

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ ต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำใน
การรักษาของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว



นางสาวสิริชยา อังกูรขจร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

THE EFFECT OF HEALTH PROMOTING PROGRAM APPLYING PENDER'S MODEL ON
TREATMENT ADHERENCE IN ADULT PATIENTS WITH HEART FAILURE

Miss Sirichaya Angkulkhajorn



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของ
เพนเดอร์ ต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของ
ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

โดย

นางสาวสิริชยา อังกูรขจร

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต)

CHULALONGKORN UNIVERSITY

สิริขยา อังกูรขจร : ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ ต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. (THE EFFECT OF HEALTH PROMOTING PROGRAM APPLYING PENDER'S MODEL ON TREATMENT ADHERENCE IN ADULT PATIENTS WITH HEART FAILURE) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์, 137 หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลชลประทาน จังหวัดนนทบุรี จำนวน 50 ราย จับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งประยุกต์แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender (2006) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ ประกอบด้วย การประเมินความพร้อม การให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว การสอนสาธิตและพัฒนาทักษะ การติดตามและกระตุ้นเตือน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟา (alpha-coefficients) เท่ากับ .83 วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงบรรยายและการทดสอบค่าที

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ ดีวก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
2. การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ ดีวกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($p < .05$)

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2556

ลายมือชื่อนิติต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

5477196936 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: HEALTH PROMOTING MODEL / HEART FAILURE / ADHERENCE

SIRICHAYA ANGKULKHAJORN: THE EFFECT OF HEALTH PROMOTING PROGRAM APPLYING PENDER'S MODEL ON TREATMENT ADHERENCE IN ADULT PATIENTS WITH HEART FAILURE. ADVISOR: ASST. PROF. SUNIDA PREECHAWONG, Ph.D., 137 pp.

The purpose of this quasi – experimental study, two group pretest – posttest design research was to examine the effect of health promoting program applying Pender's model on treatment adherence in adult patients with heart failure. Fifty persons with heart failure, recruited from In Patient department of Chonprathan Hospital, Nonthaburi, participated in this study. The participants were randomly assigned into experimental and control group, 25 persons in each group. The control group received conventional nursing care while the experimental group participated in the health promoting program applying Pender's model. The program consists of assessment, giving information, skills training on dietary adherence, information, medication administrations and medication count. The outcome was assessed by the 14-item treatment adherence questionnaire that had internal consistency with alpha coefficients of .83. Data were analyzed using descriptive and t-test.

The results of this study were as follows:

1. Treatment adherence score of the experimental group after receiving the health promoting program applying Pender's model was significantly higher than before receiving the program ($p < .05$).
2. Treatment adherence score of the experimental group after receiving the health promoting program applying Pender's model was significantly higher than those in the control group ($p < .05$).

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2013

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลายท่าน ขอขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ให้ความรู้ ให้สติปัญญา และให้โอกาสได้เข้าศึกษาในระดับมหาบัณฑิต

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ ที่เป็นทั้งที่อาจารย์ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ คอยคำปรึกษา ให้การช่วยเหลือตลอดระยะเวลาที่ศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาจารย์ได้สละเวลาส่วนตน สละเวลาในการพักผ่อน เพื่อช่วยเหลือให้นิสิตทั้งหลายได้เรียนรู้กระบวนการวิจัย และสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ นิสิตรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์เป็นอย่างยิ่งจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ ข้อเสนอแนะ และข้อคิดเห็นต่าง ๆ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่ได้กรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างมากต่อการวิจัยครั้งนี้

ขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่กรุณาให้ทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ ซึ่งเป็นปัจจัยที่จำเป็นยิ่งในการดำเนินการวิจัย ขอขอบคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าหน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยใน และเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชลประทาน จังหวัดนนทบุรีทุกท่านที่เอื้อเฟื้อสถานที่และแหล่งในการศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือในการวิจัยด้วยความเต็มใจเป็นอย่างดียิ่ง

ท้ายที่สุดนี้ นิสิตของกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา ที่ได้ให้กำเนิดมาด้วยความรัก ความเอาใจใส่ ส่งเสริม สนับสนุนให้ได้เรียนรู้ ได้สั่งสอนให้เห็นว่าความรู้เป็นสมบัติที่มีค่า ให้กำลังใจ และช่วยเหลือจนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบความดีเหล่านั้นให้แก่บุคคลที่กล่าวมาข้างต้นทั้งหมด ด้วยความเคารพ

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	5
วัตถุประสงค์ การวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย :.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
ภาวะหัวใจล้มเหลว.....	10
สถิติและอัตราอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว.....	10
ความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลว.....	10
ปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว.....	11
พยาธิสรีรวิทยาของภาวะหัวใจล้มเหลว.....	13
การวินิจฉัยและการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว.....	15
ระยะและความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว.....	16
อาการและอาการแสดงทางคลินิกของภาวะหัวใจล้มเหลว.....	17
การบำบัดรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว.....	19
การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว.....	23
การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว.....	25
ความหมายของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา.....	26

องค์ประกอบของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว	27
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ..	31
การประเมินการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว	35
แนวคิดการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโดยประยุกต์ตามแบบจำลองการสร้างเสริม สุขภาพของ Pender	39
บทบาทของพยาบาลต่อการส่งเสริมการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะ หัวใจล้มเหลว	44
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	48
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	58
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	58
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	60
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	60
ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง.....	65
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	69
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	71
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากรกลุ่มตัวอย่าง.....	72
ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ และของกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการดูแลตามปกติ	75
ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาด้านการรับประทานอาหาร และการรับประทานยา ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของ เพนเดอร์กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง.....	77
ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบร้อยละของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจ ล้มเหลวกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพน เดอร์.....	78
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	80
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	80
สมมติฐานการวิจัย.....	80
สรุปผลการวิจัย	81

อภิปรายผลการวิจัย	81
ข้อจำกัดในการทำวิจัย.....	86
ข้อเสนอแนะ	87
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	88
รายการอ้างอิง	89
ภาคผนวก.....	97
ภาคผนวก ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ และ จดหมายขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ.....	98
ภาคผนวก ข เอกสารแสดงการขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยจากต่างประเทศ	105
ภาคผนวก ค เอกสารการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน.....	107
ภาคผนวก ง ใบยินยอมของประชากรกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลสำหรับประชากรกลุ่มตัวอย่าง....	110
ภาคผนวก จ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	115
ภาคผนวก ฉ ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล.....	127
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	137

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	แสดงจำนวนและร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ.....	72
ตารางที่ 2	แสดงจำนวนและร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม จำนวนโรคประจำตัว ระดับความรุนแรงของโรค และความสัมพันธ์ของตัวอย่างกับผู้ดูแลหลัก.....	73
ตารางที่ 3	ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา ก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ของกลุ่มทดลอง และ ก่อนและหลังได้รับการดูแลตามปกติของกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทดสอบค่าที่ (Dependent T - test).....	75
ตารางที่ 4	ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา ระหว่างกลุ่มที่ ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์กับกลุ่มที่ได้รับการดูแล ตามปกติก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติทดสอบค่าที่ (Independent T - test).....	77
ตารางที่ 5	แสดงร้อยละของคะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจ ล้มเหลวก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์	78
ตารางที่ 6	แสดงค่าคะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้า ร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์	129
ตารางที่ 7	แสดงค่าคะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลัง ได้รับการดูแลตามปกติ	130
ตารางที่ 8	แสดงค่าคะแนนการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการ รักษาของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด ของเพนเดอร์.....	132
ตารางที่ 9	แสดงค่าคะแนนการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการ รักษาของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับการดูแลตามปกติ.....	134

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญปัญหาหนึ่งในระบบบริการสุขภาพ จากข้อมูลทางสถิติพบว่า โรคหัวใจมีอัตราการตายในลำดับต้นๆ ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีรายงานว่า มีผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ประมาณ 5.8 ล้านคนของประชากรทั้งประเทศ นอกจากนี้ยังพบว่า ในแต่ละปีมีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับวินิจฉัยใหม่ประมาณ 670,000 คนต่อปี โดยผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมักจะเสียชีวิตภายใน 1 ปี ภายหลังจากการวินิจฉัย (Lloyd-Jones et al.; 2010) ข้อมูลจาก The National Heart, Lung, and Blood Institute ระบุว่า อัตราอุบัติการณ์ของโรคหัวใจล้มเหลวพบได้ประมาณ 10 รายต่อประชากร 1000 คน ในผู้ป่วยกลุ่มอายุมากกว่า 65 ปี และประมาณร้อยละ 75 มีสาเหตุมาจากโรคความดันโลหิตสูง โดยในกลุ่มคนที่มีอายุมากกว่า 40 ปีทั้งเพศชายและหญิงนั้นมีพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจล้มเหลวได้ในอนาคตอีกด้วย (Roger et al., 2011) ส่วนข้อมูลจากกองสถิติสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบจำนวนและอัตราตายด้วยโรคหัวใจและระบบไหลเวียนโลหิตต่อประชากร 100,000 คน ตั้งแต่ พ.ศ. 2550 - 2554 อยู่ในลำดับที่ 2 รองจากโรคมะเร็ง ในประเทศไทยแม้ว่า ยังไม่มีการรายงานสถิติอัตราการตายเฉพาะภาวะหัวใจล้มเหลว แต่หากจำแนกโดยใช้เกณฑ์สาเหตุการเจ็บป่วยของผู้ป่วยนอกตามกลุ่มโรคที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลในปี 2552 พบว่า โรคในกลุ่มระบบไหลเวียนเลือด อยู่ในลำดับที่ 2 รองจากระบบทางเดินหายใจ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2552)

ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นจากความผิดปกติของการทำหน้าที่ในการบีบตัวของหัวใจ โดยหัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอ ความก้าวหน้าของโรคในกลุ่มหัวใจและหลอดเลือดนั้นทำให้เกิดพยาธิสภาพที่หัวใจและ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลวตามมา (Woods et al., 2010, Lindenfeld et al., 2010, ผ่องพรรณอรุณแสง, 2555) สาเหตุของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดได้จากความผิดปกติของโรคสร้างของหัวใจ ทั้งนี้มีรายงานว่า ภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ แอลกอฮอล์ เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งสิ้น (Woods et al., 2010) การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดี จะสามารถป้องกัน และควบคุมปัจจัยดังกล่าวข้างต้นได้ในระดับหนึ่ง หากบุคคลมีความรู้ มีความตระหนัก และใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเอง

ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมักมาโรงพยาบาลด้วยอาการ เหนื่อยมากขึ้น นอกราบไม่ได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง บวมตามร่างกาย และน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น อาการดังกล่าวเป็นอาการแสดงของการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลว ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล โดยพบว่า มีผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวประมาณร้อยละ 24.8 หรือคิดเป็น 1 ใน 4 ของผู้ป่วยทั้งหมด ต้องกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 30 วัน (Dharmarajan et al., 2013) สาเหตุเกิดเนื่องจากผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา รับประทานอาหารที่มีรสเค็ม ไม่จำกัดน้ำดื่ม ขาดการรับประทานยา และไม่มาพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการ จึงทำให้เกิดภาวะน้ำเกิน (Bennett et al., 1998; Ma et al., 2006) จากปัญหาการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการและความรุนแรงของโรคเลวลง เกิดการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลว ต้องกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล และมีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตเพิ่มขึ้น (Cooper et al., 2009 , Van der Wal et al., 2010) ดังนั้นการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นอย่างมาก และเป็นสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์จะต้องให้ความสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าใจ ตระหนัก และเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา องค์การอนามัยโลก ได้อธิบายว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา (Adherence to treatment) เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่จะรับประทานยา รับประทานอาหาร รวมไปถึงการปรับเปลี่ยนวิถีทางการดำเนินชีวิตตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ (Sebate, 2003) การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาเป็นแนวคิดที่มีการศึกษาวิจัยกันอย่างกว้างขวาง และมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต

สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาถือเป็นสิ่งสำคัญมาก เนื่องจากจะช่วยชะลออาการและความรุนแรงของโรคให้ช้าลง ลดอัตราการกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล และลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต (Cooper et al., 2009 , Van der Wal et al., 2010) จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะต้องปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาในเรื่อง การรับประทานยา (การควบคุมการบริโภคเกลือและน้ำ การควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) การรับประทานยา, การติดตามอาการด้วยตนเอง (เผื่อระวังอาการกำเริบจากภาวะการคั่งของน้ำและเกลือ, การชั่งน้ำหนัก) การปฏิบัติกิจกรรมและการออกกำลังกาย (สมาคมแพทย์โรคหัวใจในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2551; จันทรพิชญ์ สมโน, 2551) จากองค์ประกอบของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวข้างต้นนั้น พบว่า การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาในด้านการรับประทานยา โดยเฉพาะอาหารที่มีเกลือต่ำ และการรับประทานยาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นปัญหาที่สำคัญและพบได้บ่อยที่สุด โดยจะส่งผลต่อเนื่องให้เกิดอาการกำเริบของภาวะ

หัวใจล้มเหลว และทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ามารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Evangelista, Berg, and Dracup, 2001) ในต่างประเทศมีรายงานว่ามีผู้ป่วยที่ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำมีจำนวนมากถึงร้อยละ 43 - 92 (Bennett, 1998; Tsuyoki, 2001; Evangelista, Berg, and Dracup, 2001; Moser, Doering and Chung, 2005) ส่วนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานยาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวนั้น พบว่า มีเพียงร้อยละ 50 - 70 ที่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานยาตามสั่งการรักษาของแพทย์ได้ (Ekman et al., 2006) ในประเทศไทย การศึกษาของ จันทรเพ็ญ สมโน (2551) รายงานว่า ผู้ป่วยร้อยละ 39.8 ไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำ และร้อยละ 11.4 ไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานยา

มีรายงานการวิจัยที่ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า เพศ (Chung et al., 2006, Nieuwenhuis et al., 2012), ความรู้เกี่ยวกับโรค, ความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับโรคและการรักษา (Van der Wal et al., 2006), ความรุนแรงของอาการและข้อจำกัดของร่างกาย (Van der Wal and Jaarsma, 2008, Nieuwenhis et al., 2012) ความบกพร่องด้านการรู้คิด (Evangelista et al., 2001; Hawkin et al., 2012) ภาวะซึมเศร้า (จันทรเพ็ญ สมโน, 2551; Wu et al., 2008), และการสนับสนุนทางสังคม (Simpson et al., 2000; Wu et al., 2007; 2008) มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่า มีหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวนมากได้อธิบายถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแผนการรักษาในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว อีกทั้งยังมีหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวนมากพอสมควรที่แสดงถึงประสิทธิผลของการจัดกิจกรรมทางการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา เช่น จากการวิเคราะห์และทบทวนวรรณกรรมของ Evangelista และ Shinnick (2008) พบว่า วิธีการจัดกระทำที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรมปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาให้ได้ผลดี แบ่งได้ 3 วิธี คือ (1) การจัดกระทำด้านการให้ความรู้ (Education Intervention) ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว อาการ และแผนการรักษา, (2) การจัดกระทำด้านการปรับพฤติกรรม (Behavioral Intervention) มีเป้าหมายเพื่อกระตุ้นแรงจูงใจและสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา และ (3) การจัดกระทำด้านจิตสังคม (Psychosocial Intervention) มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมการรับรู้ด้านบวก ความเชื่อและทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา เป็นต้น

ในประเทศไทย การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ส่วนการศึกษาประสิทธิผลของการให้คำแนะนำหรือ

การส่งเสริมการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษายังมีไม่มากนัก รวมถึงยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและสนับสนุนบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย Van Dulmen และคณะ (2007) ได้ศึกษาวิเคราะห์และทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับงานวิจัยเชิงทดลองเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาในทุกกลุ่มโรค พบว่า การจัดกระทำที่สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาได้ดีขึ้นในระดับสูง นอกจากนี้ในการศึกษาของ Wu และคณะ (2008) พบว่า สมาชิกในครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานยาทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้ตรงตามเวลา หากศึกษาพยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ จากอาการของโรค ผู้ที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด คือครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นผู้ดูแลหรือญาติที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา

ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาลโดยส่งเสริมให้ญาติหรือสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำรักษาของบุคลากรทางการแพทย์ โดยที่ผู้วิจัยเลือกศึกษาองค์ประกอบของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเพียง 2 ด้าน คือ การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำ และการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานยา เนื่องจากเป็นพฤติกรรมที่มีความสำคัญและเป็นปัญหาของผู้ป่วยในกลุ่มนี้มากที่สุด รวมทั้งเป็นสาเหตุลำดับต้นๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ามารับการรักษาน้ำในโรงพยาบาล จากอาการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยจึงศึกษาและพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยการประยุกต์ใช้แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender (2006) โดยนำปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา คือ (1) ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา ในกิจกรรมของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ ผู้วิจัยจะให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นรายบุคคล ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับรู้ถึงพยาธิสภาพของโรค สาเหตุการเกิดโรค และแนวทางในการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจและยอมรับถึงโรคที่ตนเองกำลังเผชิญ (2) ความเชื่อและทัศนคติของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยจะให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล ตระหนักและเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา รวมถึงให้คำปรึกษาและช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเพื่อลดการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา (3) สนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้ดูแลจะมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นเตือนผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาอย่างต่อเนื่อง คอยให้การช่วยเหลือ สนับสนุนผู้ป่วยทั้งทางด้านวัตถุ และจิตใจ ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วย ที่จะสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีการปฏิบัติ

ตามคำแนะนำในการรักษาที่ดีที่สุดได้ โดยมุ่งหวังให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ลด ความรุนแรงของโรค และลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

คำถามการวิจัย

1. การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนและ หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแล ตามปกติแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจ ล้มเหลวก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์
2. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจ ล้มเหลวระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์กับ กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีความซับซ้อนและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต้องมีชีวิตอยู่ด้วยความทุกข์ทรมานจากโรคและการรักษา ไม่สามารถ ดำเนินชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพเหมือนคนปกติจากผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม กลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้มีการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยครั้งเนื่องจากการมีอาการของหัวใจ ล้มเหลวกำเริบขึ้น การรักษาทางการแพทย์ในปัจจุบันเป็นการรักษาด้วยการใช้ยาเพื่อ ประคับประคองอาการเพื่อชะลอความรุนแรงและความก้าวหน้าของโรค ร่วมกับการแนะนำให้ ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เพื่อลดความเสี่ยงต่อการกำเริบของโรค หากผู้ป่วยและญาติมี ความเข้าใจถึงแนวทางการปฏิบัติตนตามคำแนะนำในการรักษาของบุคคลากรทางการแพทย์ และสามารถที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อ ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวถือว่าเป็นสิ่งสำคัญ มากที่จะช่วยชะลอความรุนแรงของโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม กับภาวะสุขภาพ และการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ โดยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการ

ปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาประกอบด้วย เพศ (Chung et al., 2006, Nieuwenhuis et al., 2012), ความรู้เกี่ยวกับโรค, ความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับโรคและการรักษา (Van der Wal et al., 2006), ความรุนแรงของอาการและข้อจำกัดของร่างกาย (Van der Wal and Jaarsma, 2008, Nieuwenhis et al., 2012) ความบกพร่องด้านการรู้คิด (Evangelista et al., 2001; Hawkin et al., 2012) ภาวะซึมเศร้า (จันทร์เพ็ญ สมโน, 2551; Wu et al., 2008), และการสนับสนุนทางสังคม (Simpson et al., 2000; Wu et al., 2007; 2008)

แนวคิดแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender (2006) อธิบายว่า บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมหรือกระทำสิ่งใดๆ เพราะเห็นว่ามีประโยชน์ มีคุณค่า และหากบุคคลได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน หรือบุคคลกรทางการแพทย์จะทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะทำพฤติกรรมนั้นๆ

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้นำแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender (2006) มาประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยมีแนวคิด การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และอิทธิพลระหว่างบุคคลเป็นตัวกำกับในการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา คือ ความรู้เกี่ยวกับโรค ความเชื่อและทัศนคติ และการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้กระบวนการสร้างเสริมความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ ลดการรับรู้อุปสรรค และสนับสนุนให้ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาที่ดีขึ้น

สมมติฐานการวิจัย :

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ จะมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ จะมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) รูปแบบการวิจัยเป็นแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design)
2. ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน
3. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย
 - ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์
 - ตัวแปรตาม คือ การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ หมายถึง รูปแบบการให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยและญาติเป็นรายบุคคลเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาด้านการรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำ และการรับประทานยา ของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยประกอบด้วย การให้ความรู้ การสอนสาธิต การพัฒนาทักษะ และการติดตามการปฏิบัติ โดยการประยุกต์ในแนวคิดแบบจำลองการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของ Pender (2006) โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติ คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพและประเมินความพร้อม 2) การให้ข้อมูล (รายบุคคล) ประกอบด้วย การส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรค แก่กลุ่มตัวอย่างและญาติ รวมถึงการให้ข้อมูลแก่ญาติในการส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา 3) การสาธิตและพัฒนาทักษะในการเลือกรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำ และการรับประทานยา 4) การติดตาม และกระตุ้นเตือน โดยผู้วิจัยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ (สัปดาห์ที่ 2, 4 ,และ 6) ในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในวันที่แพทย์นัดติดตามอาการ และระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างพักอยู่ที่บ้านญาติจะทำหน้าที่ในการกระตุ้นเตือนและส่งเสริมการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง 5) การประเมินผล (สัปดาห์ที่ 8)

การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา หมายถึง การที่ผู้ป่วยยินยอมที่จะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมใดๆ ตามคำแนะนำในการรักษาของบุคลากรทางการแพทย์ด้วยความเต็มใจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมอาการและความรุนแรงของโรค และให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพของผู้ป่วย

การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา หมายถึง การที่ผู้ป่วยยินยอมปฏิบัติพฤติกรรมด้วยความเต็มใจ ตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ โดยเลี่ยงการใช้น้ำปลา ซีอิ๊ว หรือซอสชนิดต่างๆ เพื่อเพิ่มรสชาติให้อาหาร หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม อาหารสำเร็จรูป อาหารกระป๋อง และของหมักดอง รวมถึงการที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด เพื่อติดตามอาการและรับยาอย่างต่อเนื่อง และจะต้องรับประทานยาขับปัสสาวะ ยารักษาโรคหัวใจ และยาที่ใช้รักษาโรค

ประจำตัวได้ครบทุกชนิด ครบตามจำนวน และตรงตามเวลาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อควบคุมอาการ และป้องกันการเกิดอาการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลว

ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง บุคคลตั้งแต่อายุ 18 – 65 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว และเข้ามารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในอายุรกรรมของโรงพยาบาลชลประทาน จังหวัดนนทบุรี

การดูแลตามปกติ หมายถึง การให้ความรู้และคำแนะนำผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่เข้ามารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในเป็นรายบุคคล โดยพยาบาลประจำการเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่เหมาะสมและถูกต้องแก่ผู้ป่วย เรื่องการรับประทานอาหาร และการแนะนำการรับประทานยา โดยทั่วไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. พัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาล ส่งเสริมบทบาทของพยาบาลในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ตามแนวคิดแบบจำลองการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวให้มีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรมปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาได้ดียิ่งขึ้น โดยคาดหวังผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย
2. เป็นแนวทางสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจถึงการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของบุคลากรทางการแพทย์ และสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
3. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยทางการพยาบาล ที่นำแนวคิด/ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติกรพยาบาล เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ ต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย โดยมีเนื้อหาสาระสำคัญตามลำดับการนำเสนอ ดังนี้

1. ภาวะหัวใจล้มเหลว

1.1 สถิติและอัตราอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว

1.2 ความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลว

1.3 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว

1.4 พยาธิสรีรวิทยาของภาวะหัวใจล้มเหลว

1.5 การวินิจฉัยและการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

1.6 การแบ่งระยะและความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว

1.7 อาการและอาการแสดงทางคลินิกของภาวะหัวใจล้มเหลว

1.8 การบำบัดรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว

1.9 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

2. การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

2.1 ความหมายของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา

2.2 แนวคิดของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา

2.3 ขอบเขตของการให้คำแนะนำตามแผนการรักษาสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

2.4 ปัจจัยที่มีผลสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

2.5 การประเมินการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

2.6 แนวคิดการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโดยประยุกต์ตามแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender

2.7 บทบาทของพยาบาลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ภาวะหัวใจล้มเหลว

สถิติและอัตราอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญปัญหาหนึ่งจากระบบบริการสุขภาพ ซึ่งจากข้อมูลทางสถิติพบว่า โรคหัวใจมีอัตราการตายในลำดับต้นๆ ของทั้งประเทศไทยและต่างประเทศ โดยในประเทศสหรัฐอเมริกา มีรายงานว่ามีผู้ป่วยที่ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีประมาณ 5.8 ล้านคนของประชากรทั้งประเทศ และในแต่ละปีมีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่ประมาณ 670,000 คนต่อปี โดยจากสถิติพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวจะเสียชีวิตภายใน 1 ปีหลังจากการวินิจฉัย (Lloyd-Jones et al., 2010) ข้อมูลจาก The National Heart, Lung, and Blood Institute ระบุว่า อัตราอุบัติการณ์ของโรคหัวใจล้มเหลวพบได้ประมาณ 10 รายต่อประชากร 1000 คน ในผู้ป่วยกลุ่มอายุมากกว่า 65 ปี และประมาณร้อยละ 75 ของโรคหัวใจล้มเหลวมีสาเหตุมาจากโรคความดันโลหิตสูง โดยในกลุ่มคนที่มีอายุมากกว่า 40 ปีทั้งเพศชายและหญิงนั้นมีพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจล้มเหลวได้ในอนาคตอีกด้วย (Roger VL et al, 2011) ส่วนข้อมูลจากกองสถิติสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ของประเทศไทย พบจำนวนและอัตราตายด้วยโรคหัวใจและระบบไหลเวียนโลหิตต่อประชากร 100,000 คน ตั้งแต่ พ.ศ. 2550 - 2554 อยู่ในลำดับที่ 2 รองจากโรคมะเร็ง โดยที่ในประเทศไทยยังไม่มีกรรายงานสถิติอัตราการตายที่แยกเฉพาะภาวะหัวใจล้มเหลว และหากจำแนกโดยใช้เกณฑ์สาเหตุการเจ็บป่วยของผู้ป่วยนอกตามกลุ่มโรคที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลในปี 2552 พบว่า โรคในกลุ่มระบบไหลเวียนเลือด อยู่ในลำดับที่ 2 รองจากระบบทางเดินหายใจ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2552)

ความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง ภาวะที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะหรือเนื้อเยื่อต่างๆได้เพียงพอตามความต้องการของร่างกาย อันก่อให้เกิดอาการแสดงออกทางคลินิก (clinical presentation) ต่างๆ ที่เป็นผลสืบเนื่องมาจากการขาดออกซิเจน หรือ สารอาหาร รวมทั้งความบกพร่องในการกำจัดของเหลวและของเสียออกจากร่างกายเนื่องจากการลดลงของเลือดที่ไปยังไต (อารมณ เจษฎาญาณเมธา, 2549)

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการซึ่งมีสาเหตุจากความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ อาจเกิดจากความผิดปกติของโครงสร้าง หรือการทำหน้าที่ของหัวใจก็ได้ มีผลทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกาย หรือรับเลือดกลับเข้าสู่หัวใจได้ตามปกติ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2551)

ภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง ความผิดปกติทางสรีรวิทยาของการทำหน้าที่ของหัวใจ ที่ไม่สามารถบีบเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายได้อย่างเพียงพอ ภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ใช่โรคแต่เป็นเพียงอาการหรืออาการแสดงของความผิดปกติของกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในระยะสุดท้ายของโรคเมื่อมีการดำเนินของโรคเลวลง (Woods et al., 2010)

ภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ เป็นผลจากที่กล้ามเนื้อหัวใจไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างปกติ โดยเกิดจากที่หัวใจห้องล่างซ้ายมีการขยายขนาดหรือหน้าตัวขึ้น เป็นผลให้เกิดความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิต เช่น มีการคั่งของน้ำ มีอาการหายใจตื้นๆ เหนื่อยง่าย อ่อนล้า เป็นต้น (Lindenfeld et al., 2010)

ภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง กลุ่มอาการทางคลินิกที่เกิดจากการพร่องในการทำหน้าที่ของหัวใจ จนทำให้มีการกำซาบของเนื้อเยื่อลดลง มีการคั่งของน้ำหรือมีภาวะน้ำเกิน และมีความทนในกิจกรรมได้น้อยลง (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555)

ดังนั้นภาวะหัวใจล้มเหลว จึงหมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นจากความผิดปกติของการทำหน้าที่ในการบีบตัวของหัวใจ โดยที่ไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายได้อย่างเพียงพอ โดยภาวะหัวใจล้มเหลวจะเป็นผลต่อเนื้อเยื่อสุดท้ายที่เกิดจากความก้าวหน้าของโรคในกลุ่มหัวใจและหลอดเลือด ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดขึ้น

ปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว

การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวนั้น มีนักวิชาการได้คาดการณ์ถึงปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวไว้ ดังนี้ (woods et al., 2010)

- *ปัจจัยเสี่ยงหลัก* ได้แก่ ความผิดปกติของการทำหน้าที่ของหัวใจห้องล่างซ้าย (Asymptomatic LV dysfunction), มวลกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายเพิ่มขึ้น (Increased LV mass), อายุ, เพศชาย, ความดันโลหิตสูง, การหนาตัวของกล้ามเนื้อผนังหัวใจห้องล่างซ้าย (LVH), กล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial Infraction), โรคเบาหวาน (Diabetes), โรคที่เกี่ยวข้องกับลิ้นหัวใจ, โรคอ้วน

- *ปัจจัยเสี่ยงรอง* ได้แก่ การสูบบุหรี่, ภาวะไขมันในเลือดสูง, โรคไตวายเรื้อรัง, โรคที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของการหายใจระหว่างนอนหลับ (sleep-disordered breathing), ความเครียดทางจิตใจ, หรือฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม

- *ปัจจัยที่เกิดจากการได้รับสารเคมี* ได้แก่ การได้รับยาเคมีบำบัดบางชนิด (anthracyclines, cyclophosphamide, 5-FU), โคเคน (cocaines), ยาด้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตอรอยด์ (NSAIDs), ยา Doxazosin, แอลกอฮอล์

โดยปัจจัยเสี่ยงต่างๆเหล่านี้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงและความผิดปกติของอวัยวะในส่วนต่างๆ เช่น กล้ามเนื้อหัวใจ การทำงานของไต การเกิดพยาธิสภาพที่หลอดเลือด เมื่อเวลาผ่านไปเป็นระยะเวลานาน และไม่ได้รับการแก้ไข จะส่งผลให้เกิดอาการทางคลินิกแก่ตัวผู้ป่วย จนกระทั่งมีภาวะที่เรียกว่า หัวใจล้มเหลวได้ในที่สุด

ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นภาวะทางสุขภาพที่เป็นผลต่อเนื่องมาจากโรคหัวใจเกือบทุกชนิด ซึ่งเกิดจากการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ของหัวใจ หากผู้ป่วยได้รับปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่กล่าวไว้ในข้างต้นอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่เลวลงต่อโครงสร้างของหัวใจ ทำให้การทำหน้าที่ของหัวใจผิดไปจากภาวะปกติ สามารถจำแนกสาเหตุการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ตามการทำหน้าที่ของหัวใจได้ดังนี้ (Black and Hawks, 2005, ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555)

1. ภาวะที่หัวใจต้องรับภาระหนักอย่างผิดปกติ (Abnormal loading condition) เป็นความผิดปกติใดๆก็ตามที่มีผลทำให้หัวใจห้องล่างต้องรับภาระออกแรงมากขึ้น (pressure load) หรือต้องมีการรับปริมาณเลือดเพิ่มขึ้น (Volume overload)

ปริมาณเลือดที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจ (Pre load) : ในภาวะปกติการที่เลือดดำไหลกลับเข้าสู่หัวใจจะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจมีการยืดขยาย ส่งผลให้หัวใจสามารถบีบตัวได้แรงขึ้น แต่ถ้ามีความผิดปกติเกิดขึ้นไม่ว่าด้วยสาเหตุใดก็ตามที่ทำให้เลือดดำมีการไหลกลับเข้าสู่หัวใจมากเกินไป กล้ามเนื้อหัวใจจะถูกยืดขยายเกินขีดจำกัดที่จะสามารถหดได้ดีเหมือนเดิม แม้ว่า preload จะสามารถเพิ่มการหดตัวของหัวใจได้ แต่หากมี preload ที่มากเกินไปก็จะส่งผลเสียให้หัวใจห้องล่างต้องรับภาระออกแรงมากขึ้นไม่สามารถที่จะบีบตัวส่งเลือดออกจากหัวใจได้ตามปกติ ทำให้เกิดการคั่งของเลือดในหัวใจห้องล่างด้านซ้าย ซึ่งหากหัวใจต้องเผชิญกับภาวะนี้นานก็จะทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในที่สุด สาเหตุที่ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของ preload ได้แก่ ลิ้นไมทรัลหรือไตรคัสปิดรั่ว, ปริมาณเลือดที่มากเกินไป, ความพิการแต่กำเนิดที่มีทางลัดของเลือดจากหัวใจซ้ายไปซีกขวา, ความผิดปกติของผนังกันหัวใจห้องล่าง, ความผิดปกติของผนังกันหัวใจห้องบน เป็นต้น

ปริมาณเลือดที่ไหลออกจากหัวใจ (After load): ในภาวะปกติหัวใจจะต้องออกแรงบีบตัวเพื่อเอาชนะความต้านทานของหลอดเลือดทั่วร่างกาย เพื่อสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายได้อย่างเพียงพอ แต่เมื่อใดที่แรงบีบตัวของหัวใจไม่สามารถเอาชนะแรงต้านทานของหลอดเลือดได้จะทำให้เกิดการคั่งของเลือดในหัวใจห้องล่าง และส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในที่สุด สาเหตุที่ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของแรงต้านทานในหลอดเลือดทั่วร่างกายมากขึ้น ส่งผลให้เพิ่ม Afterload ได้แก่ ความดันโลหิตสูง, ความดันในหลอดเลือดพัลโมนารีสูง, มีการตีบของลิ้นเอออดติกหรือลิ้นพัลโมนิก, ความต้านทานของหลอดเลือดสูง

2. กล้ามเนื้อหัวใจทำหน้าที่ผิดปกติ (Abnormal Muscle Function) ภาวะที่รบกวนความสามารถในการหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจโดยตรงและมีผลต่อการหดตัวของหัวใจ เช่น กล้ามเนื้อหัวใจตาย, กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ, โรคกล้ามเนื้อหัวใจ, โรคหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจตีบ, โรคหัวใจที่เกิดจากความผิดปกติของการเมตาบอลิซึมหรือโรคหัวใจที่เกิดจากความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อ ภาวะต่างๆเหล่านี้จะทำให้เส้นใยของกล้ามเนื้อหัวใจไม่สามารถทำงานได้อย่างปกติ การบีบตัวของหัวใจห้องล่างลดลง เกิดความผิดปกติในการบีบตัวของหัวใจ (Systolic Dysfunction) ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่บีบออกจากหัวใจมีปริมาณลดลง

3. ความจำกัดในการคลายตัวรับเลือดของหัวใจห้องล่าง (Limited Ventricular Filling) ภาวะใดก็ตามที่ทำให้หัวใจไม่สามารถคลายตัวเพื่อที่จะรับเลือดที่กลับมาจากส่วนต่างๆของร่างกายได้ หรือเกิดความผิดปกติในการคลายตัวของหัวใจ (Diastolic Dysfunction) และมีผลต่อการบีบตัวของหัวใจ สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะดังกล่าว เช่น เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบบีบรัดที่มีการสร้างไฟโบรซิสของเยื่อหุ้มหัวใจ, และภาวะหัวใจถูกกดอย่างรุนแรง (Cardiac Tamponade) ที่มีสารน้ำหรือเลือดอยู่ในช่องเยื่อหุ้มหัวใจทำให้ลดความสามารถในการคลายตัวของหัวใจ เป็นต้น

สาเหตุการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้กล่าวมาแล้วนั้นไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใดก็ตาม ล้วนทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของหัวใจลดลง ประสิทธิภาพในการบีบตัวหรือคลายตัวของหัวใจไม่เป็นไปตามปกติ มีผลทำให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายไม่เพียงพอ (Low Cardiac output) ร่วมกับมีอาการทางคลินิกต่างๆ โดยเรียกกลุ่มอาการทางคลินิกที่เกิดขึ้นจากการทำงานของหัวใจลดลงเหล่านี้ว่า ภาวะหัวใจล้มเหลวนั่นเอง

พยาธิสรีรวิทยาของภาวะหัวใจล้มเหลว

การทำงานของหัวใจในภาวะปกติจะทำหน้าที่ในการสูบฉีดเลือดแดงที่ขนส่งออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายเพื่อตอบสนองต่อความต้องการใช้ออกซิเจนให้เพียงพอ และนำเลือดดำกลับไปพอกที่ปอด เกิดเป็นวงจร โดยภาวะปกติหัวใจจะสามารถสูบฉีดเลือดออกได้ประมาณ 5 – 6 ลิตร/นาที และสามารถเพิ่มขึ้นได้สูงสุดถึง 5 เท่า หรือ 30 ลิตร/นาที (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555) แต่เมื่อมีความผิดปกติของการทำหน้าที่ของหัวใจเกิดขึ้น จะทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจลดลง ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ (Cardiac output) น้อยลงและไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของร่างกายได้ ร่างกายจะปรับตัวโดยกระตุ้นให้เกิดกลไกการชดเชยของร่างกาย (Compensatory mechanism) ทำงานขึ้น ดังนี้ (อารมณ เจษฎาญาณเมธา, 2549, Black and Hawks, 2005, ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555)

กลไกที่เกิดขึ้นในภาวะหัวใจล้มเหลว *กลไกชดเชยแรก* ที่เกิดขึ้นในทันที (Acute) คือ การกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น หลอดเลือด

หดตัว และเพิ่มการบีบตัวของหัวใจ ส่วนกลไกการชดเชยของร่างกายที่เกิดขึ้นภายหลัง (Chronic) คือ การกระตุ้นการทำงานของระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน-แอลโดสเตอโรน (rennin-angiotensin-aldosterone system) ทำให้มีการคั่งของน้ำและเกลือ และกล้ามเนื้อหัวใจหนาตัวอย่างผิดปกติ (Myocardial Hypertrophy) เพื่อเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ (Cardiac output) โดยที่กลไกชดเชยของร่างกายจะสามารถเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจได้ แต่ผลจากกลไกการชดเชยของร่างกายที่ทำให้หลอดเลือดทั่วร่างกายหดตัว จะส่งผลให้ preload เพิ่มขึ้นด้วย จึงเป็นการเพิ่มภาระให้กับหัวใจให้ทำงานหนักเพิ่มขึ้นด้วย กลไกการชดเชยของร่างกายที่เกิดขึ้น อธิบายได้ดังนี้

1. การเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ (Heart rate) และเพิ่มแรงในการบีบตัวของหัวใจ (Contractility) เป็นผลมาจากการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก มีการหลั่งสารจำพวก catecholamines มากระตุ้นหัวใจ ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น มีการบีบตัวแรงขึ้น ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจแต่ละครั้งเพิ่มขึ้นด้วย (Improved stroke volume)

2. การเพิ่มปริมาณเลือดที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจ (Increased preload) โดยมีกลไกที่สำคัญ 2 กลไกคือ

- การหดตัวของหลอดเลือด (Vasoconstriction) เป็นการหดตัวของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะที่ไม่สำคัญ (Non-vital organs) เช่น กล้ามเนื้อ ทางเดินอาหาร และไต ทำให้เลือดไหลไปเลี้ยงอวัยวะที่สำคัญกว่า ได้แก่ หัวใจและสมอง ทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของ preload

- การเพิ่มการดูดกลับน้ำและเกลือที่ไต (Sodium and water retention) ในภาวะที่ร่างกายมีปริมาณเลือดที่ส่งออกจากหัวใจน้อยลง เลือดก็จะไปเลี้ยงไตน้อยลงด้วย ทำให้มีการกระตุ้นระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน-แอลโดสเตอโรน ทำให้มีการดูดซึมน้ำกลับของ Sodium chloride ที่ท่อไต ทำให้เกิดการสะสมน้ำและเกลือที่ภายในร่างกาย และเพิ่มปริมาณเลือดในระบบไหลเวียนโลหิต (Increased Intravascular volume) ทำให้เลือดกลับเข้าสู่หัวใจเพิ่มขึ้น (Increased preload) และเพิ่มปริมาณเลือดออกจากหัวใจเพิ่มขึ้นด้วย (Increased cardiac output)

3. การเพิ่มขนาดและโครงสร้างของหัวใจห้องล่างซ้าย (Ventricular Hypertrophy and Remodeling) ในภาวะที่มีการเพิ่มขึ้นของ preload และ afterload หรือมีการลดลงของ contractility ของหัวใจ ซึ่งเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ทำให้เกิดการปรับตัวและปรับโครงสร้างของหัวใจห้องล่างซ้าย โดยการเพิ่มปริมาณของหัวใจ หรือเพิ่มความหนาตัวของผนังกล้ามเนื้อหัวใจ เพื่อรักษาระดับ cardiac output กระบวนการปรับตัวของหัวใจนี้ก่อให้เกิด Ventricular Hypertrophy นอกจากนี้การหลั่งของสารสื่อประสาท เช่น catecholamines, Angiotensin II, Aldosterone ซึ่งเป็นผลมาจากการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ก็จะมีส่วนทำให้กระตุ้นกระบวนการ Ventricular Hypertrophy and Remodeling ด้วย โดยผลเสียที่เกิด

จาก Remodeling นั้นได้แก่ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด Ischemic Heart disease เนื่องจากความต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น , ทำให้การคลายตัวของหัวใจห้องล่างผิดปกติและเกิดภาวะ Diastolic Heart failure , เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด Cardiac Arrhythmias เนื่องจาก คุณสมบัติในการนำไฟฟ้าผิดปกติไป

กระบวนการชดเชยของร่างกาย (Compensatory mechanism) จะมีทั้งข้อดีและข้อเสีย โดยในระยะแรกของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวกลไกเหล่านี้จะช่วยในการปรับตัวของร่างกายได้ในระยะหนึ่ง แต่เมื่อเวลาผ่านไปนานขึ้นและไม่ได้รับการแก้ไข กลไกการชดเชยร่างกายเหล่านี้จะมีผลให้อาการของภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงและเลวร้ายขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากหัวใจต้องทำงานหนักขึ้นเพื่อหวังจะสูบน้ำเลือดไปเลี้ยงร่างกายได้อย่างเพียงพอ จนกลายเป็นภาวะหัวใจล้มเหลวที่รุนแรงขึ้นไปอีก เรียกว่า “วัฏจักรของความเลวร้าย (Vicious Cycle)” ดังนั้นการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะเรื้อรังจึงต้องป้องกันการกระตุ้นกลไกการชดเชยร่างกาย และรักษาสาเหตุของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อช่วยให้หัวใจทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การวินิจฉัยและการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

สมาคมแพทย์โรคหัวใจในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย ได้สร้างแนวทางการปฏิบัติมาตรฐานเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวไว้ใน ปี พ.ศ. 2551 และใช้จนถึงปัจจุบัน ได้อธิบายการวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลว ว่าจะต้องมีความผิดปกติทั้ง 2 ขึ้นดังต่อไปนี้

- อาการเหนื่อย อ่อนเพลีย (ไม่ว่าจะเป็นในขณะที่พักหรือมีกิจกรรม) หรืออาการซึ่งเกิดจากมีน้ำหรือเกลือคั่งในร่างกาย เช่น ขาบวม มีน้ำในเยื่อหุ้มปอด หรือช่องท้อง
- หลักฐานจากการตรวจร่างกายหรือการตรวจพิเศษที่พบว่า มีความผิดปกติของการทำหน้าที่ของหัวใจ

การตอบสนองต่อการรักษาภาวะนี้ เช่น การรักษาด้วยยาขับปัสสาวะ จะช่วยในการวินิจฉัยได้ แต่ไม่ได้เฉพาะเจาะจงสูงนัก และไม่เพียงพอต่อการวินิจฉัย

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นต้องตรวจในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทุกรายตามแนวทางการปฏิบัติมาตรฐานเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2551) คือ

- การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (complete blood count)
- การตรวจปัสสาวะ (Urinalysis)

- การตรวจสารเคมีในเลือด (Blood chemistry : serum electrolytes, blood urea nitrogen, serum creatinine, fasting plasma glucose, lipid profile)
- การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (12 - Leads electrocardiogram)
- การเอ็กซเรย์ในช่องปอด (Chest X-ray)
- การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Echocardiogram)

สำหรับการตรวจ Plasma B-type natriuretic peptide (BNP หรือ NT-ProBNP) นั้นควรเลือกทำให้ผู้ป่วยบางรายที่มีข้อบ่งชี้เฉพาะ เพราะการใช้ natriuretic peptide ในการวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลว อาจพบผลบวกหลงได้ เช่น ในภาวะโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยสูงอายุ โรค pulmonary embolism เป็นต้น

ระยะและความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว

ระยะของภาวะหัวใจล้มเหลวตามความผิดปกติในโครงสร้างของหัวใจและการดำเนินของโรคตามแนวทางของ American College of Cardiology Foundation และ American Heart Association (Jessup et al., 2009, ฌนรัตน์ ชูบงาม, 2552) สามารถแบ่งได้ ดังนี้

ระยะ A (Stage A): คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ในอนาคต เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ผู้ป่วยที่ดื่มเหล้าเป็นประจำ ผู้ที่มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจ (Cardiomyopathy) ในครอบครัว ผู้ที่ได้รับยาที่เป็นพิษต่อหัวใจ (Cardiotoxicity) ผู้ที่มีประวัติเป็นไข้รูมาติก (Rheumatic fever) เป็นต้น

ระยะ B (Stage B): คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางหัวใจแต่ยังไม่เคยมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น ผู้ที่เคยมีประวัติเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Previous MI) ผู้ที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ผู้ที่เคยมีโรคลิ้นหัวใจ (Valvular heart disease) ผู้ที่มีกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายโตหนา หรือเกิดพังผืด (Left Ventricular Hypertrophy, LVH, Fibrosis) หรือผู้ที่มีห้องล่างซ้ายของหัวใจขยายหรือทำงานผิดปกติ (Left Ventricular Dilatation/Dysfunction)

ระยะ C (Stage C): คือ ผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจ หรือเคยมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น อาการหอบเหนื่อย อ่อนแรง ออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมได้ลดลงจากหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัวผิดปกติ (LV systolic dysfunction)

ระยะ D (Stage D): คือ ผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจระยะสุดท้าย เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการหอบเหนื่อยแม้ในขณะที่พัก ทั้งๆที่ได้รับการรักษาอย่างเต็มที่อยู่แล้ว และจำเป็นต้องได้รับยากระตุ้นหัวใจทางหลอดเลือดอย่างต่อเนื่อง หรือต้องใส่เครื่องช่วยในการทำงานของหัวใจ หรือต้องได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (Heart transplantation)

และ New York Heart Association (NYHA) ได้แบ่งภาวะหัวใจล้มเหลวตามระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวได้เป็น 4 ระดับ และเป็นที่ยอมรับใช้ในการประเมินผู้ป่วยอย่างแพร่หลาย ซึ่งสามารถนำมาใช้ร่วมกับการแบ่งของ ของ American College of Cardiology Foundation และ American Heart Association ได้ด้วย เพื่อใช้ในการเลือกวิธีการรักษาให้เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย (ธนรัตน์ ชุบงาม, 2552, ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555)

NYHA functional Class I: ผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ สามารถทำกิจกรรมทั่วไปได้โดยไม่ก่อให้เกิดอาการเหนื่อยล้า ใจสั่น หายใจลำบาก หรืออาการเจ็บหน้าอก

NYHA functional Class II: ผู้ป่วยจะมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมตามปกติเพียงเล็กน้อย จะมีอาการเมื่อทำกิจกรรมที่หนักมากๆ เท่านั้น โดยจะมีอาการเหนื่อย หายใจลำบาก อ่อนล้า

NYHA functional Class III: ผู้ป่วยมีขีดจำกัดในการทำกิจกรรมอย่างชัดเจน โดยไม่มีอาการในขณะพัก แต่เมื่อมีกิจกรรมเพียงเล็กน้อย ที่น้อยกว่ากิจกรรมตามปกติจะมีอาการเหนื่อย หายใจลำบาก หรือเจ็บหน้าอก

NYHA functional Class IV: ผู้ป่วยมีข้อจำกัดอย่างมากในการทำกิจกรรมตามปกติ มีอาการเหนื่อย หายใจลำบาก ใจสั่นแม้ในขณะพัก โดยที่ไม่ได้ทำกิจกรรมใดๆ และเมื่อมีกิจกรรมก็จะมีอาการรุนแรงขึ้นมา

อาการและอาการแสดงทางคลินิกของภาวะหัวใจล้มเหลว

อาการของภาวะหัวใจล้มเหลวที่แสดงออกมาในแต่ละระบบของร่างกายนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ความรุนแรงของโรค ความล้มเหลวที่เกิดขึ้นเกิดจากเวนตริเคิลซีกซ้ายหรือขวา และโรคที่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นต้น โดยสามารถสรุปเป็นอาการแสดงที่เกิดขึ้นในแต่ละระบบของร่างกาย จะสามารถอธิบายได้ ดังนี้ (Smeltzer et al.,2008)

ลักษณะทั่วไป: ชีต คล้ำ เนื่องจากการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายไม่เพียงพอ อาจพบขาบวม เนื่องจากการเพิ่มความดันในหลอดเลือดดำ ความสามารถในการทนต่อกิจกรรมลดลง มีภาวะสับสนหรือความรู้สึกตัวลดลง

หัวใจและหลอดเลือด: ชีพจรบริเวณ Apical impulse มีการเลื่อนตำแหน่งไปด้านซ้ายของลำตัว เนื่องจากขนาดของหัวใจโตขึ้น อาจพบเสียง S3 ของการเต้นของหัวใจ หรือในกรณีผู้ป่วยมีความผิดปกติของลิ้นหัวใจ อาจจะได้ยินเสียงฟู่ของหัวใจได้ พบหลอดเลือดดำที่คอโป่งพองอย่างเห็นได้ชัด

หลอดเลือดสมอง: อาจมีอาการมึนศีรษะ วิงเวียน สับสน จากที่เลือดไปเลี้ยงได้ลดลง

ระบบทางเดินอาหาร: คลื่นไส้ เบื่ออาหาร ตับโต ท้องมาน เนื่องจากมีความดันในหลอดเลือดเพิ่มขึ้นจากหัวใจห้องขวาล้มเหลว

ไต: ปัสสาวะออกน้อย จากการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงที่ไตน้อยลง

ระบบทางเดินหายใจ: เหนื่อยง่ายเมื่อออกแรง หายใจลำบากเหมือนนอนราบและเวลานอนกลางคืน ตรวจพบ เสียง Crepitation ที่บริเวณชายปอดทั้งสองข้าง เนื่องจากมีภาวะน้ำท่วมปอด ไอเหมือนนอนราบ

หากแบ่งอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวตามพยาธิสภาพของหัวใจข้างที่เกิดภาวะล้มเหลวสามารถอธิบายได้ ดังนี้ (อารมณฺ์ เจษฎาญานเมธา, 2549)

อาการที่เกิดขึ้นจากการล้มเหลวของหัวใจห้องซ้าย

เมื่อหัวใจด้านซ้ายล้มเหลว จะมีผลทำให้การสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายได้ไม่เพียงพอ เนื่องจากปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง (Cardiac output) เกิดการคั่งของเลือดที่หัวใจห้องล่างซ้ายและความดันในหัวใจห้องล่างซ้ายเพิ่มขึ้น ทำให้เลือดที่ส่งไปปอดที่ปอดไม่สามารถไหลกลับเข้าสู่หัวใจห้องล่างซ้ายได้ เลือดจึงคั่งค้างอยู่ที่ปอด จึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการที่แสดงให้เห็นถึงภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลว คือ

หายใจลำบาก (dyspnea) มีอาการหอบเหนื่อย อาการหอบเหนื่อยเมื่อออกแรง (Dyspnea on exertion) เป็นอาการแรกสุดของภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลว

หอบเมื่อนอนราบ (orthopnea) และ ตื่นขึ้นมาหอบกลางดึก (paroxysmal nocturnal dyspnea) เกิดขึ้นเนื่องจากการคั่งของเลือดในปอดเพิ่มขึ้นในขณะนอนราบ

น้ำท่วมปอด (pulmonary edema) เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีอาการหัวใจล้มเหลวแบบเฉียบพลัน และรุนแรง

เวียนศีรษะ มึนงง ซึ่ม อ่อนเพลีย เหนื่อย อ่อนล้า (fatigue) เนื่องจากเลือดไปเลี้ยงสมอง กล้ามเนื้อ และร่างกายส่วนอื่นๆไม่เพียงพอ

อาการที่เกิดขึ้นจากการล้มเหลวของหัวใจห้องขวา

ภาวะหัวใจล้มเหลวที่เกิดขึ้นเนื่องจากความบกพร่องในการทำงานของหัวใจห้องล่างขวา มีผลก่อให้เกิดการลดลงของปริมาณเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจในหนึ่งนาที (cardiac output) ไปยังปอด และหัวใจห้องซ้าย ทำให้เกิดการคั่งของเลือดในหัวใจห้องขวา และความดันในหัวใจห้องขวาสูงขึ้น (increased right ventricular end-diastolic pressure) ทำให้เลือดดำจากอวัยวะส่วนต่างๆของร่างกายที่จะไหลกลับเข้าสู่หัวใจ (venous return) ไม่สามารถไหลกลับเข้าสู่หัวใจห้องขวาได้ ผลที่เกิดขึ้นคือเกิดการคั่งค้างของเลือดในหลอดเลือดดำ (systemic venous congestion) ของอวัยวะอื่นๆ เช่นตับ (liver) และลำไส้ เป็นต้น ดังนั้นอาการทางคลินิกที่พบเป็นผลสืบเนื่องมาจากหัวใจห้องขวาล้มเหลว เช่น

อาการบวมที่อวัยวะส่วนปลาย (peripheral edema) เช่น ที่ขา ข้อเท้า หลังเท้า เนื่องจากมีการคั่งค้างของน้ำในช่องว่างระหว่างเซลล์ (interstitial fluid) เนื่องจากความดันในหลอดเลือดที่สูงขึ้น ทำให้เกิดการดันน้ำออกนอกหลอดเลือดไปอยู่ในช่องว่างระหว่างเซลล์

อาการเหนื่อยหอบ เกิดเนื่องจากปริมาณเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจต่อหนึ่งนาที (cardiac output) ลดลง การแลกเปลี่ยน oxygen และ carbon dioxide ที่ ปอดลดลง ร่างกายปรับตัวโดยการหายใจเร็วขึ้น เพื่อชดเชยความต้องการ oxygen ให้เพียงพอ

เส้นเลือดดำที่คอโป่งพอง (neck vein engorged) เนื่องจากเกิดการคั่งค้างของเลือดในหลอดเลือดดำ ทำให้แรงดันในหลอดเลือดสูงขึ้น จนมองเห็นการโป่งพองขึ้นที่หลอดเลือดบริเวณลำคอของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน

ตับโต (hepatomegaly or hepatic enlargement) และกดเจ็บ (tenderness) เนื่องจากมีการคั่งของเลือดในตับ เนื่องจากหัวใจห้องล่างขวาไม่สามารถที่จะรับเลือดเสียจากส่วนต่างๆของร่างกายกลับเข้าสู่หัวใจได้ และความดันในหลอดเลือดสูงขึ้น ทำให้เกิดการทันของเลือดเข้าสู่ระบบไหลเวียนเลือดที่ตับ ทำให้ตับโต

เบื่ออาหาร (anorexia) แน่นท้อง (abdominal fullness) และ คลื่นไส้ (nausea) เนื่องจากการคั่งของน้ำภายในทางเดินอาหาร

การเกิดภาวะหัวใจห้องล่างขวาล้มเหลว (right-sided heart failure) จะเกิดต่อเนื่องมาจากหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลวก่อน ทำให้เกิดการคั่งค้างของเลือดในปอด มีผลทำให้ประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างขวาเพื่อส่งเลือดไปพอกที่ปอดเกิดขึ้นได้น้อยลง ก่อให้เกิดการคั่งค้างของเลือดในหัวใจข้างขวา ผู้ป่วยจึงมีภาวะหัวใจล้มเหลวของหัวใจทั้งสองด้าน

การบำบัดรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว

การบำบัดรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้ป่วยแต่ละรายจะแตกต่างกันออกไปตามระยะและความรุนแรงของอาการ ดังนั้นแพทย์จึงจำเป็นต้องประเมินระยะของภาวะหัวใจล้มเหลวและระดับความรุนแรงตามเกณฑ์การประเมินของ American College of Cardiology Foundation/ American Heart และ Association New York Heart Association เพื่อที่จะได้เลือกวิธีการบำบัดรักษาผู้ป่วยได้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย ดังนี้ (Jessup et al, 2009, ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555)

NYHA classification	ACCF/AHA classification	การบำบัดรักษา
Class I: ผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ สามารถทำกิจกรรมทั่วไปได้ โดยไม่ก่อให้เกิดอาการเหนื่อย ล้า ใจสั่น หายใจลำบาก หรืออาการเจ็บหน้าอก	Stage A: ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เส้นเลือดหัวใจตีบ ร่วมกับมีประวัติครอบครัว และได้รับยาที่เป็นพิษต่อหัวใจ	<ul style="list-style-type: none"> - ควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือด - กระตุ้นการเลิกบุหรี่ และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ - จำกัดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และงดยาที่เป็นพิษต่อหัวใจ
	Stage B: มีโรคหัวใจที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของหัวใจแต่ยังไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น เวนตรีเคิลหนาตัว ผิดปกติ กล้ามเนื้อหัวใจตาย Bundle Branch Block, Ejection fraction ของหัวใจห้องล่างซ้ายต่ำ หัวใจโต โรคลิ้นหัวใจที่ยังไม่แสดงอาการ	<ul style="list-style-type: none"> - การบำบัดรักษาทั้งหมดใน Stage A - การใช้ยา ACE Inhibitor และ Beta-Block ตามความเหมาะสมในผู้ป่วยและราย ยกเว้นสำหรับผู้ป่วยที่มีข้อห้าม
Class II: ผู้ป่วยจะมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมตามปกติเพียงเล็กน้อย จะมีอาการเมื่อทำกิจกรรมที่หนักมากๆ เท่านั้น โดยจะมีอาการเหนื่อยหายใจลำบาก อ่อนล้า	Stage C: มีโรคหัวใจที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของหัวใจและมีอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว	<ul style="list-style-type: none"> - การบำบัดรักษาทั้งหมดใน Stage A และ B - จำกัดเกลือ - ให้ Diuretic , Digoxin - หลีกเลี่ยงการใช้ยาในกลุ่ม Anti-arrhythmic agent , calcium channel blocker และ NSAIDs - พิจารณาให้ยา Aldosterone antagonist, angiotensin receptor blockers, hydralazine และ Nitrates - พิจารณา cardiac synchronization therapy , implantable cardioverter –
Class III: ผู้ป่วยมีขีดจำกัดในการทำกิจกรรมอย่างชัดเจน โดยไม่มีอาการในขณะพัก แต่เมื่อมีกิจกรรมเพียงเล็กน้อย ที่น้อยกว่ากิจกรรมตามปกติจะมีอาการเหนื่อยหายใจลำบาก หรือเจ็บหน้าอก		

NYHA classification	ACCF/AHA classification	การบำบัดรักษา
Class IV: ผู้ป่วยมีข้อจำกัดอย่างมากในการทำกิจกรรมตามปกติ มีอาการเหนื่อย หายใจลำบาก ใจสั่นแม้ในขณะที่ไม่ได้ทำกิจกรรมใดๆ และเมื่อมีกิจกรรมก็จะมีอาการรุนแรงขึ้น	Stage D: โรคระยะสุดท้าย ไม่ตอบสนองต่อการรักษา มีอาการขณะพัก ต้องการการบำบัดรักษาด้วยวิธีการเฉพาะ	defibrillator - การบำบัดรักษาทั้งหมดใน Stage A และ B - ให้ continuous inotropic therapy - Ventricular assisted device - Heart transplantation - Hospice care

การบำบัดภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถจำแนกได้ 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ การรักษาด้วยยา และการรักษาโดยไม่ใช้ยา คือ

การรักษาด้วยยา

1. กลุ่มยาขับปัสสาวะ (Diuretics): สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำเกิน (Volume overload)

ยาขับปัสสาวะเป็นกลุ่มยาที่จำเป็นในการลดอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจากภาวะน้ำเกินในร่างกาย โดยอาจมีอาการแสดงที่ตรวจพบได้ เช่น ภาวะน้ำท่วมปอด และอาการขาบวม การให้ยาขับปัสสาวะจะช่วยลดอาการเหนื่อยหอบของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2551) ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมักจะเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำเกิน ซึ่งเป็นอาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมารับการรักษา โดยแพทย์จะให้ยาในกลุ่ม loop diuretics ทางหลอดเลือดดำ ในช่วงระยะแรกของการเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ระหว่างการรับการรักษาในโรงพยาบาล จะต้องมีการประเมินภาวะน้ำเข้า-น้ำออก ร่วมกับการตรวจร่างกายและตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Jessup et al., 2009) ตัวอย่างยากกลุ่ม loop diuretics เช่น furosemide, bumetanide, torasemide เป็นต้น ซึ่งในผู้ป่วย ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว อาจพบภาวะที่ทางเดินอาหารมีการบวมน้ำ (gut edema) ทำให้การดูดซึมยาช้าลงไป ยาจึงออกฤทธิ์ได้น้อยกว่าปกติ จึงนิยมเปลี่ยนมาให้โดยการฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ โดยขนาดยาที่ใช้เท่ากับขนาดของยาที่ให้ผ่านทางเดินอาหาร ต้องติดตามการสร้างปัสสาวะ (urine output) หากผู้ป่วยไม่ตอบสนอง เช่นใน 1 ชั่วโมง หลังจากให้ยาโดยการฉีดผู้ป่วยไม่มีปัสสาวะเพิ่มขึ้นจะต้องเพิ่มขนาดยาขึ้น สำหรับ furosemide ขนาดสูงสุดไม่ควรเกิน 240 mg/วัน (อารมณ เจษฎาญาณเมธา, 2549)

2. กลุ่มขยายหลอดเลือด (Vasodilators)

การเลือกใช้ยากกลุ่มขยายหลอดเลือดนั้น จะใช้ในผู้ป่วยที่ต้องควบคุมความดันโลหิตสูงที่อาจส่งผลให้ภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการรุนแรงขึ้น โดยการออกฤทธิ์ของยาจะช่วยในการลด preload และ afterload โดยการขยายหลอดเลือด ตัวอย่างยากกลุ่มขยายหลอดเลือด (Vasodilators) ยากลุ่ม ACEIs , Sodium nitroprusside ไม่ค่อยนิยมเท่า IV nitroglycerin , IV nitroglycerin และ Nitrates มีฤทธิ์ลด preload มากกว่าลด afterload เนื่องจากฤทธิ์ที่หลอดเลือดดำเด่นชัดกว่าที่หลอดเลือดแดง. IV nitroglycerin เป็น vasodilator of choice ในผู้ป่วยที่มี intravascular volume overload และความดันโลหิตสูง (อารมณ เจษฎาญาณเมธา, 2549, Jessup et al, 2009) Vasodilators คือ

3. ยากลุ่ม Inotropes

การออกฤทธิ์ของยากกลุ่ม Inotropes จะทำหน้าที่ในการเพิ่มการบีบตัวของหัวใจ (cardiac contractility) ช่วยในการหดของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้หัวใจสามารถสูบฉีดเลือดออกไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายได้เพิ่มขึ้น โดยการเพิ่ม Cardiac output จึงมักใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีปริมาณเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีที่ต่ำมาก (Low Cardiac output) (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555) ยาในกลุ่ม inotropic agents นั้นมักใช้ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบเฉียบพลัน เมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น เนื่องจากยาทุกตัวในกลุ่มนี้มีผลไม่พึงประสงค์ที่สำคัญคือ เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) เนื่องจากการเพิ่ม myocardial oxygen demand และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ventricular tachycardia ตัวอย่างยาในกลุ่มนี้ เช่น Dopamine, Dobutamine สำหรับ norepinephrine และ epinephrine ใช้น้อยในภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน เนื่องจากยามีผลเพิ่ม systemic vascular resistance ซึ่งเพิ่ม afterload และการทำงานของหัวใจ (อารมณ เจษฎาญาณเมธา, 2549, Jessup et al, 2009)

4. ยากลุ่ม Digitalis

ยาจะมีฤทธิ์ในการเพิ่มการบีบตัวของหัวใจ ยับยั้ง Na-K ATPase โดยมีผลเพิ่มการสะสมของ calcium ion ภายในเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจหดตัวได้แรงขึ้น เพิ่ม Cardiac output แต่ไม่นิยมใช้ในภาวะที่ต้องการให้มีการออกฤทธิ์อย่างรวดเร็วเนื่องจาก ออกฤทธิ์ช้ามาก ต้องให้ loading dose ตามด้วย maintenance dose จึงไม่ค่อยมีประโยชน์มากนัก เมื่อต้องการให้เกิดผลอย่างรวดเร็ว (อารมณ เจษฎาญาณเมธา, 2549, ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555)

การรักษาโดยไม่ใช้ยา

1. การรักษาด้วยการใช้เครื่องมือช่วยในการทำหน้าที่ของหัวใจห้องล่าง (Ventricular assist device ; VAD) เป็นเครื่องมือที่สามารถช่วยให้หัวใจห้องล่างทำงานได้ดีขึ้น ลดการทำหน้าที่ของหัวใจ ลดความต้องการออกซิเจน หรือการใช้เครื่องมือที่ช่วยในการไหลเวียนเรียกว่า Intraaortic balloon pump หรือ IABP เป็นเครื่องมือที่ช่วยในการไหลเวียนในระยะสั้น ใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการเฉียบพลันและหัวใจสามารถฟื้นคืนได้ (ผ่องพรรณ อรุณแสง ,2555)
2. การผ่าตัด ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหัวใจล้มเหลวในระยะสุดท้ายที่หัวใจไม่สามารถทำงานได้อย่างเหมาะสม และไม่ตอบสนองต่อการรักษาอื่นๆ แพทย์อาจพิจารณาผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (Heart transplant) (Jessup et al, 2009, ผ่องพรรณ อรุณแสง ,2555)
3. การรักษาด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการใช้ชีวิตประจำวัน โดยผู้ป่วยต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการใช้ชีวิตประจำวัน เพื่อลดความเสี่ยงที่เป็นบ่อเกิดของการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น การควบคุมความดันโลหิต เบาหวาน การงดสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การจำกัดน้ำดื่ม การเลือกรับประทานอาหารที่จำกัดเกลือ (Jessup et al., 2009)

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

แนวทางในการให้การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวนั้นจะต้องสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ โดยทั้งแพทย์ พยาบาล และผู้ป่วยจะต้องมีเป้าหมายร่วมกัน แนวคิดหลักในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่สำคัญประกอบด้วย

1. การเพิ่มประสิทธิภาพในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ

การเพิ่มประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ทำได้โดยการให้ยา โดยยาที่นิยมใช้ได้แก่ ยากลุ่ม Digitalis , ยากลุ่ม Catecholamine (Dopamine, Dobutamine) 2 กลุ่มนี้จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2552) แต่ข้อควรระวังในการใช้ยา 2 กลุ่มนี้ก็คือ การที่ยามีฤทธิ์ในการช่วยเพิ่มการบีบตัวของหัวใจ ทำให้ Cardiac output เพิ่มขึ้นแล้ว แต่ผลเสียของยาในกลุ่มนี้ก็คือทำให้ความต้องการใช้ออกซิเจนของหัวใจเพิ่มมากขึ้น การให้ยาในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจึงต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ (อารมณ เจษฎาญาณเมธา ,2549)

การให้ออกซิเจน ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จะมีอาการหอบเหนื่อยจากที่มีภาวะน้ำเกิน หรือน้ำคั่งในปอด การบำบัดรักษาด้วยการให้ออกซิเจนจะเป็นสิ่งสำคัญมากเพื่อเพิ่มออกซิเจนในเลือด และช่วยบรรเทาอาการหอบเหนื่อยลงได้ เมื่อออกซิเจนในเลือดเพิ่มขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงอย่างเพียงพอ ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวได้ดีขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2552, ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555)

2. การลดการทำงานของหัวใจ

การลดปริมาณเลือดก่อนหัวใจบีบตัว (Reduced preload) (สมจิต หนูเจริญกุล, 2552, ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555)

- การให้ยาขับปัสสาวะ (Diuretics) โดยหลังให้ยาขับปัสสาวะ พยาบาลจะต้องประเมินปริมาณปัสสาวะที่ออกมาภายใน 1 ชั่วโมงหลังผู้ป่วยได้รับยา รวมทั้งติดตามสมดุลเกลือแร่ในเลือด เนื่องจากการจากสูญเสียน้ำออกจากร่างกายปริมาณมากทำให้มีการสูญเสียเกลือแร่ในเลือดไปพร้อมกับปัสสาวะด้วย
- การจำกัดน้ำและเกลือ โดยทั้งแพทย์ พยาบาล และนักโภชนาการจะต้องร่วมกันวางแผนการจำกัดเกลือในการรับประทานอาหารให้กับผู้ป่วย โดยเมื่อปริมาณเลือดในระบบไหลเวียนโลหิตน้อยลง จะช่วยลดภาระในการทำงานของหัวใจลงด้วย
- การจัดท่านอนศีรษะสูง (Fowler's Position) โดยการจัดให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในท่านี้จะช่วยลดการคั่งของเลือดในหลอดเลือดฝอยของปอด และลดการไหลกลับของเลือดเข้าสู่หัวใจห้องล่างขวา (preload) ทำให้ลดการทำงานของหัวใจ

การลดแรงต้านขณะหัวใจบีบตัว (Reduced afterload) ทำได้โดยการให้ยาในกลุ่มขยายหลอดเลือด (Vasodilators) รวมไปถึงการควบคุมปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเพิ่มแรงต้านในหลอดเลือด เช่น ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

การลดการใช้ออกซิเจนในร่างกาย

- การให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนบนเตียง (Bed rest) เพื่อลดความต้องการในการใช้ออกซิเจนของผู้ป่วยให้น้อยลง โดยผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะมีอาการเหนื่อยหอบและไม่สามารถทนต่อการออกกำลังกายต่าง ๆ ได้ ซึ่งเมื่อผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบจะทำให้ความต้องการออกซิเจนในร่างกายเพื่อใช้ในการหายใจเพิ่มขึ้น พยาบาลจึงมีหน้าที่ในการดูแลให้ผู้ป่วยลดการใช้พลังงานให้มากที่สุด เพื่อลดความต้องการในการใช้ออกซิเจน แม้แต่การทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การขับถ่าย อาจจำเป็นต้องทำกิจกรรมเฉพาะบนเตียงเท่านั้น โดยที่พยาบาลและญาติเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ทดแทนและช่วยเหลือผู้ป่วยในกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถกระทำด้วยตัวเองได้
- ป้องกันการออกแรงในทันทีทันใดหรือการเปลี่ยนแปลงอารมณ์อย่างรุนแรงของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น การเบ่งถ่ายอุจจาระ ภาวะตกใจ ตื่นเต้น ดีใจ เสียใจ เพื่อไม่ให้เกิดการเพิ่มเลือดที่ออกจากหัวใจห้องล่างอย่างทันทีทันใด โดยพยาบาลจะต้องอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจอย่างชัดเจน

3. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะเรื้อรัง ที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต หลังจากที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้ว ผู้ป่วยไม่เพียงแต่รับประทายตามคำสั่งการรักษาเท่านั้น แต่ผู้ป่วยจะต้องรู้จักภาวะโรคของตนเอง และแนวทางในการปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับโรคและแผนการรักษาของแพทย์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้เหมือนคนปกติมากที่สุด ชะลอความก้าวหน้าของโรค และป้องกันอาการกำเริบของโรค ซึ่งพยาบาลจะมีบทบาทสำคัญที่จะเป็นผู้ให้คำแนะนำและให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วย โดยที่พยาบาลจะต้องเลือกที่ใช้เทคนิคที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน อธิบายโดยใช้คำพูดที่เข้าใจง่าย เช่น ในเรื่องการปรับกิจกรรมหรือการพักผ่อน การสอนให้ผู้ป่วยรู้จักอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว รู้จักการใช้ยา การจำกัดน้ำดื่มหรือการจำกัดเกลือ เป็นต้น สิ่งสำคัญอีกอย่างหนึ่งคือ การมีบทบาทและการมีส่วนร่วมของญาติและครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มักมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม จำเป็นจะต้องพึ่งพาผู้อื่น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2552) ดังนั้นการให้ความรู้และคำแนะนำกับครอบครัวของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ครอบครัวมีความรู้และเข้าใจถึงวิธีการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้ และสอดคล้องกับแผนการรักษา

4. การดูแลด้านจิตใจ

เนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะเรื้อรัง ในบางรายจะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่บ่อยครั้ง รวมทั้งจากพยาธิสภาพของโรคทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตัวเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่น พยาบาลนอกจากจะดูแลผู้ป่วยในด้านการทำหน้าที่ของร่างกายแล้ว ยังต้องให้ความสนใจภาวะจิตใจของผู้ป่วยด้วย โดยจะต้องเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก และรับฟังอย่างตั้งใจในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด ทำความเข้าใจกับความวิตกกังวลและความรู้สึกไร้คุณค่าในตัวเองของผู้ป่วย คอยให้กำลังใจและสนับสนุนให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในกิจกรรมที่พอทำได้ และไม่เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย เพื่อลดความรู้สึกไร้คุณค่าในตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2552)

การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาเป็นแนวคิดที่มีการศึกษาวิจัยกันอย่างกว้างขวาง และมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา (Adherence) แต่เดิมจะใช้คำว่า การยอมทำตาม (Compliance) ซึ่งเป็นการยินยอมของผู้ป่วยที่จะปฏิบัติตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ และมีการใช้กันอย่างแพร่หลาย ต่อมาองค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายและเปลี่ยนจากการใช้คำว่า การยอมทำตาม (Compliance) มาใช้คำว่า การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา

(Adherence) แทน เพื่อให้มีขอบเขตกว้างขวางถึงการยินยอมและตกลงใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของแพทย์ โดยมีความเห็นพ้องร่วมกันทั้งสองฝ่าย (Garcia, Schooley, and Badaro, 2003 ; Sabate, 2003) สำหรับในงานวิจัยนี้จะใช้คำว่า “Adherence” หรือ “การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา” ซึ่งหมายถึงการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นจะต้องมาจากความเห็นชอบและการตกลงใจร่วมกันทั้งตัวผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์

ความหมายของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา

การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา (Adherence) เป็นแนวคิดที่มีการศึกษาวิจัยกันอย่างกว้างขวาง และมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมมีนักวิชาการได้ให้ความหมายของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาไว้หลายท่าน ดังนี้

Blackwell (1976) ได้ให้ความหมายของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาว่า หมายถึง การที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ผู้ให้การรักษาเพื่อจัดการกับภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับบุคคลนั้นๆ

Dracup and Meleis (1982) ได้ให้ความหมายของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาว่าเป็นพฤติกรรมของผู้ป่วยที่จะเลือกปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา โดยที่ทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์จะต้องเห็นพ้องกันกับแผนการรักษา และตกลงร่วมกันที่จะปฏิบัติให้สำเร็จ

Evengetista (1999) ได้วิเคราะห์แนวคิด (Concept analysis) ของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาและได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นการที่ผู้ป่วยยินยอมที่จะปฏิบัติตามแบบแผนการรักษาที่บุคลากรทางการแพทย์แนะนำให้ปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผลการรักษา โดยที่ตัวผู้ป่วยจะต้องมีความเห็นพ้องกับคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้อธิบายถึงนิยามของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาว่าเป็นพฤติกรรมของบุคคลที่จะรับประทานยา รับประทานอาหาร รวมไปถึงการปรับเปลี่ยนวิถีทางการดำเนินชีวิตตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ (Sabate, 2003)

Cohen (2009) ได้ให้ความหมายของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาไว้ว่า เป็นการที่ผู้ป่วยปฏิบัติและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่พึงปรารถนา โดยที่ผู้ป่วยยินยอมและตกลงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆด้วยความเต็มใจ

จันท์เพ็ญ สมโน (2551) ได้ให้ความหมายของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ว่าหมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับการรักษาของแพทย์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมโรคและอาการของโรค ประกอบด้วย การจำกัดน้ำ

การจำกัดเกลือ การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกายและการพักผ่อน การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา และการสังเกตอาการผิดปกติที่แสดงว่าภาวะหัวใจล้มเหลว

จากความหมายที่กล่าวถึงข้างต้น จึงขอสรุปว่า การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา หมายถึง การที่ผู้ป่วยยินยอมที่จะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมใดๆ ตามคำแนะนำในการรักษาของบุคลากรทางการแพทย์ด้วยความเต็มใจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมอาการและความรุนแรงของโรค และให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพของผู้ป่วย

องค์ประกอบของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาทั้งในประเทศและต่างประเทศ ร่วมกับการศึกษาแนวทางการปฏิบัติมาตรฐานเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่สร้างขึ้นโดยสมาคมแพทย์โรคหัวใจในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย สามารถสรุปถึงองค์ประกอบของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การติดตามอาการด้วยตนเอง

การติดตามอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยนั้นถือเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวควรที่จะปฏิบัติ โดยที่แพทย์หรือพยาบาลควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำและเกลือคั่ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้เฝ้าระวังตนเองได้ ซึ่งอาการที่บ่งบอกถึงภาวะที่มีน้ำและเกลือคั่งในร่างกายและส่งผลให้อาการหัวใจล้มเหลวกำเริบขึ้น ได้แก่ อาการเหนื่อยง่าย ทนต่อกิจกรรมลดลง น้ำหนักเพิ่มขึ้นผิดปกติ อาการบวมโดยเฉพาะบริเวณข้อเท้า นอนราบไม่ได้ ต้องลุกมานั่งหอบตอนกลางคืน ใจสั่น เป็นต้น (สมาคมแพทย์โรคหัวใจในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2551, จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์, 2554) หรือพยาบาลอาจแนะนำให้ผู้ป่วยระลึกถึงอาการของครั้งแรก เพื่อที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจดจำถึงอาการและอาการแสดงที่ควรจะมาพบแพทย์ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยสามารถจดจำได้ดีกว่าการสอนอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว (สมจิต หนูเจริญกุล, 2552) หากผู้ป่วยพบว่าตนเองมีอาการดังกล่าว ควรแนะนำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของการแสดงอาการภาวะหัวใจล้มเหลว การรับรู้ความรุนแรงและอาการของโรคที่ไม่ถูกต้อง หรือการที่ผู้ป่วยมองว่าอาการเหล่านั้นไม่ได้ส่งผลกระทบต่อตนเองมากนัก จะทำให้ผู้ป่วยเลือกที่จะจัดการอาการผิดปกติเหล่านั้นด้วยตนเองแทนการไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษาอย่างถูกต้องและทันท่วงที ทำให้การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ได้รับการจัดการตั้งแต่เริ่มแรก (จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์, 2554)

การชั่งน้ำหนักตัว เป็นสิ่งหนึ่งที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยประเมินและเฝ้าระวังภาวะน้ำและเกลือคั่งของตนเองได้อย่างง่ายๆ โดยที่ผู้ป่วยจะต้อง (1) บันทึกน้ำหนักตัวในภาวะปกติที่ไม่มีภาวะน้ำหรือเกลือคั่ง เพื่อเป็นพื้นฐานในการประเมินน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นเมื่อมีภาวะน้ำและเกลือคั่งในร่างกาย (2) แนะนำให้ผู้ป่วยชั่งน้ำหนักและบันทึกน้ำหนักของตนเองทุกวัน หรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในตอนเช้า ภายหลังจากขับถ่าย และก่อนรับประทานอาหารเช้า ถ้ามีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น .05 – 1 กิโลกรัมต่อวัน ติดต่อกันสองวัน แสดงว่าเริ่มมีภาวะน้ำและเกลือคั่งแล้ว ผู้ป่วยควรไปปรึกษาแพทย์เพื่อเข้ารับการรักษาอย่างถูกต้องและสามารถจัดการกับภาวะหัวใจล้มเหลวได้ตั้งแต่เริ่มต้น (Evangelista et al., 2006, สมาคมแพทย์โรคหัวใจในพระบรมราชูปถัมภ์ฯ, 2551, ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555)

2. คำแนะนำทางโภชนาการ

การควบคุมการบริโภคเกลือ

การเลือกรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมเป็นส่วนประกอบในปริมาณน้อย เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบของโรคในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้ เนื่องจากจะช่วยลดการเกิดการคั่งของน้ำในร่างกาย (Black and Hawks, 2005, Woods, 2010)

ตามแนวทางการรักษามาตรฐานส่วนใหญ่ จะแนะนำให้ผู้ป่วยบริโภคเกลือน้อยกว่า 2 กรัม/วัน แต่ในทางปฏิบัติเป็นไปได้ยากที่จะจำกัดปริมาณเกลือในอาหารที่ 2 กรัม เพราะอาหารมักจะขาดรสชาติ และทำให้ผู้ป่วยรับประทานไม่ได้ จึงกำหนดเป้าหมายอยู่ที่ไม่เกิน 2 – 4 กรัมต่อวัน แต่การกำหนดให้ผู้ป่วยจำกัดเกลือในปริมาณเป็นกรัมนั้น มีความเป็นไปได้ยากที่จะกระทำได้ เนื่องจากผู้ป่วยไม่อาจทราบปริมาณเกลือที่แน่นอนในอาหารแต่ละชนิดได้ โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยไม่ได้ประกอบอาหารรับประทานเอง ดังนั้นการแนะนำผู้ป่วยที่ดีที่สุดคือ การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม เช่น ของดอง อาหารกระป๋อง อาหารสำเร็จรูป เลี่ยงการใส่เครื่องปรุงรส พกน้ำปลา ซีอิ๊ว (สมาคมแพทย์โรคหัวใจในพระบรมราชูปถัมภ์ฯ, 2551, Woods, 2010) แต่ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้ายและมีอาการรุนแรง (NYHA functional class IV) ผู้ป่วยจำเป็นต้องเคร่งครัดในการจำกัดเกลือที่ไม่เกิน 2 กรัมต่อวัน พยาบาลจะต้องแนะนำการอ่านฉลากส่วนประกอบของอาหารให้ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถเลือกซื้ออาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำได้ โดยการดูส่วนผสมของเกลือแกง (คลอไรด์) รวมทั้งไม่แนะนำในการใช้เกลือที่มีส่วนผสมโพแทสเซียม เนื่องจากจะทำให้มีโพแทสเซียมในเลือดสูง (สมาคมแพทย์โรคหัวใจในพระบรมราชูปถัมภ์ฯ, 2551, ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555)

ปริมาณโซเดียมในอาหาร

“เกลือ” เป็นเครื่องปรุงรสที่ทำให้อาหารมีรส “เค็ม” โดยในเกลือจะมีส่วนประกอบของโซเดียมที่ทำให้เกิดความเค็ม อยู่ในรูปของโซเดียมคลอไรด์ โดยทั่วไปปริมาณโซเดียมที่ร่างกาย

ต้องการคือ 1,500 มิลลิกรัมต่อวัน โดยมีกำหนดปริมาณโซเดียมสูงสุดที่บริโภคแล้วไม่เกิดอันตรายต่อร่างกายที่ 2,400 มิลลิกรัมต่อวัน ซึ่งปริมาณโซเดียม 2,400 มิลลิกรัม จะเท่ากับเกลือประมาณ 6 กรัม (ประมาณ 1 ช้อนชาพูน) (วันทนีย์ เกรียงสินยศ, 2555) เครื่องปรุงรสเป็นเครื่องปรุงอาหารที่มีปริมาณโซเดียมเป็นส่วนประกอบในปริมาณสูง และการสำรวจสภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2546 พบว่า ร้อยละของคนไทยมีพฤติกรรมการเติมเครื่องปรุงรสในอาหารทุกครั้งที่ได้รับประทานอาหารคิดเป็นร้อยละ 86.7 ซึ่งเครื่องปรุงรสที่นิยมมากที่สุด คือ น้ำปลา (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

ตารางที่ 1 แสดงปริมาณโซเดียมในเครื่องปรุงรสสูตรปกติในท้องตลาด

เครื่องปรุงรส	ปริมาณโซเดียม (มก./ช้อนโต๊ะ)	ปริมาณโซเดียมเฉลี่ย (มก./ช้อนโต๊ะ)
น้ำปลา	1110 – 1620	1350
ซีอิ๊ว	960 – 1510	1190
ซอสถั่วเหลือง	1110 – 1380	1187
ซอสหอยนางรม	460 – 760	518
น้ำจิ้มไก่	360 – 410	385
ซอสพริก	60 – 350	231
ซอสมะเขือเทศ	90 – 190	149

ที่มา : สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล

การควบคุมการบริโภคน้ำ

ปริมาณน้ำที่เข้าสู่ร่างกายนั้นจะเข้าสู่ระบบไหลเวียนโลหิตและถูกขับออกทางไต ซึ่งในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลงจากคนทั่วไป ทำให้การบีบตัวของหัวใจไม่มีประสิทธิภาพ การจำกัดน้ำจะลดปริมาณน้ำที่คั่งในร่างกาย (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555) ปริมาณน้ำที่ได้จากการบริโภคของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจำเป็นต้องมีการจำกัดกว่าบุคคลปกติ ปริมาณ preload ที่เพิ่มขึ้นจะทำให้หัวใจต้องรับภาระมากขึ้น อาการของผู้ป่วยจะรุนแรงขึ้น ซึ่งในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่อาการไม่รุนแรง อาจไม่จำเป็นต้องจำกัดการบริโภคน้ำอย่างเคร่งครัดนัก แต่ในผู้ป่วยที่มีอาการหอบเหนื่อยมาก ต้องใช้ยาขับปัสสาวะในขนาดสูง ผู้ป่วยที่มีโรคไตร่วมมีภาวะเกลือคั่งได้ง่าย ควรแนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำไม่เกินวันละ 1.5 ลิตร/วัน (สมาคมแพทย์โรคหัวใจในพระบรมราชูปถัมภ์ฯ, 2551) และในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้าย (NYHA functional class IV) ควรจำกัดน้ำดื่มอย่างเคร่งครัดในปริมาณไม่เกิน 500

มิลลิลิตร/วัน การควบคุมการบริโภคน้ำไม่เพียงแต่จำกัดน้ำดื่มเท่านั้น หมายรวมไปถึงการจำกัดในที่เป็นส่วนประกอบในอาหารอีกด้วย เช่น นม น้ำผลไม้ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พยาบาลควรแนะนำให้ผู้ป่วยจึงต้องเข้าใจถึงการประเมินและคำนวณปริมาณน้ำที่เข้าสู่ร่างกาย และน้ำที่ออกจากร่างกาย

การจำกัดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

นอกจากแอลกอฮอล์จะมีน้ำเป็นส่วนประกอบหลักแล้ว การออกฤทธิ์ของแอลกอฮอล์จะมีผลลดการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ และควรงดโดยเด็ดขาดในผู้ป่วยที่มีภาวะ Alcoholic Cardiomyopathy (สมาคมแพทย์โรคหัวใจในพระบรมราชูปถัมภ์ฯ, 2551)

3. การรับประทานยา

ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นภาวะทางสุขภาพที่เป็นผลต่อเนื่องมาจากโรคหัวใจเกือบทุกชนิด ที่ทำให้เกิดการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ของหัวใจ โดยมีสาเหตุปัจจัยเสี่ยงที่เป็นตัวชักนำให้เกิดภาวะดังกล่าวขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว นอกจากจะได้รับการรักษาโรคหัวใจและอาการหัวใจล้มเหลวแล้ว ยังจำเป็นต้องรับประทานยาเพื่อควบคุมโรคประจำตัวอื่นๆอีกด้วย เช่น เบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง ทำให้ในแต่ละวันผู้ป่วยจะต้องรับประทานยาเป็นจำนวนมาก แพทย์และพยาบาลจะต้องอธิบายให้ผู้ป่วยรู้จักชื่อยาและการออกฤทธิ์ของยา เป้าหมายของการรักษาของยาแต่ละตัว รวมไปถึงขนาดของยาและการบริหารยา หากผู้ป่วยไม่สามารถที่จะจำชื่อยาที่ตนเองรับประทานได้ ก็ควรที่จะทราบว่ายานี้แต่ละตัวเป็นยารักษาโรคอะไร เช่น ยาโรคหัวใจ ยาขับปัสสาวะ ยาขยายหลอดเลือด ยาลดความดันโลหิต ยาโรคเบาหวาน เป็นต้น และพยาบาลควรระบุตารางการรับประทานยาให้ชัดเจน ในกรณีที่มีจำนวนยาในปริมาณมาก หรือการบริหารยาซับซ้อน เพื่อป้องกันการสับสนในการรับประทานยาของผู้ป่วย (สมาคมแพทย์โรคหัวใจในพระบรมราชูปถัมภ์ฯ, 2551, สมจิต หนูเจริญกุล, 2552) ผู้ป่วยบางคนอาจไม่เข้าใจถึงการรับประทานยาว่า ยาประเภทใดต้องรับประทานต่อเนื่อง หรือยาประเภทใดรับประทานเมื่อมีอาการหรือหยุดใช้เมื่อยาหมด พยาบาลจึงต้องให้ความกระจ่างแก่ผู้ป่วยถึงวิธีการรับประทานยาเพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดี สิ่งที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งก็คือ การอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงผลข้างเคียงของยาแต่ละตัว เพื่อที่ผู้ป่วยจะได้เฝ้าระวังอาการผิดปกติของตนเองได้ เช่น ในขณะที่ผู้ป่วยได้รับยาในกลุ่มยาขยายหลอดเลือด อาจมีอาการข้างเคียงคือ เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งหากมีอาการรุนแรงควรปรึกษาแพทย์อย่างเร่งด่วน

4. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมักจะมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ เนื่องจากมีอาการเหนื่อยง่าย กิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถทำได้พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยคงกิจกรรมนั้นไว้ โดยดูความเหมาะสมของอาการภาวะหัวใจล้มเหลวด้วย ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมักจะเลี่ยงการ

ทำกิจกรรมเมื่อทราบว่าตนเองเป็นโรคหัวใจ เนื่องจากกลัวการกำเริบของหัวใจเกิดขึ้น ซึ่งเป็นความเข้าใจผิดของผู้ป่วยเอง (จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ, 2554) การออกกำลังกายเป็นประจำที่พอเหมาะอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะช่วยเพิ่มความทนต่อกิจกรรมของกล้ามเนื้อหัวใจและเพิ่มคุณภาพชีวิตได้ด้วย (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555) และยังช่วยป้องกันกล้ามเนื้อลีบและปรับ peripheral circulation ให้ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยทำงานต่าง ๆ ได้มากขึ้น ไม่อ่อนเพลีย วิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม และปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวคือ การเดินบนทางราบ โดยเริ่มทีละน้อยจาก 2-5 นาทีต่อวันเป็นเวลา 1 สัปดาห์แล้วเพิ่มเป็น 5-10 นาทีต่อวัน โดยโปรแกรมการออกกำลังกายควรมีการปรับเปลี่ยนไปตามความสามารถและความทนต่อกิจกรรมของผู้ป่วยในแต่ละราย แต่กิจกรรมที่ควรหลีกเลี่ยงคือ การเคลื่อนไหวร่างกายแบบ isometric exercise เช่น การเบ่งถ่ายอุจจาระ ผลักดันของหนัก การยกของหนักกว่า 10 กิโลกรัม หรือการออกกำลังกายมากเกินไปจนเหนื่อยจนรู้สึกล้มตัวเอง ควรงดการออกกำลังกายในวันที่รู้สึกไม่ค่อยสบาย เป็นหวัด อ่อนเพลีย นอนไม่พอ หรือมีอาการเหนื่อย ใจสั่น แน่นหน้าอก มากขึ้น (สมาคมแพทย์โรคหัวใจในพระบรมราชูปถัมภ์, 2551) ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้าย (NYHA functional class IV) ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองหรือเคลื่อนไหวร่างกายในการทำกิจกรรมต่างๆได้ ควรแนะนำให้ผู้ป่วยหรือญาติช่วยบริหารข้อต่างๆ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ข้อยึดติด (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ภายใน 30 วัน โดยเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยกลุ่มนี้หลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้ว ภายใน 6 เดือน มักกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลอีกครั้ง (Krumholz et al., 1997) เกิดเนื่องจากผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม การไม่จำกัดน้ำดื่ม ขาดการรับประทานยา และการไม่มาพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการ จึงทำให้เกิดภาวะน้ำเกิน (นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ, 2531, Bennett et al., 1998, Ma et al., 2006) จากปัญหาการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ส่งผลกระทบต่อภาวะของโรคทำให้ผู้ป่วยมีอาการและความรุนแรงของโรคเลวลง มีการกลับเข้ามาเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และเสี่ยงต่ออัตราการตายเพิ่มขึ้น (Cooper et al., 2009 , Van der Wal et al., 2010) ซึ่งมีนักวิชาการหลายท่านได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ดังนี้

1. เพศ (Sex) เพศเป็นลักษณะทางกายภาพของมนุษย์ ซึ่งตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ปี พ.ศ. 2542 ได้ให้ความหมายไว้ว่า เพศ หมายถึง (น.) รูปที่แสดงให้รู้ว่าเป็นหญิงหรือชาย โดยเพศและฮอร์โมนเพศจะมีส่วนในการกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม การแสดงออกของพฤติกรรมทางสุขภาพบางพฤติกรรมจะแตกต่างกันในแต่ละเพศ เช่น พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานยา (Pender, 1996) สำหรับในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ได้มีการศึกษาถึงความแตกต่างระหว่างเพศกับการปฏิบัติตามความร่วมมือในการรักษา พบว่า เพศหญิงมีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาได้ดีกว่าเพศชาย แม้ว่าเพศหญิงและเพศชายสามารถรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาได้เหมือนกันก็ตาม (Chung et al., 2006, Nieuwenhuis et al., 2012)

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา (Knowledge about Heart failure) การที่ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว การจัดการกับอาการ และแนวทางในการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรคและคำแนะนำในการรักษา จะทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาได้อย่างถูกต้อง (Riegel and Carlon, 2002, Van der Wal et al., 2007, Nieuwenhuis et al., 2012) และทำให้ผู้ป่วยสามารถติดตามอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวได้ (Wu et al., 2008) ในผู้ป่วยบางรายทราบตนเองจะต้องรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำ อาหารกึ่งจัดรสเค็ม แต่ไม่ทราบว่าอาหารชนิดใดบ้างที่เป็นอาหารที่มีเกลือ (Riegel and Carlon, 2002) บุคคลากรทางการแพทย์จะต้องอธิบายและให้ความรู้กับผู้ป่วยให้ชัดเจน โดยการใช้คำพูดที่เข้าใจได้ง่าย ในประเทศไทยจากการศึกษาของ นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ (2531) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($r = .5744$) และสามารถทำนายความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้

3. ความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา (Beliefs about adherence to treatment) จากการศึกษาค้นคว้าพบว่า ความเชื่อของผู้ป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญ ที่จะทำให้ผู้ป่วยเลือกที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา (Bennett et al., 1998, Van der Wal et al., 2005, Ekman et al., 2006) ความเชื่อและทัศนคติ รวมไปถึงประสบการณ์ที่ผ่านมาของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ (Van der Wal and Jaarsma, 2008) มีการรับรู้ทั้งประโยชน์และรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา เช่น ในผู้ป่วยที่เคยรับประทานยาขับปัสสาวะและทำให้อาการบวมลดลง ผู้ป่วยก็จะเห็นถึงประโยชน์ของการรับประทานยาขับปัสสาวะ (Van der Wal et al., 2005) และจากการศึกษาของ พัชรวรรณ ศรีคง (2553) อธิบายว่า ผู้ป่วยจะรับรู้ถึงความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวจากประสบการณ์ที่ตนเองเคยเผชิญ เช่น เหนื่อย นอนราบไม่ได้ หายใจหอบ เป็นต้น ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และนำไปสู่การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาเพื่อลด

ความรุนแรงของโรค โดยสอดคล้องกับแนวคิดของ Pender (2006) ที่อธิบายไว้ว่า บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมหรือกระทำสิ่งใดๆ เพราะเห็นว่ามีประโยชน์ มีคุณค่า โดยการรับรู้จากประสบการณ์โดยตรงของบุคคลนั้นและการสังเกตจากบุคคลอื่น รวมไปถึงถ้าบุคคลนั้นมีความเชื่อมั่นว่าตนสามารถทำพฤติกรรมนั้นได้และจะทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะทำพฤติกรรมนั้นๆ และในการศึกษาของ นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ (2531) พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($r = .5202$) และสามารถทำนายความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้

4. ความรุนแรงของอาการและข้อจำกัดของร่างกาย (Severity of Symptom and Physical limitations) อาการของภาวะหัวใจล้มเหลวนั้นเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาด้วย (Van der Wal and Jaarsma, 2008, Nieuwenhis et al., 2012) โดยความอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวที่รุนแรงนั้น จะมีผลทำให้เกิดข้อจำกัดต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการรุนแรง จะมีอาการเหนื่อยหอบ และ ความทนต่อกิจกรรมลดลง ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองก็ลดลงด้วย จากสาเหตุเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น กิจกรรมและการออกกำลังกายลดลง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย จำเป็นต้องพึ่งพาญาติและบุคคลในครอบครัวเข้ามาช่วยในการดูแลและส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา (Riegel and Carlon, 2002, Van der Wal and Jaarsma, 2008, Wu et al., 2008)

5. โรคร่วมและแผนการรักษาที่ซับซ้อน (multiple comorbidities and Complex of treatment) ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่จะมีโรคอื่นร่วมด้วย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เป็นต้น โดยพบว่า ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะตรวจพบว่ามีโรคร่วมที่สำคัญคือ เบาหวาน ซึ่งพบประมาณ 1 ใน 3 ของโรคร่วมทั้งหมด (Riegel and Carlon, 2002) จำนวนโรคร่วมที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานยาในแต่ละวันเป็นจำนวนมากเพื่อควบคุมทั้งอาการของโรคหัวใจและโรคร่วมอื่นๆด้วย ในการศึกษาของ Wu และคณะ (2008) พบว่าเฉลี่ยแล้วผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะต้องรับประทานยาประมาณ 11 เม็ดต่อวัน โดยบางรายต้องรับประทานสูงสุดถึง 26 เม็ดต่อวัน และมากกว่าครึ่งหนึ่งต้องรับประทานมากกว่า 3 เม็ดต่อวัน (Wu et al., 2008) ผู้ป่วยบางรายจะรู้สึกที่ไม่อยากกลืนยา เนื่องจากมีปริมาณเม็ดยาเป็นจำนวนมากในแต่ละครั้งของการรับประทาน (Riegel and Carlon, 2002) และแผนการรักษาที่ซับซ้อน หรือแม้แต่การปรับเปลี่ยนแผนการรักษาในแต่ละครั้งของการเข้ารับการรักษา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสับสน ซึ่งเป็นอุปสรรคอย่างสำหรับผู้ป่วยที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาได้อย่างถูกต้อง (Van der Wal and Jaarsma, 2008)

6. ภาวะซึมเศร้า (Depression) ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่สำคัญอีกปัญหาหนึ่งในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมักจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าบุคคลทั่วไป (MacMahon and Lip, 2002) โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวภายหลังจากที่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จะมีอัตราการอุบัติการณ์เกิดภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 24 ถึง 85 ของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งหมด (Castillon-Gualler et al., 2006) จากการศึกษาในประเทศไทย พบผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยประมาณร้อยละ 38.64 ถึง 49.20 โดยส่วนใหญ่จะมีภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ (Mild Depression) (จันทร์ เพ็ญ สมโน, 2551, รัตติยา ทองอ่อน, 2554) การศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความบกพร่องของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา (DiMatteo, Lepper, and Crogha, 2000, Hauptman, 2008) โดย Hallas และคณะ (2011) อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีผลทางลบต่อความคิดความเชื่อเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการจัดการกับพฤติกรรมของตนเองได้ไม่ดี (Hallas et al., 2011) สำหรับในประเทศไทย การศึกษาของ จันทร์เพ็ญ สมโน (2551) กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีระดับของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและไม่มีภาวะซึมเศร้า

7. ความบกพร่องของการรู้คิด (Cognitive Impairment) หนึ่งในปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวคือ ความบกพร่องของการรู้คิด (Cognitive Impairment) และมีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาด้วย (Hauptman, 2008, Hawkins et al., 2011) โดยปัญหาที่พบได้คือ ปัญหาความจำ (memory) ความตั้งใจ (attention) การเรียนรู้ (learning) การเคลื่อนไหวร่างกาย (motor speed) การคิดวิเคราะห์ด้วยเหตุผลระดับสูง (High level orders of reasoning) (Artt et al., 2008) ในผู้ป่วยที่มีปัญหาในการเรื่องการคิดวิเคราะห์และความจำ จะเป็นอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาด้วย (Welsh et al., 2002) โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอายุมาก พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุเพิ่มขึ้น ภาระบวกรู้คิดของผู้ป่วยจะลดลง ส่งผลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา ผู้ป่วยอาจหลงลืม สับสนได้ หากมีญาติหรือผู้ดูแลมาช่วยในการติดตามการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาให้ผู้ป่วยก็จะทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาได้ดีขึ้น (Wu et al., 2008) มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความบกพร่องของการรู้คิด ต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยา พบว่า ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องของการรู้คิดจะมีพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยาน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาด้านภาระบวกรู้คิด (Hawkins et al., 2011)

8. การสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (Simpson et al., 2000; Wu et al.,

2007;2008) การที่ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับการช่วยเหลือและคอยสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง ทั้งทางด้านอารมณ์และจิต หรือด้านสังคม จะทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาได้ดีขึ้น ซึ่งการได้รับการสนับสนุนจากเป็นครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลเป็นหนึ่งในปัจจัยที่จะส่งผลทางบวกต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยด้วย (Simpson et al., 2000; Wu et al., 2007;2008) เนื่องจากการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและญาติผู้ดูแลจะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและมีคณคอยเตือนในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา ส่งผลต่อเนื่องในการลดการเกิดอาการกำเริบทางหัวใจและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ (Wu et al., 2011) สำหรับในประเทศไทย การศึกษาของเยาวภา บุญเที่ยง (2545) พบว่า ที่ได้รับการสนับสนุนจากบุตรและคู่สมรสของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

นอกจากครอบครัวและญาติผู้ดูแลที่เป็นแรงสนับสนุนของผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาแล้ว ยังพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยและญาติ จะมีผลสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยด้วย (Van der Wal and Jaarsma, 2008, Wu et al., 2008) และหากบุคลากรทางการแพทย์ขาดการพูดคุยสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ จะทำให้ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนตามคำแนะนำในการรักษาไม่เพียงพอ และไม่สามารถที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาได้อย่างถูกต้อง รวมไปถึงการมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยก็มีผลการการที่ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาด้วย (Riegel and Carlon, 2002) ดังนั้นสัมพันธภาพที่ดีระหว่าง ผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์ มีส่วนช่วยในการสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาด้วย

การประเมินการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การประเมินการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาในต่างประเทศมี ดังนี้

1. 24-hour urinary sodium excretion เป็นการประเมินการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำ โดยประเมินจากปริมาณเกลือโซเดียมที่ถูกกำจัดออกทางปัสสาวะใน 24 ชั่วโมง เนื่องจากปริมาณอาหารที่มีเกลือโซเดียมเป็นส่วนประกอบจะถูกขับออกทางปัสสาวะคิดเป็นร้อยละโดยประมาณคือ 95 - 98% และปริมาณเกลือโซเดียมที่ถูกขับออกทางปัสสาวะจะสัมพันธ์กับปริมาณอาหารที่มีเกลือโซเดียมเป็นส่วนประกอบที่ผู้ป่วยรับประทานเข้าไป (Beich and Yancy, 2008)

2. 24-hour Dietary recall เป็นการประเมินการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและเขียนบันทึกรายการอาหารที่รับประทานในหนึ่งวัน หลังจากนั้นจึงนำรายการอาหารมาประมาณปริมาณเกลือโซเดียมทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับต่อวัน โดยพบว่าวิธีการประเมินด้วยวิธีนี้ปริมาณโซเดียมที่คาดการณ์ว่าผู้ป่วยได้รับในหนึ่งวันจะน้อยกว่าการใช้การประเมินด้วยวิธี 24-hour urinary sodium excretion (Bentley, 2006)

3. Revised Heart failure compliance questionnaire เป็นแบบประเมินการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาที่พัฒนาขึ้นโดย Evengelista, Berg, and Dracup ในปี 2001 ซึ่งได้นำแบบประเมินการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาที่ใช้ในการวัดผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายมาดัดแปลงขึ้นเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นแบบประเมินที่เป็นแบบสอบถาม (questionnaire) ข้อคำถามจะแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ที่ใช้ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 6 อย่าง คือ การมาตรวจตามนัด (follow up appointments) , การรับประทานยา (medications) , การรับประทานอาหาร (diet) , การออกกำลังกาย (exercise) , การงดสูบบุหรี่ (smoking cessation) , การงดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol cessation) มาตราวัดเป็นการสอบถามความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมแบ่งเป็น 5 ระดับ (0 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ และ 4 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ) ผู้พัฒนาเครื่องมือได้มีการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Internal consistency) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอลบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.68 ซึ่งอยู่ในช่วงที่ยอมรับได้ โดยเครื่องมือนี้มีการใช้กันอย่างแพร่หลายในต่างประเทศ มีนักวิชาการหลายท่านได้ใช้เครื่องมือชุดนี้ในการประเมินการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวด้วย

4. Adherence to self-care recommendations เป็นแบบประเมินการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ถูกสร้างขึ้นโดย Moser และ คณะ ในปี 2005 ใช้รูปแบบการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในพฤติกรรม 4 ด้าน คือ ด้านการใช้ยา ด้านการจำกัดอาหารที่มีเกลือโซเดียม ด้านการชั่งน้ำหนักทุกวัน และด้านการสังเกตอาการผิดปกติ โดยมาตราวัดจะเป็นความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ (Moser et al., 2005)

5.. การประเมินการปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยา (Medication Adherence; MA) มีการใช้การประเมินการปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยาในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวโดยวิธีการนับเม็ดยาภายในระยะเวลา 30 วัน (30 days pill count) โดยการใช้สูตรในการคำนวณคือ

$$MA = \left[1 - \left(\frac{\sum_i |c_i - p_i|}{\sum_i p_i} \right) \right] \times 100$$

MA = การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานยา

C_i = จำนวนเม็ดยาของยาทุกชนิดที่ผู้ป่วยรับประทาน

p_i = จำนวนเม็ดยาที่แพทย์มีคำสั่งให้รับประทาน

โดยเป็นการนำผลรวมของผลต่างของจำนวนเม็ดยาของยาทุกชนิดที่ผู้ป่วยรับประทาน (consumed of medication) และ จำนวนเม็ดยาที่แพทย์มีคำสั่งให้รับประทาน (prescribed of medication) นำมาคิดเป็นเปอร์เซ็นต์การปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยา (MA) การแปลความหมายคือ ถ้าคำนวณได้ 85% หมายถึง ผู้ป่วยรายนั้นปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาคิดเป็น 85% โดยที่ 15% ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาตามคำแนะนำในการรักษา (not taken) หรือรับประทานยาเกินคำแนะนำที่แพทย์สั่ง (Overtaken) (Hawkins et al., 2012)

6. การใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ติดตามการใช้ยา (Medication Event Monitoring Systems; MEMS) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินการใช้ยาของผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือที่มีลักษณะเป็นกล่องใส่ยาที่มีฝาปิด - เปิด และจะมีแผ่นคอมพิวเตอร์ (Computer chip) ฝังไว้ที่ฝา เมื่อผู้ใช้เปิดฝาใส่ยาก็จะมีการบันทึกข้อมูลเวลาในการเปิด (Wu et al., 2008)

สำหรับงานวิจัยในประเทศไทย เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีดังนี้ คือ

1. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมรับประทานอาหารเฉพาะโรค พัฒนาขึ้นโดย จิราภรณ์ มีชูสิน (2552) เป็นแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย ประกอบด้วย การเลือกรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำ การลดการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม การลดการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง และการรับประทานอาหารที่มีปริมาณเหมาะสม หลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่เหมาะสมกับภาวะหัวใจวาย เช่น กาแฟ ชา เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ รวมถึงข้อคำถามเกี่ยวกับปริมาณน้ำดื่มที่เหมาะสมกับภาวะหัวใจวาย โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 0 - 10 โดยผู้พัฒนาไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา เนื่องจากผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจาก อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์ (2550) ซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิมาแล้ว ทำให้ไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำอีกครั้ง แต่มีการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.78 ต่อมาในการศึกษาของ รัตติยา ทองอ่อน (2554) ได้มีการปรับปรุงข้อคำถามจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมรับประทานอาหารเฉพาะโรคของ จิราภรณ์ มีชูสิน (2552) และนำไปใช้ประเมินพฤติกรรมรับประทานอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวด้วย

2. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมรับประทานยา พัฒนาขึ้นโดย จิราภรณ์ มีชูสิน (2552) มีข้อคำถามที่ประกอบด้วย การปฏิบัติตัวหรือกิจกรรมของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายในการรับประทานยา ที่ถูกต้องตามแผนการรักษา มีความถูกต้องของชนิด จำนวน และความสม่ำเสมอในการรับประทานยา รวมทั้งการมาตรวจตามนัด ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วน

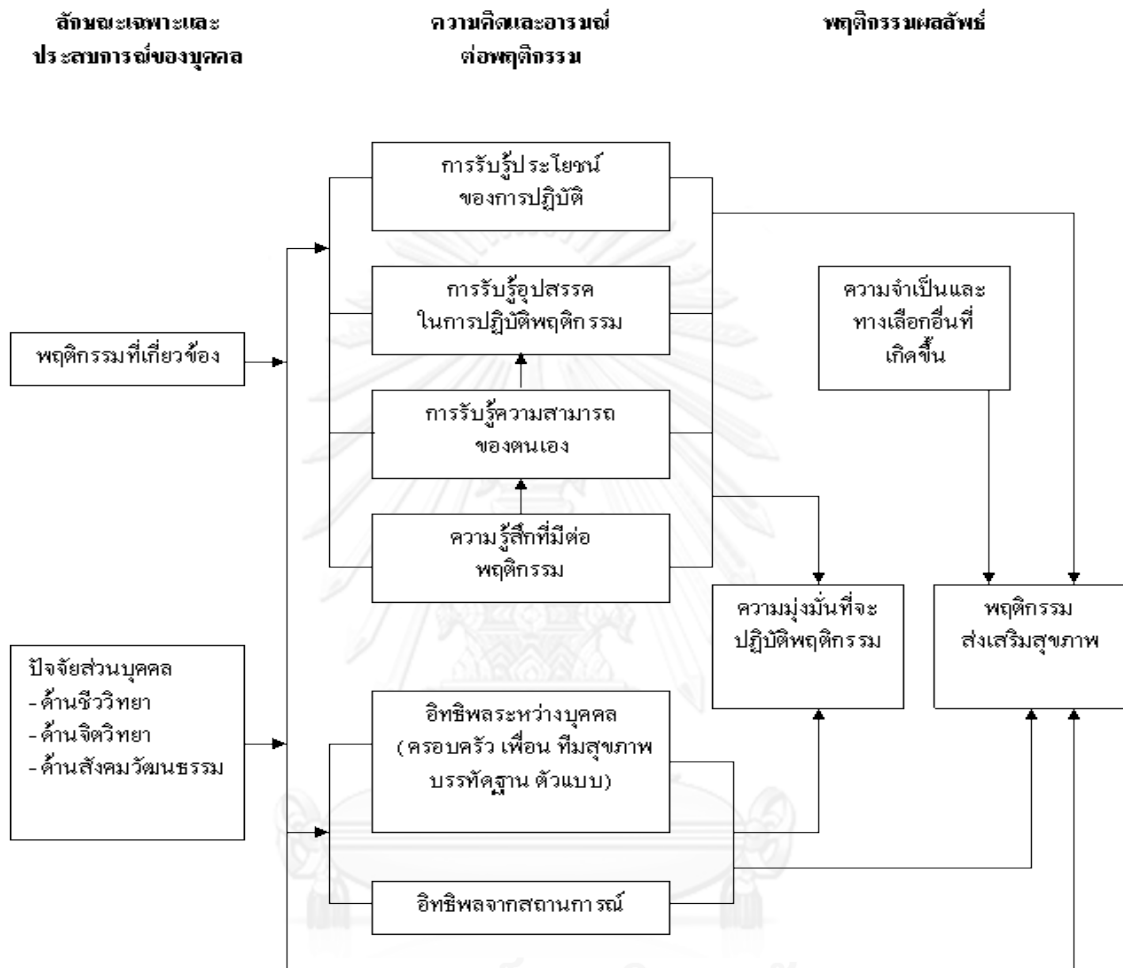
ประมาณค่า 0 – 10 โดยผู้พัฒนาไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา เนื่องจากผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจาก รจนาไฉน สิงหเรศร์ (2550) ซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิมาแล้ว ทำให้ไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำอีกครั้ง แต่มีการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอลบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.83 ต่อมาในการศึกษาของ รัตติยา ทองอ่อน (2554) ได้มีการปรับปรุงข้อคำถามจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การรับประทานยาของ จิราภรณ์ มีชูสิน (2552) และนำไปใช้ประเมินพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวด้วย

3. แบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง ผู้สร้างคือ นवलจันทร์ เครือวานิชกิจ (2531) สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัย เป็นการประเมินโดยใช้การสัมภาษณ์ มีการประเมินเกี่ยวกับ การปฏิบัติตนในเรื่องการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกายและการทำงาน การหลีกเลี่ยงจากสิ่งเสพติดให้โทษต่อหัวใจ การป้องกันโรคติดเชื้อ การป้องกันอาการท้องผูก และมาตรฐานนัด มีข้อคำถาม 18 ข้อ คะแนนจะอยู่ระหว่าง 0 – 34 โดยผู้ป่วยที่มีคะแนนสูงหมายถึง ให้ความร่วมมือในการรักษามาก

4. แบบวัดความร่วมมือในการรักษา ผู้สร้างคือ จันเพ็ญ สมโน (2551) สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัย โดยเป็นการประเมินด้วยข้อคำถาม 8 ด้าน ประกอบด้วย การปฏิบัติด้านการจำกัดน้ำ 1 ข้อ ด้านการจำกัดเกลือ 1 ข้อ ด้านการควบคุมน้ำหนัก 1 ข้อ ด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน 1 ข้อ ด้านการรับประทานยา 1 ข้อ ด้านการมาตรฐานนัด 1 ข้อ ด้านการงดสูบบุหรี่และดื่มสุรา 1 ข้อ และด้านการสังเกตอาการผิดปกติ 1 ข้อ การแปลคะแนนจะแปลผลเป็นรายด้านตามคำแนะนำในการรักษาหากมีความสอดคล้องกับแผนการรักษาแสดงว่ามีความร่วมมือในการรักษาด้ำนนั้นๆ

จากการศึกษาแบบประเมินการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ใช้ในการวิจัยทั้งในและต่างประเทศ พบว่า เครื่องมือที่ได้กล่าวมาข้างต้นยังมีข้อจำกัดในการใช้สำหรับในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เช่น การประเมินการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาด้านการรับประทานยาที่มีเกลือต่ำของต่างประเทศ โดยการวัด 24-hour urinary sodium excretion นั้นอาจมีความยุ่งยากในการนำมาใช้ หรือเครื่องมือบางฉบับมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือไม่ครบถ้วน ทำให้ลดความเชื่อมั่นในการนำเครื่องมือไปใช้ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้านการรับประทานยาและการรับประทานยาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือของ รัตติยา ทองอ่อน (2554) มาปรับปรุงข้อคำถามให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น โดยก่อนการนำเครื่องมือที่ปรับปรุงใหม่ไปใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยจะมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือตามระเบียบวิธีวิจัย เพื่อให้ผลการวิจัยที่ได้มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือ

แนวคิดการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโดยประยุกต์ตามแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender



Health Promotion Model (Revised)

ที่มา (Pender, N.J., Murdaugh, C.L. and Parsons, M.A., 2006 : 50)

แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender (1982) (Pender's Health Promotion Model) ในระยะเริ่มแรกเกิดจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมทางการแพทย์ โดยเป็นการประยุกต์ใช้ศาสตร์ทางการแพทย์และพฤติกรรมศาสตร์มาสร้างเป็นกรอบแนวคิด โดยมีมุมมองเกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล กรอบแนวคิดนี้จะเป็นแนวทางในการวิเคราะห์กระบวนการทางร่างกาย จิตใจ และสังคมของบุคคล เพื่อนำไปสู่การส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีขึ้น

แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender (HPM) พยายามที่จะอธิบายถึงธรรมชาติของบุคคลในหลากหลายมิติที่มีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพซึ่งมีผลต่อสุขภาพของบุคคลนั้น แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender (HPM) มีการบูรณาการแนวคิดพื้นฐานมาจากทฤษฎีของความคาดหวัง (Expectancy - value theory) และทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social cognitive theory) ของ Bandura (1986) Pender ได้ปรับปรุงแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender ขึ้นใหม่ในช่วงปี 2006 โดยอธิบายตัวแปรเพิ่มเติมในโมเดลคือ คุณลักษณะและประสบการณ์ อารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม และผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม ซึ่งสามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่เกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังภาพประกอบที่ 1

แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพประกอบด้วยมโนทัศน์หลัก 3 มโนทัศน์ดังนี้ (Pender, 2006, นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2553)

1. ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล (Individual Characteristics and Experiences) บุคคลแต่ละคนจะมีประสบการณ์เฉพาะของแต่ละบุคคล ซึ่งจะมีผลกระทบต่อการทำงานในภายหลัง ความสำคัญของผลกระทบจะขึ้นอยู่กับพฤติกรรมเป้าหมายที่นำมาพิจารณา

1.1 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต (Prior related behavior) ปัจจัยด้านพฤติกรรมในอดีต ซึ่งเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด คือ ความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมือนกันหรือคล้ายกันกับการปฏิบัติพฤติกรรมที่ผ่านมาในอดีตที่แสดงให้เห็นถึงผลกระทบโดยตรงและโดยอ้อมที่นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ผลกระทบโดยตรงต่อพฤติกรรมในอดีตต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในปัจจุบัน อาจเกี่ยวกับลักษณะนิสัย ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมโดยอัตโนมัติ โดยให้ความสนใจในรายละเอียดเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นเล็กๆ น้อยๆ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้งจะเพิ่มความหนักแน่นมากขึ้นด้วยการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำๆ ส่วนผลโดยอ้อมของพฤติกรรมในอดีตมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยผ่านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self - efficacy) การรับรู้ประโยชน์ (Perceived Benefits) การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) พฤติกรรมที่เกิดขึ้นทุกครั้งจะมีอารมณ์และความรู้สึกเกิดขึ้นด้วย ความรู้สึกทางบวก ความรู้สึกทางลบที่เกิดขึ้นก่อนระหว่าง และหลังการแสดงพฤติกรรมจะเก็บรวบรวมไว้ในความทรงจำ เพื่อเป็นข้อมูลนำมาพิจารณาไตร่ตรองเมื่อเข้าสู่พฤติกรรมในภายหลัง พฤติกรรมในอดีตจะถูกนำเสนอในลักษณะการปรับแต่งประวัติพฤติกรรมทางบวก โดยยกประเด็นประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรม และสอนวิธีให้ผู้ช่วยสามารถฟันฝ่าอุปสรรคทั้งหลายเพื่อการนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว และก่อให้เกิดความสามารถในระดับที่สูง และให้ความรู้สึกทางบวกในความสำเร็จของการแสดงออกในอดีต รวมทั้งให้ข้อมูลป้อนกลับทางบวก

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factors) ในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ 1). ปัจจัยด้านชีววิทยา ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย สภาวะวัยรุ่น สภาวะหมดระดู ความจุปอด ความแข็งแรงของร่างกาย ความกระฉับกระเฉง และความสมดุลของร่างกาย 2). ปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง 3). ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ สัญชาติ ชาติพันธุ์ วรรณนา วัฒนธรรม การศึกษา และสถานะทางสังคมเศรษฐกิจ โดยปัจจัยส่วนบุคคลดังกล่าวมีอิทธิพลโดยตรงต่อปัจจัยด้านอารมณ์และ การคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรมและมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

2. ความคิดและความรู้สึกเฉพาะต่อพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognition and Affect) เป็นมโนทัศน์หลักที่สำคัญในการสร้างแรงจูงใจให้บุคคลมีการพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง มโนทัศน์หลักนี้ ประกอบด้วยมโนทัศน์ย่อยทั้งหมด 5 มโนทัศน์ ดังนี้

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Benefits of Action) เป็นการวางแผนของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมเฉพาะใดๆ โดยขึ้นอยู่กับ การคาดการณ์ถึงผลประโยชน์ที่ได้รับหรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น มโนทัศน์นี้มีพื้นฐานความเชื่อมาจากทฤษฎีความคาดหวัง การให้คุณค่า (Expectancy-value theory) การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นแรงเสริมทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมตามประสบการณ์ในอดีตที่พบว่าพฤติกรรมนั้นให้ผลทางบวกต่อตนเอง ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมอาจจะเป็นทั้งประโยชน์ภายนอกและภายใน ยกตัวอย่างเช่น ประโยชน์จากภายใน เช่น การเพิ่มความตื่นตัว หรือการลดความรู้สึกเมื่อล่า ส่วนประโยชน์จากภายนอกนั้น เช่น การได้รับรางวัลเงินทอง หรือความเป็นไปได้ของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดจากผลของการปฏิบัติพฤติกรรม ในระยะแรกนั้น ประโยชน์จากภายนอกจะเป็นที่รับรู้มากกว่า แต่ประโยชน์ภายในนั้นจะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องมากกว่า ขนาดของความคาดหวังและความสัมพันธ์ชั่วคราวของประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ก็เป็นผลกระทบอย่างหนึ่งต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อในประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมหรือความคาดหวังผลที่เกิดขึ้นในทางบวกก็เป็นสิ่งจำเป็น แม้ว่าอาจจะไม่สำคัญแต่ก็จำเป็นในพฤติกรรมเฉพาะบางอย่าง

2.2 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Barriers to Action) เป็นการคาดการณ์ถึงอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพนั้น อาจจะเป็นสิ่งที่คาดคะเนหรือเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงก็ ซึ่งอุปสรรคดังกล่าวประกอบด้วย อุปสรรคภายในและภายนอกของบุคคล อุปสรรคภายใน ได้แก่ ความขี้เกียจ ความไม่รู้ ไม่มีเวลา ไม่พึงพอใจ ถ้าต้องปฏิบัติพฤติกรรมและความเข้าใจผิดเกี่ยวกับพฤติกรรม เป็นต้น อุปสรรคภายนอก ได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจ ขาดแคลนสิ่งเอื้ออำนวยในการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น ค่าใช้จ่ายสูง การรับรู้ว่ายาก สภาพอากาศ และความไม่สะดวก เป็นต้น อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพนี้อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือ

เป็นสิ่งที่บุคคลคาดคิดก็ได้ ซึ่งมีผลต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม และมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลให้หลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

2.3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived Self-Efficacy) การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง ความเชื่อมั่นของบุคคล เกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการบริหารจัดการและกระทำพฤติกรรมใดๆ ภายใต้อุปสรรคหรือสถานะต่างๆในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เมื่อบุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพภายใต้อุปสรรคหรือสถานการณ์ต่างๆได้และรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับสูงจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพลดลงได้และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยผ่านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและความมุ่งมั่นต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่วางไว้

2.4 ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม (Activity-Related Affect) ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม หมายถึง ความรู้สึกในทางบวกหรือลบที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และหลังการปฏิบัติพฤติกรรม การตอบสนองความรู้สึกนี้อาจมีน้อย ปานกลาง หรือ มาก การตอบสนองความรู้สึกต่อพฤติกรรมใดๆ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความน่าสนใจของกิจกรรมหรือพฤติกรรม (activity-related) ความรู้สึกต่อตนเองเมื่อปฏิบัติพฤติกรรม (self-related) หรือสภาพแวดล้อมหรือบริบทที่เกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรม (context-related) ความรู้สึกที่ดีหรือความรู้สึกทางบวกมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ แต่ถ้าบุคคลเกิดความรู้สึกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในทางลบก็จะมีผลให้บุคคลหลีกเลี่ยงในการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว

2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences) อิทธิพลระหว่างบุคคล หมายถึง พฤติกรรม ความเชื่อ หรือทัศนคติของคนอื่นที่มีอิทธิพลต่อความคิดของบุคคล แหล่งของอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรม ได้แก่ ครอบครัว พ่อ แม่ พี่น้อง เพื่อน และบุคคลากรทางการแพทย์ นอกจากนี้ อิทธิพลระหว่างบุคคลหมายรวมถึง บรรทัดฐาน ความคาดหวังหรือความเชื่อ ของบุคคลที่สำคัญ ของชุมชน ที่ได้วางมาตรฐานของการปฏิบัติพฤติกรรมเอาไว้ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ของบุคคลว่าเครือข่ายทางสังคมของตนเองให้การสนับสนุนทั้งด้านวัตถุ ข้อมูลข่าวสาร และอารมณ์มากน้อยเพียงใด และการเห็นแบบอย่าง การเรียนรู้จากการสังเกตผู้อื่นที่กระทำพฤติกรรมนั้นๆ อิทธิพลระหว่างบุคคลมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านแรงผลักดันทางสังคม (social pressure) หรือความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติ

2.6 อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situational Influences) อิทธิพลจากสถานการณ์ หมายถึง การรับรู้และความคิดของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทที่สามารถเอื้อหรือขัดขวาง การปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อิทธิพลสถานการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หมายความว่ารวมถึง การรับรู้เงื่อนไขที่มาสนับสนุน ความต้องการ และความราบรื่น สุขสบาย ของสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติพฤติกรรม บุคคลมักจะเลือกทำกิจกรรมที่ทำให้เขารู้สึกว่าเข้ากับวิถีชีวิต สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมของตนเอง รู้สึกปลอดภัยและมั่นคงเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมใน สภาพแวดล้อมนั้นไม่ใช่สิ่งที่มาคุกคามซึ่งสภาพแวดล้อมหรือสถานการณ์ที่น่าตื่นตาตื่นใจ น่าสนใจ รู้สึกคุ้นเคย จึงเป็นสิ่งที่ดึงดูดหรือทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

3. ผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรม (Behavioral Outcome) การเกิดพฤติกรรมผลลัพธ์ 3 อย่าง ได้แก่

3.1 ความตั้งใจในการวางแผนการกระทำ (Commitment to a Plan of Actions) ความตั้งใจในการวางแผนการกระทำ เป็นกระบวนการคิดที่ประกอบด้วยความตั้งใจที่จริงจังที่จะ กระทำพฤติกรรมซึ่งสอดคล้องกับเวลา บุคคล สถานที่ โดยอาจทำร่วมกับผู้อื่น รวมทั้งมีกลยุทธ์ที่ ชัดเจนในการปฏิบัติพฤติกรรมและการให้แรงเสริมทางบวกในการปฏิบัติพฤติกรรม ความตั้งใจและกล ยุทธ์นี้จะเป็นตัวผลักดันให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นในแบบจำลองการ ส่งเสริมสุขภาพ ความตั้งใจในการวางแผนการกระทำ มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสร้างเสริม สุขภาพ

3.2 ปัจจัยความต้องการและความพอใจที่แทรกแซงในทันทีทันใด (Immediate Competing Demands and Preferences) ปัจจัยความต้องการและความพอใจที่แทรกแซงใน ทันทีทันใด หมายถึง พฤติกรรมอื่นที่เกิดขึ้นทันทีทันใดก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามที่ วางแผนไว้และอาจทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามที่ได้วางแผนไว้ พฤติกรรมอื่นเกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลไม่สามารถควบคุมตนเอง (Self-regulation) จากความชอบ ความ พพอใจของตนเองและความต้องการของบุคคลอื่น พฤติกรรมที่เกิดขึ้นโดยทันทีโดยการมุ่งกระทำตาม ความจำเป็นอื่นถูกมองว่าเป็นพฤติกรรมที่อยู่เหนือตนเอง เป็นสิ่งที่บุคคลสามารถควบคุมได้น้อย เนื่องจากเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม ดังนั้น ความจำเป็นและทางเลือกอื่น เป็นปัจจัยส่งผลโดยตรง ต่อการเกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลในระดับปานกลางต่อความตั้งใจในการวางแผน การกระทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามความจำเป็นอื่นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้นไม่ควร จะเกิดขึ้นบ่อย เพราะถ้าเกิดขึ้นบ่อยจะแสดงว่าบุคคลพยายามอ้างหาเหตุผลเพื่อจะไม่ปฏิบัติพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพ

3.3 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Health-Promoting Behavior) พฤติกรรมสร้างเสริม สุขภาพเป็นจุดสุดท้ายและผลจากการปฏิบัติพฤติกรรมในแบบจำลองสร้างเสริมสุขภาพอย่างไรก็ตาม

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นตัวบ่งชี้โดยตรงต่อการผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ประสบผลสำเร็จในผู้รับบริการ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพนั้นบางส่วนก็ได้บูรณาการเข้ากับการใช้ชีวิตประจำวัน ผลที่ได้ก็คือการปรับภาวะสุขภาพ การเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกช่วงพัฒนาการของมนุษย์

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender (2006) โดย Pender (1996) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมทางด้านสุขภาพในชีวิตประจำวัน เพื่อคงไว้หรือยกระดับภาวะสุขภาพของตนเอง เกิดความผาสุกของชีวิต และความมีคุณค่าตนเอง ซึ่งเป็นการปฏิบัติตนทางบวก หรือส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีขึ้น เน้นพฤติกรรมสุขภาพที่เกิดจากแรงจูงใจที่ต้องการยกระดับสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น ซึ่งการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างหนึ่ง ที่ผู้ป่วยจะต้องให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อคาดหวังผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพ ลดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลว และชะลอความก้าวหน้าของโรค คงไว้ซึ่งสุขภาพกายและสุขภาพใจที่ดี

บทบาทของพยาบาลต่อการส่งเสริมการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะโรคเรื้อรัง ที่ต้องได้รับการรักษาตามแผนการรักษาที่ซับซ้อน ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ที่เชี่ยวชาญเฉพาะทางในหลากหลายสาขา รวมไปถึงพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้วย พยาบาลเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและญาติมากกว่าสาขาวิชาชีพอื่นทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ซึ่งหากพยาบาลสามารถที่จะแสดงบทบาททางการพยาบาลเพื่อดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีศักยภาพ บูรณาการองค์ความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างเหมาะสม โดยยึดหลักของความเห็นเหตุผลและปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานของวิชาชีพ ก็จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพของผู้ป่วยได้สูงสุด โดยบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจัดจำแนกตามสมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) ตามที่สภาการพยาบาลกำหนดไว้ดังนี้

1. การพัฒนา จัดการ และกำกับระบบการดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่เฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรค (Care Management)

พยาบาลจะทำหน้าที่ในการประเมินผู้ป่วยในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเกี่ยวกับการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาว่า ผู้ป่วยมีความเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรค สาเหตุการภาวะหัวใจล้มเหลว แผนการรักษาของบุคลากรทางการแพทย์ และมีความเข้าใจถึงเหตุผลที่ผู้ป่วย

จะต้องปฏิบัติเพื่อให้สอดคล้องกับแนะนำในการรักษาหรือไม่ และผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาได้มากน้อยเพียงใด ภายหลังจากการประเมินผู้ป่วยแล้ว พยาบาลจะทราบถึง ความรุนแรงของปัญหาและวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา ได้ชัดเจนขึ้น โดยจะต้องครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมของผู้ป่วย การวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและชัดเจน จะทำให้พยาบาลสามารถพัฒนา และสร้าง ทีมในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเป็นระบบ มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มี ประสิทธิภาพ จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเมื่อกลับบ้าน

2. การดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่เฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน (Direct care)

ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นภาวะที่เกิดขึ้นในระยะสุดท้ายจากพยาธิสภาพของโรคหัวใจและ หลอดเลือดอื่นๆ จำเป็นต้องรับประทานยาและเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต เป็น กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังและมีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน ที่ต้องได้รับการดูแลจากบุคคลากร ทางการแพทย์หลายสาขา ซึ่งพยาบาลจะเป็นบุคคลากรทางสุขภาพที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด พยาบาลจะต้องสามารถให้ความรู้และคำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติได้อย่างถูกต้องและชัดเจน ทั้งในเรื่องของความรู้เกี่ยวกับโรค อาการและอาการแสดงที่ผิดปกติของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว การจัดการกับอาการนั้นๆ รวมไปถึงการส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแนวทางการรักษาเพื่อลด โอกาสของการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลว สัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย และญาติ จะเป็นแรงสนับสนุนให้ผู้ป่วยในการปฏิบัติพฤติกรรม และสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีให้กับ ผู้ป่วยได้ (van der Wal and Jaarsma, 2008, Wu et al., 2008)

3. การประสานงาน (Collaboration)

พยาบาลจะมีหน้าที่ในการประสานงานกับบุคคลากรทางการแพทย์ในหลากหลายสาขา เพื่อ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญในทุกๆด้าน เช่น แพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด การที่ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญ จะทำให้ ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสม และได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามคำแนะนำใน การรักษาอย่างครบถ้วน ผู้ป่วยจะปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาได้ดีขึ้น ทำให้แผนการรักษา มี ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นด้วย

4. การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowering) การสอน (Educating) การฝึกทักษะ (Coaching) และการเป็นที่เฝ้าระวังในการปฏิบัติ (Monitoring)

พยาบาลจะต้องมีเทคนิคในการสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยและญาติ มีการสร้าง แรงจูงใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา โดยการใช้คำพูดที่เข้าใจง่าย สามารถสื่อสารให้

ผู้ป่วยเข้าใจและเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาและยินดีร่วมมือในการปฏิบัติ เมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมและเต็มใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาแล้ว พยาบาลจะมีหน้าที่ในการสอนให้ความรู้กับผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา โดยมีการเลือกใช้สื่อการสอนที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและญาติแต่ละราย การฝึกทักษะในการปฏิบัติจะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจได้ง่ายขึ้น เช่น การฝึกการอ่านฉลากอาหารเพื่อดูส่วนประกอบของเกลือ การฝึกการประเมินปริมาณน้ำเข้าและปริมาณน้ำออกจากร่างกาย การฝึกการนับเม็ดยาเพื่อติดตามการใช้ยา โดยพยาบาลทำหน้าที่ทั้งเป็นผู้ฝึกทักษะ และคอยคิดตามผลการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษาและเกิดผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพของผู้ป่วยมากที่สุด

5. การให้คำปรึกษาทางคลินิก (Consultation) ในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มที่ตนเองเชี่ยวชาญ

พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จะเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรค และสภาพปัญหาของโรคและผู้ป่วยมากที่สุด ซึ่งการทำหน้าที่ในการให้คำปรึกษากับพยาบาลผู้ปฏิบัติการและทีมพยาบาล จะส่งผลดีกับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก คือทำให้ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลไปในทิศทางเดียวกันและได้รับการพยาบาลสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย ทั้งยังเป็นการสร้างทีมในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวให้มีการพัฒนาองค์ความรู้และวิทยาการใหม่ๆอย่างต่อเนื่องอีกด้วย

6. การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent)

พยาบาลผู้เชี่ยวชาญจะต้องมีการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวใหม่ๆอยู่เสมอ มีการสร้างแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และแนวทางปฏิบัติเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว รวมไปถึงการพัฒนานวัตกรรมในการดูแลและติดตามการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาผู้ป่วย เช่น อุปกรณ์ในการประเมินปริมาณน้ำเข้า และน้ำออก อุปกรณ์ที่ใช้ในการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย สื่อการสอนที่ทันสมัยสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยมีเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ผู้ป่วยในกลุ่มโรคนี้ได้ดูแลและการพยาบาลที่ดีขึ้นโดยยึดหลักฐานความรู้ทางวิชาการและงานวิจัย

7. การให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical reasoning and Ethical decision making)

พยาบาลจะต้องปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดหลักคุณธรรมจริยธรรม มีจรรยาบรรณในการให้บริการผู้ป่วย ให้การดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานการพยาบาล และสามารถตัดสินใจประเด็นปัญหาทางจริยธรรมได้อย่างเหมาะสม ภายใต้กฎหมายของวิชาชีพพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลใดๆ จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและญาติก่อนทุกครั้ง รวมทั้งการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาด้วย จะต้องเป็นความร่วมมือกัน มีความเห็นพ้องตรงกันของบุคลากรทางการแพทย์และ

ผู้ป่วยที่เห็นว่าควรจะปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา เพราะการปฏิบัตินั้นจะส่งผลดีต่อตัวผู้ป่วย เป็นอันดับแรก

8. การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence- base practice)

การพัฒนาองค์ความรู้ของตนเองให้ทันสมัยอยู่เสมอ จะทำให้พยาบาลเลือกที่จะนำผลการศึกษาวิจัยและการทบทวนวรรณกรรมจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ มาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวให้มีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การศึกษาทบทวนแนวทางในการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งจากงานวิจัยในประเทศและต่างประเทศจะทำให้พยาบาลมีความรู้ที่กว้างขวาง มีวิทยาการใหม่ๆ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยที่ตนเองรับผิดชอบดูแล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ได้มาตรฐานโดยอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์

9. การจัดการและการประเมินผลลัพธ์ (Outcome management and evaluation)

การสร้างฐานข้อมูลเพื่อเก็บข้อมูลและประวัติการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยมีข้อมูลในการรักษาที่ต่อเนื่อง โดยหากพยาบาลสามารถสร้างฐานข้อมูลเพื่อจัดเก็บข้อมูลของผู้ป่วยได้อย่างเป็นระบบ จะทำให้การเข้าถึงข้อมูลเป็นไปได้ง่ายขึ้น และยังเป็นแหล่งข้อมูลให้สำหรับบุคลากรทางการแพทย์สาขาอื่นสามารถเรียกใช้ข้อมูลร่วมกันได้ด้วย ทั้งนี้พยาบาลจะต้องกำหนดตัวชี้วัดและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลเพื่อวัดผลการปฏิบัติการพยาบาลด้วย เช่น เมื่อให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาแล้ว หลังจากให้การพยาบาล จะต้องประเมินว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาอยู่ในระดับใด และวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคของการพยาบาลเพื่อปรับปรุงแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งในและต่างประเทศดังนี้

นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ (2531) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง ในผู้ป่วยจำนวน 100 ราย ที่แผนกผู้ป่วยนอกใน 4 โรงพยาบาล พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .1986$) , ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .5744$) และความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .5202$) โดยที่ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายเลือดคั่งได้ร้อยละ 38.89

จันทร์เพ็ญ สมโน (2551) ศึกษาถึงภาวะซึมเศร้าและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลเชียงใหม่ราม จำนวน 88 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 85 ให้ความร่วมมือในการรักษา และกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้ามักคิดเป็นร้อยละ 38.64 โดยผู้ป่วยกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะให้ความร่วมมือในการรักษาน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า

เยาวภา บุญเที่ยง (2545) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพ และการกลับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง จำนวน 90 ราย ใน 3 โรงพยาบาลในภาคกลางของประเทศไทย พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .636$, $p < .001$) , การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.184$, $p < .05$) , และ พฤติกรรมสุขภาพอย่าง มีความสัมพันธ์ทางลบกับการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.261$, $p < .01$)

หทัยรัส เวชมนัส (2547) ศึกษาถึงปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย จำนวน 200 คน ใน 2 โรงพยาบาลจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 32.90 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .001

เกศรา โชคนำชัยสิริ (2551) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว นำการศึกษาในโรงพยาบาลนพรัตน์ ราชธานี จำนวน 80 ราย พบว่า ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว และการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนาย

พฤติกรรมการดูแลตนเองได้ร้อยละ 46 อย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ ($R^2=.46$, $p < .001$) โดยภาวะสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้มากที่สุด ($\beta=.34$, $p < .001$) รองลงมาได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ($\beta=.32$, $p < .001$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta=.26$, $p < .001$)

พัชรวรรณ ศรีคง (2554) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 132 ราย พบว่าการสนับสนุนทางสังคม ($r = .525$) การรับรู้ประโยชน์ ($r = .436$) การรับรู้ความรุนแรง ($r = .369$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.389$)

Van der Wal และ Jaarsma (2008) ได้วิเคราะห์และทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ พบว่าปัจจัยที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยวัยสูงอายุไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา ประกอบด้วย 1. ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ โดยอธิบายว่า การขาดการสนับสนุนทางสังคม และผู้ป่วยที่อาศัยอยู่คนเดียว นั้นจะมีความเสี่ยงที่จะไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาสูงขึ้น รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงจะมีผลทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงที่จะไม่ไปรับการรักษาต่อเนื่องด้วย 2. ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ เช่น ความรุนแรงของอาการ และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งส่งผลต่อเนื่องมาจากการดำเนินของโรค โรคร่วม นำไปสู่ข้อจำกัดในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา 3. ปัจจัยด้านสถานบริการพยาบาล โดยได้อธิบายว่าความสัมพันธ์ที่ดี ระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วยจะมีผลให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาที่ดีขึ้นได้ 4. ปัจจัยด้านการรักษา พบว่า แนวทางการรักษาที่ซับซ้อน การเปลี่ยนยาและการรักษาเป็นประจำ และผลข้างเคียงจากการใช้ยา จะทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาลดลง 5. ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษายังมีผลสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาด้วย

Sayers และคณะ (2008) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 74 คน ที่เข้ารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจ ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งของประเทศสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษาพบความสัมพันธ์ระดับสูงระหว่างพฤติกรรมดูแลตนเองและการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอธิบายว่า การได้รับการสนับสนุนจากสังคมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรมดูแลที่ดีขึ้นได้

Lennie และ คณะ (2008) ได้ศึกษาเชิงปริมาณ เพื่อทดสอบหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ การรับรู้อุปสรรค และทัศนคติ ต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำ โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 145 คน ผลการศึกษาพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 25 ที่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาได้ และผลจากการศึกษาพบว่า ความรู้ การรับรู้อุปสรรค และทัศนคติ มีผลสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Luyster และ คณะ (2008) ได้ศึกษาเชิงปริมาณ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะซึมเศร้า กลุ่มอาการวิตกกังวล และการละเลยการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 88 คน ซึ่งผลการศึกษาพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 16 ที่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาได้อย่างสม่ำเสมอ และยังพบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า กลุ่มอาการวิตกกังวล ว่ามีผลสัมพันธ์ทางลบต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา โดยผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า หรือมีภาวะเครียด วิตกกังวล จะทำให้ผู้ป่วยละเลยการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาไป

Dunbar และคณะ (2008) ได้วิเคราะห์และทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างอิทธิพลจากครอบครัว ต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผลการศึกษาสรุปได้ว่า การได้รับการสนับสนุนจากสังคม ไม่ว่าจะเป็น บุคคลในครอบครัว หรือเพื่อนนั้น มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา และมีผลสัมพันธ์ต่อการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วย รวมถึงการได้รับการสนับสนุนทางด้านความรู้ การให้ข้อมูล การสร้างทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาจากทีมสุขภาพ ยังส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาที่ดีขึ้นด้วย โดยผู้วิจัยยังได้เสนอแนะถึงการศึกษาวิจัยในอนาคตให้มุ่งเน้นและเห็นถึงความสำคัญของครอบครัวให้เข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มากยิ่งขึ้น

Kato และ คณะ (2009) ได้ศึกษาวิจัยในเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 116 คน ในแผนกผู้ป่วยนอกของประเทศญี่ปุ่น ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคนั้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Heo และ คณะ (2009) ได้ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 20 คน เป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับความเชื่อ ทัศนคติ และการรับรู้เกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารและผลต่อภาวะสุขภาพ โดยผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวนร้อยละ 85 รับประทานถึงความจำเป็นในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาด้านการรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำ แต่มีเพียงร้อยละ 60 ที่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในการ

รับประทานอาหารได้ ซึ่งพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติได้แก่ ระดับความรู้ การสนับสนุนจากสังคม สถานะทางสังคม และความสะดวกในการเลือกซื้ออาหาร

Alosco และคณะ (2012) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผิดปกติด้านการคิดวิเคราะห์ และการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 149 คน โดยผลการวิจัยสรุปได้ว่า ความผิดปกติด้านการคิดวิเคราะห์ที่มีผลสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

จากนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในรูปแบบงานวิจัยเชิงทดลอง รวมไปถึงรูปแบบการจัดกระทำทางการแพทย์จะมีผลส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาได้ดียิ่งขึ้นทั้งที่เป็นงานวิจัยในประเทศและต่างประเทศ โดยเลือกนำเสนองานวิจัยที่ผู้วิจัยมีเห็นว่าสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับงานวิจัยที่จะศึกษาในครั้งนี้ได้ ดังนี้

งานวิจัยในประเทศ

จूरินทร์ เจริญพงศ์ (2550) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ต่อการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย พัฒนาโปรแกรมตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Pender (1996) โดยรายละเอียดของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย การสร้างเสริมความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรม ด้วยการบรรยาย แลกเปลี่ยนความรู้ การใช้คู่มือส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมกับการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน ด้วยการให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามคำแนะนำจนสำเร็จ ผลการวิจัยสรุปว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นิภาพร ประจันบาน (2550) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในและญาติผู้ดูแล แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 23 คู่ และกลุ่มควบคุม 24 คู่ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมผู้ป่วยและญาติจะได้รับการสอนให้ความรู้เป็นรายบุคคลเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว และการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เช่นการฝึกรับประทานอาหาร การจัดยา การประเมินสัญญาณชีพ การเลือกรับประทานอาหาร ภายหลังการทดลองผู้วิจัย

ประเมินการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในสัปดาห์ที่ 4 พบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พรทิพย์ ราชภัณฑ์ (2550) ได้พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม โดยนำแนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ด้วยการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายให้ได้รับข้อมูล 4 แหล่ง คือ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น 3) การชักจูงด้วยคำพูด และ 4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ ร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) ในการส่งเสริมสมาชิกในครอบครัวให้สนับสนุนผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายออกกำลังกาย ประกอบด้วยการส่งเสริมการสนับสนุน 4 ด้าน คือ 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านการประเมินค่า 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร และ 4) ด้านทรัพยากร เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย ผลการวิจัยพบว่า คะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

เช่นเดียวกับการศึกษาของพิกุล ดินามาส (2550) ได้พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้แนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ผลการวิจัยสรุปว่า คะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

งานวิจัยต่างประเทศ

Evangelista และ Shinnick (2008) ได้วิเคราะห์บททวนวรรณกรรม และเขียนบทความเผยแพร่เกี่ยวกับการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาและการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งได้นำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาและการจัดการกระทำด้วยวิธีต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรมปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาที่ตั้นั้น จำแนกได้ 3 วิธีหลักๆ คือ

วิธีที่หนึ่ง การจัดการกระทำด้านการให้ความรู้ (Education Intervention) มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว อาการ และแผนการรักษา ตัวอย่างเช่น โปรแกรมการให้ความรู้ที่พยาบาลเป็นผู้สอนเพื่อให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา และสามารถดูแลตนเองได้ในเรื่องของการติดตามอาการด้วยตนเอง การจำกัดเกลือ การรับประทานยา โปรแกรมการให้ความรู้ด้านการใช้ยา กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดที่จัดการกระทำโดยเภสัชกร และมุ่งให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้ป่วยจะได้รับการให้สุศึกษาผ่านทางสื่อวีดิทัศน์ การสอน 1 ครั้ง จากเภสัชกร และการติดตามทางโทรศัพท์เป็นระยะเวลา 1 ปี และโปรแกรมที่จัดให้ผู้ป่วยมีการรวมกลุ่มกันแลกเปลี่ยนความรู้ และความคิดเห็น จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองจากการพูดคุยกับกลุ่มผู้ป่วยด้วยกันเอง มีการแลกเปลี่ยนทัศนคติทั้งประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา

วิธีที่สอง ด้านการปรับพฤติกรรม (Behavioral Intervention) งานวิจัยในกลุ่มนี้จะมุ่งในการกระตุ้นแรงจูงใจ และพัฒนาสมรรถนะของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเชื่อมั่นถึงความสามารถของตนเองที่จะปรับเปลี่ยน งานวิจัยในกลุ่มนี้เช่น การใช้เครื่องติดตามการใช้ยาอิเล็กทรอนิกส์ (Medication electronic monitor) เป็นอุปกรณ์ที่มีลักษณะเป็นกล่องใส่ยา ที่มีการติดตั้งอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ใช้ในการบันทึกเวลาในการเปิดและปิดกล่องยา ข้อมูลจะถูกบันทึกและส่งต่อไปยังคอมพิวเตอร์ วิธีการนี้พบว่า ไม่ได้ช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมการใช้ยาให้ดีขึ้นได้ แต่ผู้วิจัยได้รายงานต่อว่าการจัดการกระทำนี้มีผลสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย หรือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) โดยพยาบาลจะเป็นผู้โทรศัพท์ติดตามอาการ ซึ่งได้ผลดีในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาได้ดีขึ้น ซึ่งวิธีนี้จะเป็นการส่งเสริมพลังอำนาจของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิธีที่สาม การจัดการกระทำด้านจิต สังคม (Psychosocial Intervention) มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมการรับรู้ด้านบวก ความเชื่อและทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา รวมไปถึงการจัดการกับความวิตกกังวล อารมณ์ซึมเศร้า ที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง และการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาลดลงด้วย

Sethares และ Elliott (2004) ได้พัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบย่อ โดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎี Health Beliefs Model โดยโปรแกรมดังกล่าวเป็นการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยโดยพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงประโยชน์และรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหัวใจล้มเหลว ซึ่งประกอบด้วย การรับประทานอาหาร, การรับประทานยา, การติดตามอาการด้วยตนเอง โดยเป็นข้อความที่สั้นและกระชับ ซึ่งได้พัฒนาเนื้อหาของข้อมูลมาจากการศึกษาของ Bennett (2000) การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม เป็นกลุ่มทดลอง (n = 33) และกลุ่มควบคุม (n = 37) กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบย่อ ทั้งหมด 3 ครั้ง คือ ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล 1 ครั้ง, 1 สัปดาห์หลังออกจากโรงพยาบาล และ 1 เดือนหลังออกจากโรงพยาบาล ภายหลังจากทดลองประเมินตัวแปรตามคือ อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล คุณภาพชีวิต และการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบย่อจะมีการเปลี่ยนแปลงของความเชื่อในการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และคุณภาพชีวิตไม่มีความแตกต่างกัน

Shearer, Cisar และ Greenberg (2006) ได้พัฒนาโปรแกรมการติดตามทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ศึกษาในผู้ป่วยที่มีอายุ 21 ปีขึ้นไป แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ (telephone-delivered empowerment intervention) และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 45 คน สำหรับโปรแกรมการติดตามทางโทรศัพท์จะติดตามโดยพยาบาลที่ได้รับการฝึกฝนและมีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ทั้งหมด 6 ครั้ง คือ 1 ครั้งขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล และในสัปดาห์ที่ 2, 4, 6, 8 และ 12 ภายหลังจากออกจากโรงพยาบาล โดยเนื้อหาของการโทรศัพท์ติดตามประกอบด้วย การประเมินอาการและอาการแสดง การประเมินการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา และมุ่งให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมพลังอำนาจในการจัดการตนเองของผู้ป่วย มีเป้าหมายเพื่อสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ป่วยในการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรค บนฐานแนวคิดทฤษฎีการสร้างเสริมพลังอำนาจของ Rogers ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการติดตามทางโทรศัพท์จากพยาบาลจะมีการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ)

Lofvenmark และ คณะ (2011) ได้ศึกษาวิจัยเชิงทดลอง โดยพัฒนาโปรแกรมการให้สุขศึกษาแก่สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้สุขศึกษากับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในกลุ่มทดลอง ผู้ร่วมวิจัยพบกับผู้เชี่ยวชาญหลากหลายสาขา เนื้อหาของโปรแกรมการให้สุขศึกษาจะพัฒนาตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวของ European Society of Cardiology ผู้ร่วมวิจัยจะต้องเข้าร่วมโปรแกรมทั้งหมด 6 ครั้ง ประกอบด้วย ครั้งที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการและอาการแสดง

แนวทางการรักษา โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ ครั้งที่ 2 เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการติดตามอาการด้วยตนเอง การชั่งน้ำหนักตัว การสังเกตอาหารผิดปกติ การจัดการอาการด้วยตนเอง โดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ ครั้งที่ 3 เรียนรู้เกี่ยวกับการจำกัดอาหารเค็ม การจำกัดน้ำ อาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ให้ความรู้คือนักโภชนาการ ครั้งที่ 4 เรียนรู้ การออกกำลังกายและการบริหารร่างกาย ฝึกทักษะโดยนักกายภาพบำบัด ครั้งที่ 5 เป็นการประเมินปัญหา และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยโดยทีมเวชศาสตร์ครอบครัว ครั้งที่ 6 เป็นการติดตามผล และประเมินผล ผลการวิจัยพบว่า สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มทดลอง ที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้สุขศึกษาจากทีมสุขภาพ จะมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติพบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้วิจัยคาดหวังว่า ความรู้ความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จะมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและช่วยลดการกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้

Piamjariyakul และคณะ (2013) ได้ศึกษาวิจัยเชิงทดลอง ทดสอบประสิทธิผลของการสอนแนะทางโทรศัพท์ (telephone coaching program) แก่สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้โทรศัพท์เป็นสื่อในการฝึกสอนและให้คำปรึกษาแก่สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวให้สามารถจัดการกับอาการของผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ศรัทธาแห่งตน (Self - efficacy) เพื่อให้ความรู้พัฒนาทักษะ และสร้างความเชื่อมั่นให้กับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยให้สามารถที่จะดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ การดำเนินการทดลองเป็นเป็น 4 ครั้ง โดยรายละเอียดของกิจกรรมประกอบด้วย ครั้งที่ 1 เป็นการประเมินความพร้อมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ครั้งที่ 2 พยาบาลผู้เชี่ยวชาญจะทำให้ที่เป็นผู้ฝึกสอนให้แก่สมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม สอนและพัฒนาทักษะบทบาทของการเป็นผู้ดูแล การให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามอาการ ครั้งที่ 3 พยาบาลจะแนะนำแหล่งข้อมูล และสถานบริการทางการแพทย์พยาบาลใกล้บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์พยาบาลได้ง่าย และแนะนำแหล่งของข้อมูลออนไลน์สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวให้สืบค้นความรู้ได้ที่บ้าน ครั้งที่ 4 พยาบาลจะแนะนำถึงการติดต่อสถานบริการ เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวกเมื่อมีเหตุการณ์ฉุกเฉินของผู้ป่วยเกิดขึ้น ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมจะมีคะแนนภาระงานของผู้ดูแล (Caregiver burden score) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่ทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า รูปแบบการจัดกระทำทางการพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดีนั้นมีการศึกษาอย่างต่อเนื่องทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยมีการทำแนวคิด ทฤษฎีที่หลากหลายมาบูรณาการและประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยที่ผู้วิจัยศึกษา สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ความไม่สม่ำเสมอของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยเป็นปัญหาที่สำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องให้ความสำคัญ การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วย งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การที่ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวนั้น จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพ และมีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาที่ดีขึ้นด้วย การศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงสนใจที่จะส่งเสริมบทบาทของญาติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวให้มีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาอย่างสม่ำเสมอ โดยบูรณาการร่วมกับแนวคิดแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender (2006) ทั้งแนวคิด การส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และอิทธิพลระหว่างบุคคล รวมไปถึงการกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์จากพยาบาลอย่างต่อเนื่องด้วย

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์

1. การสร้างสัมพันธภาพและประเมินความพร้อม ทั้งด้านร่างกาย/จิตใจ และตั้งเป้าหมายร่วมกันกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล

2. การให้ข้อมูล (สอนรายบุคคล)

2.1 ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ ในเรื่อง 1) สาเหตุการเกิดโรค พยาธิสรีรวิทยา และการดำเนินของโรค, 2) การรักษาด้วยยา และประโยชน์จากการรับประทานยา

3) การเลือกรับประทานอาหาร และประโยชน์ของการรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำ โดยรายละเอียดของเนื้อหาจะกระชับและเข้าใจง่าย ภายหลังจากการให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัย และให้กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อทบทวนความรู้ที่ได้รับ

2.2 ลดการรับรู้อุปสรรค เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ระบายถึงอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาได้ วิเคราะห์ปัญหาและร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไข้ปัญหา

โดยในขั้นตอนนี้ผู้ดูแลหลักจะต้องเข้าร่วมกิจกรรมกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ได้รับทราบข้อมูลไปพร้อมกับกลุ่มตัวอย่าง และร่วมกันแก้ไข้ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

3. การสาธิตและพัฒนาทักษะ ผู้วิจัยสาธิตและพัฒนาทักษะของกลุ่มตัวอย่างในเรื่อง

1) การเลือกซื้ออาหารที่มีเกลือต่ำ และการอ่านฉลากส่วนประกอบของอาหาร 2) การคำนวณปริมาณเกลือโซเดียมที่ควรจำกัด 3) แนะนำการใช้ยาและการนับเม็ดยาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของการรับประทานยา

4. การติดตาม และกระตุ้นเตือน ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมและกระตุ้นเตือนแก่กลุ่มตัวอย่าง ทบทวนความรู้และฝึกปฏิบัติซ้ำในสัปดาห์ที่ 3 หลังจากให้โปรแกรม (นัดพบกลุ่มตัวอย่างให้ตรงกับวันที่แพทย์นัดติดตามอาการ) และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6 และผู้วิจัยจะแนะนำให้ญาติทำหน้าที่ในการกระตุ้นเตือนกลุ่มตัวอย่างในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา และผู้ดูแลจะมีบทบาทในการช่วยเหลือ/สนับสนุน และกระตุ้นเตือน ให้กลุ่มตัวอย่างได้ปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาอย่างต่อเนื่อง

การปฏิบัติตาม
คำแนะนำในการ
รักษา

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม ประเมินผลก่อนและหลังการทดลอง (Two - groups pretest-posttest design with comparison group) แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ และกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีรูปแบบการวิจัยดังนี้

กลุ่มทดลอง	O ₁	X	O ₂
กลุ่มควบคุม	O ₃		O ₄

X หมายถึง โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์

O₁ หมายถึง คะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์

O₂ หมายถึง คะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์

O₃ หมายถึง คะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาก่อนได้รับการดูแลตามปกติ

O₄ หมายถึง คะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาหลังได้รับการดูแลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล แผนกผู้ป่วยใน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรมสามัญ โรงพยาบาล ชลประทาน จังหวัดนนทบุรี

ผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนด ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 , กำหนดขนาดของอำนาจทดสอบเท่ากับ 0.80 และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดกลางที่ระดับ 0.5 จากการเปิดตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 22 คน (Burns and Grove, 2009) ผู้วิจัย

จึงเก็บตัวอย่างเพิ่มเป็นกลุ่มละ 25 คน รวมเป็น 50 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างการศึกษาวิจัย

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติในการคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว อายุระหว่าง 18 – 65 ปี เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชลประทาน จังหวัดนนทบุรี และมีอาการดีขึ้น ก่อนการจำหน่ายกลับบ้าน
2. อาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัว โดยสมาชิกในครอบครัวมีคุณสมบัติดังนี้
 - 2.1 เป็นผู้ดูแลหลัก อายุ 18 ปีขึ้นไป และอยู่ดูแลใกล้ชิดกับกลุ่มตัวอย่าง
 - 2.2 ยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมการทดลองอย่างน้อย 1 ครั้ง (กิจกรรมครั้งที่ 1)
3. ไม่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งประเมินตามแบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D ฉบับภาษาไทย (กลุ่มตัวอย่างจะต้องมีคะแนนน้อยกว่า 16 คะแนน จึงถือว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า)
4. มีเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้
5. สามารถสื่อสารเข้าใจ อ่านภาษาไทยได้ ฟังรู้เรื่อง

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษาวิจัย (Exclusion criteria) ดังนี้คือ

1. มีอาการกำเริบในระหว่างการทดลองและต้องเข้ารับการรักษากายในโรงพยาบาล คือ มีอาการหอบเหนื่อยมากขึ้น ต้องใช้ออกซิเจนช่วยในการหายใจ ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันลดลง ไม่สามารถนอนราบได้ มีอาการบวมตามร่างกาย
2. ไม่สามารถติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างได้ระหว่างการทดลองหรือเข้าร่วมวิจัยไม่ครบ 7 ครั้ง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างรายใดที่ถูกคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ขออนุมัติจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชลประทาน จังหวัดนนทบุรี ในการศึกษาวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลจากแผนกผู้ป่วยใน อายุรกรรมสามัญ
2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าร่วมการศึกษาวิจัยตามที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น
3. ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย
4. ผู้วิจัยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Random assignment) เพื่อแบ่งกลุ่มตัวอย่าง เข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่แทนที่ (กำหนดตัวเลข 1 – 50) เมื่อมีผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน และมีอาการดีขึ้น มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือก และยินยอมเข้า

ร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะจับฉลากขึ้นมา 1 หมายเลข ถ้าผู้วิจัยจับได้หมายเลขที่กำหนดให้ผู้ป่วยรายนั้น เป็นกลุ่มทดลอง แต่ถ้าได้หมายเลขคือ กำหนดให้เป็นกลุ่มควบคุม ซึ่งทำให้ทุกหน่วยของกลุ่ม ตัวอย่างมีโอกาสเท่าๆ กัน ที่จะได้รับเลือกเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ของโรงพยาบาล ชลประทาน จังหวัดนนทบุรี และได้ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังจากที่ได้รับอนุมัติให้สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้ ผู้วิจัยจึงได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างและ แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ความเสี่ยง / อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของ กลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัย เมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มี ผลกระทบต่อการดูแลรักษาแต่อย่างใด ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะถือเป็นความลับ ผลของ การวิจัยจะนำเสนอข้อมูล ในภาพรวม จะไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง หาก กลุ่มตัวอย่างมีอาการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างการศึกษา ผู้วิจัยจะให้การรักษาช่วยเหลือ เบื้องต้นและให้กลุ่มตัวอย่างได้พบแพทย์เพื่อรักษาต่อในทันที หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วม การวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษรในใบยินยอมเข้าร่วม วิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของโรค (NYHA functional classification)

ชุดที่ 2 แบบประเมินการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา ผู้วิจัยได้นำแบบ ประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและแบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานยา

ของ รัตติยา ทองอ่อน (2554) มาปรับใช้ โดยตัดข้อความบางข้อ และเพิ่มเติมข้อความขึ้น เพื่อให้มีความชัดเจนและเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของการประเมินตัวแปรตามในการวิจัยครั้งนี้ แบบประเมินการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษานี้มีข้อความทั้งหมด 14 ข้อ ประกอบด้วยข้อความที่วัดพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาด้านการรับประทานอาหาร 8 ข้อ ข้อความที่วัดพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาด้านการรับประทานยา 6 ข้อ เป็นข้อความที่มีความหมายทางด้านบวก 11 ข้อ (ข้อ 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 13 และ 14) ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบประเมินค่า 4 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ คือ เป็นประจำ = 4 คะแนน , บ่อยครั้ง = 3 คะแนน , บางครั้ง = 2 คะแนน , และ ไม่เคยปฏิบัติ = 1 คะแนน และมีข้อความที่เป็นด้านลบ 3 ข้อ (1, 3 และ 12) ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบประเมินค่า 4 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ คือ เป็นประจำ = 1 คะแนน , บ่อยครั้ง = 2 คะแนน , บางครั้ง = 3 คะแนน , และ ไม่เคยปฏิบัติ = 4 คะแนน นำคะแนนที่ได้มาบวกกัน ถ้ามีคะแนนรวมมาก หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษามาก และคะแนนรวมน้อย หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้แก่ อายุรแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 1 คน, อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 2 คน และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 2 คน (ดังรายชื่อในภาคผนวก ก) พิจารณาความสอดคล้องของข้อความเปรียบเทียบกับนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ รวมถึงภาษาที่ใช้ในข้อความ โดยกำหนดระดับความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิเป็น 4 ระดับ คือ 4 หมายถึง ข้อความมีความสอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการมาก 3 หมายถึง ค่อนข้างสอดคล้อง, 2 หมายถึง สอดคล้องน้อย, และ 1 หมายถึง ไม่สอดคล้อง (Polit & Hungler, 1999) โดยกำหนดค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ที่ยอมรับได้ในระดับมากกว่าหรือเท่ากับ 0.80 (Polit & Hungler, 1999) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงข้อความตามข้อเสนอแนะ และคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ผลการตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา ได้เท่ากับ .93

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มประชากรที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Reliability) หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) โดยใช้เกณฑ์ที่ยอมรับได้มากกว่าหรือเท่ากับ 0.7 (Burns and Grove, 2009) ผลการตรวจสอบค่าความเที่ยงของแบบประเมินการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาด้านการรับประทานอาหารและการรับประทานยา ได้เท่ากับ 0.83 (ดังแสดงในภาคผนวกหน้า 128)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ เป็นรูปแบบการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาด้านการรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำ และการรับประทานยาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยบูรณาการแนวคิด การรับรู้ ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ และอิทธิพลระหว่างบุคคล จากทฤษฎีแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender (2006) โดยมีขั้นตอนการสร้างโปรแกรมดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าเอกสารทางวิชาการ และงานวิจัยต่างๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์รวบรวมข้อมูล รวมถึงได้ศึกษาและนำแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender (2006) มาประยุกต์และพัฒนาเป็นรูปแบบการจัดกระทำทางการพยาบาลให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง

2. กำหนดเนื้อหาสาระสำคัญให้สอดคล้องกับคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ตามแนวทางปฏิบัติมาตรฐานเพื่อการวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ฯ (2551) โดยสอดแทรกแนวคิดส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ รับรู้อุปสรรค และพัฒนาทักษะให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาได้อย่างถูกต้อง โดยมีสื่อที่ใช้ประกอบการให้ข้อมูล ดังนี้

2.1 คู่มือการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาด้านการรับประทานอาหารและยา สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เรื่อง “ปฏิบัติตัวอย่างไร .. ให้หัวใจแข็งแรง” เป็นคู่มือที่ทำขึ้นเพื่อให้คำแนะนำ ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับแผนการรักษา ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยขอบเขตของเนื้อหาประกอบด้วยความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว การรับประทานยาที่เหมาะสมกับโรค การเลือกซื้อ

อาหารและการอ่านฉลากส่วนประกอบ , ข้อมูลส่วนผสมของเกลือโซเดียมในเครื่องปรุงรส, ยาที่ใช้ในการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว, การออกฤทธิ์และผลข้างเคียงของยา

2.2 ปฏิทินแขวนผนัง ที่มีภาพสัญลักษณ์หรือข้อความสั้นๆ ที่ช่วยเตือนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา ทั้งในเรื่องของการรับประทานยา การรับประทานอาหาร เพื่อให้ผู้ป่วยสังเกตเห็นได้ง่ายและช่วยกระตุ้นการปฏิบัติ

2.3 “สมุดบันทึกการใช้ยาประจำตัว” ใช้ในการบันทึกชนิดและวิธีการรับประทานยาทุกตัว เพื่อให้ผู้ป่วยจำได้ง่ายขึ้น และลดความคลาดเคลื่อนในการบริหารตาด้วยตนเองที่บ้าน

2.4 สื่อการสอนใช้รูปแบบการนำเสนอภาพนิ่งผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ รูปภาพสี่ประกอบการสอน โดยขอบเขตของเนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาด้านการรับประทานยาและยา และโมเดลอาหารมีฉลากระบุ

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์

ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ แผนการสอนเรื่องภาวะหัวใจล้มเหลวและการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา และคู่มือเรื่อง “ปฏิบัติตัวอย่างไร .. ให้หัวใจแข็งแรง” เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม และความครอบคลุมของเนื้อหา หลังจากนั้นได้นำเครื่องมือไปขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้แก่ อายุรแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 1 คน, อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 2 คน และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 2 คน (ดังรายชื่อในภาคผนวก ก) เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และความถูกต้องของภาษาที่ใช้ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิไปปรับปรุงให้มีเนื้อหาที่ถูกต้องเหมาะสม

หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 3 คน ผลของการทดลองใช้เครื่องมือพบว่า ผู้ป่วยสามารถเข้าใจเนื้อหาตามแผนการสอนได้ดี และระยะเวลาที่ใช้ในการสอนมีความเหมาะสมเป็นไปตามกำหนด

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน Belief about Medication Compliance Scale (BMCS) and Belief about Dietary Compliance Scale (BDCS) ของ Bennett และคณะ ในปี ค.ศ.1997 ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎี Health Belief Model โดยใช้ปัจจัยย่อยด้าน Perceived

Benefits และ Perceived Barriers ซึ่งปัจจัย 2 ด้านที่กล่าวมามีความสอดคล้องและได้ปรากฏอยู่ในแนวคิดแบบจำลองสุขภาพของ Pender (2006) ด้วย ผู้วิจัยจึงของอนุญาตให้เครื่องมือวิจัยจากต่างประเทศผ่านทางวารสารที่ตีพิมพ์ เนื่องจากไม่สามารถติดต่อเจ้าของเครื่องมือได้ โดยได้รับจดหมายตอบรับอนุญาตให้สามารถนำเครื่องมือวิจัยไปใช้ได้ (แสดงในภาคผนวกหน้า 106) และนำเครื่องมือต้นฉบับภาษาอังกฤษมาแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยวิธีการแปลย้อนกลับ (Back-translation) โดยผู้เชี่ยวชาญสองภาษาจำนวน 2 คน ข้อคำถามมีทั้งหมดจำนวน 24 ข้อ และแบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ คือ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานอาหาร (คำถามข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 11 และ 12) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานอาหาร (คำถามข้อ 6, 7, 8, 9, และ 10) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานยา (คำถามข้อ 13, 14, 19, 22 และ 23) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานยา (คำถามข้อ 15, 16, 17, 18, 20, 21 และ 24) ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบประเมินค่า 5 ระดับ ข้อคำถามที่เป็นความหมายเชิงบวกหรือข้อคำถามที่แสดงถึงการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 5 คะแนน, เห็นด้วย เท่ากับ 4 คะแนน, ไม่แน่ใจ เท่ากับ 3 คะแนน, ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 2 คะแนน, ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 คะแนน และข้อคำถามที่เป็นความหมายเชิงลบหรือข้อคำถามที่แสดงถึงการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 คะแนน, เห็นด้วย เท่ากับ 2 คะแนน, ไม่แน่ใจ เท่ากับ 3 คะแนน, ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 4 คะแนน, ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 5 คะแนน นำคะแนนที่ได้มารวมกัน ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมมาก หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเชิงบวกต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาสูง และหากคะแนนรวมน้อย หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเชิงบวกต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือกำกับการทดลอง

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือกำกับการทดลองที่ผ่านการแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยผู้เชี่ยวชาญสองภาษาจำนวน 2 คน ด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ (Back translations) และการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษา ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพ (Health Care Providers) จำนวน 5 คน ได้แก่ อายุรแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 1 คน, อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 2 คน และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 2 คน (ดังรายชื่อในภาคผนวก ก) พิจารณาความสอดคล้องของ ข้อคำถามเปรียบเทียบฉบับภาษาไทยกับต้นฉบับภาษาอังกฤษ

รวมถึงความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในข้อคำถาม โดยกำหนดระดับความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิเป็น 4 ระดับ คือ 4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการมาก, 3 หมายถึง ค่อนข้างสอดคล้อง, 2 หมายถึง สอดคล้องน้อย, และ 1 หมายถึง ไม่สอดคล้อง (Polit & Hungler, 1999) โดยกำหนดค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ที่ยอมรับได้ในระดับมากกว่าหรือเท่ากับ 0.80 (Polit & Hungler, 1999) จากนั้นคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) และนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะ ผลการตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานอาหารและการรับประทานยา ได้เท่ากับ 1.0

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) โดยใช้เกณฑ์ที่ยอมรับได้ มากกว่าหรือเท่ากับ 0.7 (Burns and Grove, 2009) ผลการตรวจสอบค่าความเที่ยงของแบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานอาหารและการรับประทานยา ได้เท่ากับ 0.88 (ดังแสดงในภาคผนวกหน้า 128)

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ขั้นตอนการดำเนินการทดลองแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ขั้นตอนดำเนินการทดลอง และขั้นสิ้นสุดการทดลอง ดังนี้

ขั้นเตรียมการทดลอง

1. ผู้วิจัยเตรียมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ และเครื่องมือประเมินผลที่จะใช้ในการวิจัยที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือแล้ว และเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยโดยการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการสอนและการให้ความรู้กับผู้ป่วย การฝึกทักษะการพูดชักจูงและให้คำปรึกษา

2. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ ตัวอย่างเครื่องมือวิจัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลประทาน จังหวัดนนทบุรี ขออนุมัติการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอรับการพิจารณาจริยธรรมของโรงพยาบาล ภายหลังจากได้รับอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าแผนก

อายุรกรรมของโรงพยาบาล เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และรายละเอียดวิธีการ เก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการทดลอง

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองที่โรงพยาบาลชลประทาน จังหวัดนนทบุรี ในระหว่างเดือน กันยายน 2556 ถึง มกราคม 2557 มีรายละเอียดดังนี้

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการอธิบายถึงรายละเอียดในการวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย และลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัยอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกและใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับสลากแบบไม่แทนที่ (กำหนดตัวเลข 1 - 50) ถ้าจับได้หมายเลขคู่กำหนดให้เป็นกลุ่มทดลอง ถ้าได้หมายเลขคี่กำหนดให้เป็นกลุ่มควบคุม

2. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล โดยเริ่มจากการแนะนำตัวผู้วิจัย สร้างสัมพันธภาพ และอธิบายวิธีดำเนินการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 (วันจำหน่ายกลับบ้าน)

สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างและญาติ โดยผู้วิจัยแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างฟัง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา, แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา (Pre-test) หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลประจำการของหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ โรงพยาบาลชลประทาน โดยพยาบาลจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานอาหารจำกัดเกลือ และแนะนำการใช้ยาตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ ในวันที่ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน

สัปดาห์ที่ 8

นัดกลุ่มตัวอย่างให้ตรงกับวันที่แพทย์นัดติดตามอาการ และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา, แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา (Post-test)

เมื่อสิ้นสุดขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยมอบหนังสือคู่มือ “ปฏิบัติตัวอย่างไร ... ให้หัวใจแข็งแรง”, ปฏิทินแขวนผนัง และสมุดบันทึกการใช้ยาประจำตัวแก่กลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งให้ข้อมูลตามโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 (วันก่อนจำหน่ายกลับบ้าน 1 วัน)

1. สร้างสัมพันธภาพ และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา, แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา (Pre-test)

2. ให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างและญาติเป็นรายบุคคล ในเรื่อง 1) สาเหตุการเกิดโรค พยาธิสรีรวิทยา และการดำเนินของโรค, 2) การรักษาด้วยยา และประโยชน์จากการรับประทานยา 3) การเลือกรับประทานอาหาร และประโยชน์ของการรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำ โดยเนื้อหาสั้น กระชับและเข้าใจง่าย ภายหลังจากการให้ข้อมูล ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัย (ใช้ระยะเวลา 45 - 60 นาที)

3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์ที่ดีและคิดว่าเป็นประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา ให้กลุ่มตัวอย่างได้ระบายถึงอุปสรรคหรือปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาได้ วิเคราะห์ปัญหาและร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ร่วมกันทั้งพยาบาล ผู้ป่วย และญาติ (ใช้ระยะเวลา 30 นาที)

ในกิจกรรมครั้งที่ 1 ผู้วิจัยจะพบกับผู้ดูแลหลักและให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้กล่าวไว้ข้างต้นโดยร่วมเรียนรู้พร้อมกับกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพูดคุยและให้คำแนะนำแก่ญาติเกี่ยวกับการดูแลและสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา ในด้านการรับประทานอาหารและการรับประทานยา (ระยะเวลา 30 นาที) โดย

ก. ให้ญาติเป็นผู้ให้การสนับสนุนแก่กลุ่มตัวอย่าง ทั้งด้านวัสดุสิ่งของ พากกลุ่มตัวอย่างเลือกซื้ออาหารที่เหมาะสมกับโรค ช่วยในการเตรียมอาหาร ช่วยเตรียมยาที่กลุ่มตัวอย่างต้องรับประทานในแต่ละมื้อ และสนับสนุนด้านอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยการให้กำลังใจ รับฟังความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง

ข. ให้ญาติเป็นแบบอย่าง ในการเลือกรับประทานอาหาร โดยญาติจะต้องเป็นผู้นำในการเลือกรับประทานอาหารที่ดีมีประโยชน์ เลี่ยงการใส่เครื่องปรุงรส เลี่ยงการรับประทานอาหารรสจัด เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ปฏิบัติตามโดยไม่รู้สึกว่าการเลือกรับประทานอาหารที่ดีมีประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพเป็นเรื่องยากเกินที่จะปฏิบัติได้

ค. แนะนำให้ญาติทำหน้าที่ในการกระตุ้นเตือนกลุ่มตัวอย่างในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานยาและการรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำ รวมทั้งพูดโน้มน้าวให้กลุ่มตัวอย่างให้เห็นว่า การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษานั้นเป็นสิ่งที่ดีและควรปฏิบัติ

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 (วันจำหน่ายกลับบ้าน)

การสอนสาธิตและการฝึกทักษะ ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ในเรื่อง 1) การเลือกซื้ออาหารที่มีเกลือต่ำ และการอ่านฉลากส่วนประกอบของอาหาร, 2) การคำนวณปริมาณเกลือโซเดียมที่ควรจำกัดในแต่ละวัน, 3) แนะนำการใช้ยาและการนับเม็ดยาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของการรับประทานยา พร้อมทั้งผู้วิจัยจะให้ “สมุดบันทึกการใช้ยาประจำตัว” แก่กลุ่มตัวอย่าง และสอนให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกตารางการรับประทานยาทุกชนิดลงในสมุด โดยที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าใจว่าในหนึ่งมื้อจะต้องรับประทานยาอะไรบ้าง

สัปดาห์ที่ 3

นำกลุ่มตัวอย่างให้ตรงกับวันที่แพทย์นัดติดตามอาการ ทบทวนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาที่เหมาะสม พร้อมทั้งสอบถามการปฏิบัติและกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ (ใช้ระยะเวลา 30 นาที)

สัปดาห์ที่ 2, 4, และ 6

ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา พร้อมทั้งกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาด้านการรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำ และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัย โดยใช้เวลาในช่วงที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก (ใช้ระยะเวลา 15 - 30 นาที)

สัปดาห์ที่ 8

นำกลุ่มตัวอย่างให้ตรงกับวันที่แพทย์นัดติดตามอาการ และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาด้านการรับประทานอาหารและการรับประทานยา , แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานอาหารและการรับประทานยา (Post-test)

ขั้นสิ้นสุดการทดลอง

ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและญาติที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย กลุ่มควบคุมและญาติจะได้รับคู่มือและได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาด้านการรับประทานอาหาร และการรับประทานยา เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

