	0.41	0.17	0.26	-0.21	0.52	ปกติ
4. ด้านการติดตามอาการภาวะน้ำเกินและจัดการอาการด้วยตนเอง	1.56	0.45	0.52	0.26	0.37	0.52	ปกติ

จากตาราง 7 *SE* of Skewness ของแต่ละตัวแปรมีค่าอยู่ระหว่าง -1 ถึง 2 มีการแจกแจงของข้อมูลแบบปกติ และ *SE* of Kurtosis ของแต่ละตัวแปรมีค่าอยู่ระหว่าง -1.80 ถึง 0.71 มีการแจกแจงของข้อมูลแบบปกติ เนื่องจาก *SE* of Skewness และ *SE* of Kurtosis มีค่าไม่เกิน 3.29 (Tabachnick & Fidell, 2013)

ตาราง 8

ผลการทดสอบแจกแจงปกติจากค่าความเบ้ (Skewness) และค่าความโด่ง (Kurtosis) ของพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองรายข้อ (N = 84)

พฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองรายข้อ	Skewness	Skewness value	Kurtosis	Kurtosis value	แปลผล
รายข้อ 1	-0.18	0.26	-0.73	0.52	ปกติ
รายข้อ 2	0.30	0.26	-1.60	0.52	ปกติ
รายข้อ 3	0.26	0.26	-1.36	0.52	ปกติ
รายข้อ 4	-0.18	0.26	-0.80	0.52	ปกติ
รายข้อ 5	0.28	0.26	-1.57	0.52	ปกติ
รายข้อ 6	-0.17	0.26	-0.54	0.52	ปกติ
รายข้อ 7	-0.51	0.26	-0.99	0.52	ปกติ
รายข้อ 8	-0.48	0.26	-1.39	0.52	ปกติ
รายข้อ 9	0.13	0.26	-1.10	0.52	ปกติ

ตาราง 8 (ต่อ)

พฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองรายข้อ	Skewness	Skewness value	Kurtosis	Kurtosis value	แปลผล
รายข้อ 10	-0.45	0.26	-0.82	0.52	ปกติ
รายข้อ 11	-0.32	0.26	-0.47	0.52	ปกติ
รายข้อ 12	0	0	0	0	ปกติ
รายข้อ 13	0.29	0.26	-0.19	0.52	ปกติ
รายข้อ 14	-0.55	0.26	-0.78	0.52	ปกติ
รายข้อ 15	-0.01	0.26	-0.56	0.52	ปกติ
รายข้อ 16	0.11	0.26	-1.16	0.52	ปกติ
รายข้อ 17	0.10	0.26	-1.26	0.52	ปกติ
รายข้อ 18	0.27	0.26	-1,11	0.52	ปกติ
รายข้อ 19	0	0.26	-2.05	0.52	ปกติ

จากตาราง 8 SE of Skewness ของแต่ละตัวแปรมีค่าอยู่ระหว่าง -2 ถึง 1.14 มีการแจกแจงของข้อมูลแบบปกติ และ *SE* of Kurtosis ของแต่ละตัวแปรมีค่าอยู่ระหว่าง -3.94 ถึง 0 มีการแจกแจงของข้อมูลแบบปกติ เนื่องจาก *SE* of Skewnessและ *SE* of Kurtosis มีค่าไม่เกิน 3.29 (Tabachnick & Fidell, 2013)

ภาคผนวก ช
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตาราง 9

ค่าพิสัย คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ สมรรถนะแห่งตน การกำกับตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (N = 84)

ตัวแปร	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้			
		คะแนนต่ำสุด	คะแนนสูงสุด	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
1. ความรู้	0-24	2	24	12.93	5.07
2. สมรรถนะแห่งตน	0-190	38	153	95.10	24.78
3. การกำกับตนเอง	9-45	9.00	45.00	25.60	9.23
4. การสนับสนุนทางสังคม	15-60	22.00	60.00	38.32	10.17
5. พฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง	0-57	18.00	51.00	31.67	7.79

จากตาราง 9 ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 12.93 (*SD* = 5.07, Range = 2 - 24) คะแนนสมรรถนะแห่งตนเฉลี่ย 95.10 (*SD* = 24.78, Range = 38 - 153) คะแนนการกำกับตนเองเฉลี่ย 25.60 (*SD* = 9.23, Range = 9 - 45) คะแนนการสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ย 38.32 (*SD* = 10.17, Range = 22 - 60) และคะแนนพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองเฉลี่ย 31.67 (*SD* = 7.79, Range = 18 - 51)

ตาราง 10

ค่าพิสัย คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับ จำแนกตามรายข้อของพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (N = 84)

พฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง (รายข้อ)	ช่วงคะแนน				
	คะแนนต่ำสุด	คะแนนสูงสุด	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
ด้านการใช้ยาขับปัสสาวะ					
1. ฉันรับประทานยาขับปัสสาวะตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินกำเริบ	0	3	1.70	0.90	ปานกลาง
2. เมื่อมีอาการบวม น้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เหนื่อยและนอนราบไม่ได้ ฉันปรับเพิ่มยาขับปัสสาวะตามคำแนะนำของแพทย์	0	3	1.13	1.20	ปานกลาง
3. เมื่อฉันจำเป็นต้องรับประทานยาขับปัสสาวะเพิ่มขึ้น ฉันจะเสริมเกลือแร่ที่ได้จากอาหาร เช่น แคนตาลูป กล้วย ส้ม	1	3	1.86	0.79	ปานกลาง
4. ภายหลังรับประทานยาขับปัสสาวะ ฉันสังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น น้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็ว หน้ามืดอ่อนเพลีย ปากแห้ง เป็นต้น	0	3	1.56	0.94	ปานกลาง

ตาราง 10 (ต่อ)

พฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง (รายข้อ)	ช่วงคะแนน				
	คะแนนต่ำสุด	คะแนนสูงสุด	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
5. เมื่อฉันลืมรับประทานยาขับปัสสาวะจะรับประทานทันทีที่นึกได้ หรือหากฉันนึกได้เมื่อใกล้ถึงเวลายามื้อต่อไป ฉันจะข้ามไปรับประทานยาของมื้อต่อไปเลย	1	3	1.86	0.85	ปานกลาง
ด้านการจำกัดอาหารโซเดียม					
6. ฉันรับประทานอาหารที่ปรุงรสด้วยน้ำปลา ซุปก้อน หรืออาหารที่มีการใส่ผงชูรส ซอส หรือเครื่องปรุงรสทุกชนิด	1	3	2.29	0.59	สูง
7. ฉันหลีกเลี่ยงอาหารที่ผ่านการแปรรูปและถนอมอาหาร เช่น น้ำพริกต่าง ๆ ของหมักดองทุกชนิด บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ขนมปังคุกกี้ ชาลาเปา	1	3	2.29	0.73	สูง
8. ฉันอ่านฉลากโภชนาการทุกครั้ง เมื่อซื้ออาหารสำเร็จรูปเพื่อให้ทราบปริมาณโซเดียมที่เป็นส่วนประกอบ	1	3	2.24	0.83	สูง

ตาราง 10 (ต่อ)

พฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง (รายข้อ)	ช่วงคะแนน				
	คะแนนต่ำสุด	คะแนนสูงสุด	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
ด้านการรักษาความสมดุลของน้ำในร่างกาย					
9. เมื่อฉันมีอาการหอบเหนื่อยมาก นอนราบไม่ได้หรือต้องหนุนหมอนเพิ่มขึ้น บวม น้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ฉันจะควบคุมตนเองไม่ให้ดื่มน้ำเกิน 1.5 ลิตรต่อวัน	1	3	1.92	0.73	ปานกลาง
10. ฉันจดบันทึกปริมาณน้ำดื่มในรอบหนึ่งวัน	1	3	2.04	0.69	สูง
11. ฉันจดบันทึกและสังเกตจำนวนปัสสาวะในรอบหนึ่งวันเพื่อประเมินความสมดุลของน้ำในร่างกาย	0	3	2.00	0.78	ปานกลาง
12. ฉันกำหนดเป้าหมายของปริมาณน้ำที่จะดื่มในแต่ละวันโดยคำนวณจากปริมาณปัสสาวะในหนึ่งวันที่ผ่านมาและบวกเพิ่มอีก 250 cc	0	0	0.00	0.00	ต่ำ

ตาราง 10 (ต่อ)

พฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง (รายข้อ)	ช่วงคะแนน				
	คะแนนต่ำสุด	คะแนนสูงสุด	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
13. ฉันดื่มเครื่องดื่มประเภทอื่นระหว่างวัน เช่น ชา กาแฟ นม โดยไม่ลดปริมาณน้ำดื่มปกติต่อวัน	0	3	1.46	0.10	ปานกลาง
การติดตามอาการภาวะน้ำเกินและจัดการอาการด้วยตนเอง					
14. ฉันชั่งน้ำหนักประจำวัน เพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะน้ำเกิน หากมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ฉันจำกัดน้ำและอาหารโซเดียมสูง รวมทั้งปรับเพิ่มการรับประทานยาขับปัสสาวะตามแผนการรักษาของแพทย์	0	3	1.92	1.01	ปานกลาง
15. ฉันตรวจสอบอาการบวม เพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะน้ำเกิน หากมีอาการบวม ฉันจำกัดน้ำและอาหารโซเดียมสูง รวมทั้งปรับเพิ่มยาขับปัสสาวะตามแผนการรักษาของแพทย์	1	3	2.01	0.65	สูง
16. ฉันวัดความดันโลหิต เพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะน้ำเกิน หากมีความดันโลหิตสูงผิดปกติ ฉันจำกัดอาหารโซเดียมสูง และไปพบแพทย์	0	3	1.82	0.85	ปานกลาง

ตาราง 10 (ต่อ)

พฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง (รายข้อ)	ช่วงคะแนน				
	คะแนนต่ำสุด	คะแนนสูงสุด	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
17. ฉันตวงปัสสาวะและปริมาณน้ำดื่มเพื่อเฝ้าระวังไม่ให้ร่างกายได้รับน้ำมากเกินกว่าที่กำหนด หากในแต่ละวันมีปัสสาวะออกน้อยกว่าปริมาณน้ำที่ดื่ม ฉันจำกัดน้ำและอาหารโซเดียมสูง รวมทั้งไปพบแพทย์	1	3	1.83	0.78	ปานกลาง
18. เมื่อมีอาการน้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว บวม ปัสสาวะออกน้อย หายใจเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ ฉันจะรอไปพบแพทย์ตามวันนัดเดิม	0	3	1.25	1.04	ปานกลาง
19. เมื่อฉันเพิ่มยาขับปัสสาวะจากเดิม 1.5-2 เท่า และน้ำหนักไม่ลดลงภายใน 3-4 วัน ฉันมาพบแพทย์ก่อนวันนัด	0	1	0.50	0.50	ต่ำ

จากตาราง 10 ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองมากที่สุด 5 อันดับ ได้แก่ ฉันรับประทานอาหารที่ปรุงรสด้วยน้ำปลา ซุปก้อน หรืออาหารที่มีการใส่ผงชูรส ซอส หรือเครื่องปรุงรสทุกชนิด (*SD* = 0.59) ฉันหลีกเลี่ยงอาหารที่ผ่านการแปรรูปและถนอมอาหาร เช่น น้ำพริกต่าง ๆ ของหมักดองทุกชนิด บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ขนมปัง คุกกี้ ชาลาเปา (*SD* = 0.73) ฉันอ่านฉลากโภชนาการทุกครั้ง เมื่อซื้ออาหารสำเร็จรูปเพื่อให้ทราบปริมาณโซเดียมที่เป็นส่วนประกอบ (*SD* = 0.83) ฉันจดบันทึกปริมาณน้ำดื่มในรอบหนึ่งวัน (*SD* = 0.69) ฉันตรวจสอบอาการบวม เพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะน้ำเกิน หากมีอาการบวม ฉันจำกัดน้ำและอาหารโซเดียมสูง รวมทั้งปรับเพิ่มยาขับปัสสาวะตามแผนการรักษาของแพทย์ (*SD* = 0.65) และกลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองน้อยที่สุด 2 อันดับ ได้แก่ ฉันกำหนดเป้าหมายของ

ปริมาณน้ำที่จะดื่มในแต่ละวัน โดยคำนวณจากปริมาณปัสสาวะในหนึ่งวันที่ผ่านมาและบวกเพิ่มอีก 250 cc (*SD* = 0.00) เมื่อฉันเพิ่มยาขับปัสสาวะจากเดิม 1.5-2 เท่า และน้ำหนักไม่ลดลงภายใน 3-4 วัน ฉันมาพบแพทย์ก่อนวันนัด (*SD* = 0.50)

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ สกุล นางพิชญา มินเด็น

รหัสประจำตัวนักศึกษา 6244103

วุฒิการศึกษา

วุฒิการศึกษา	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จ
การศึกษา		
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	วิทยาลัยเซนต์หลุยส์	2559

ประวัติการทำงาน

พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ ปฏิบัติงานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 - ปัจจุบัน

สถานที่ติดต่อ เบอร์โทรศัพท์ อีเมล์

2677/2 ถนนเจริญกรุง เขต/แขวง บางคอแหลม กรุงเทพมหานคร 10120

เบอร์โทรศัพท์ 088-853-993-2 อีเมล์ af_funan@hotmail.com

ทุนการศึกษาที่ได้รับระหว่างการศึกษา

ทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย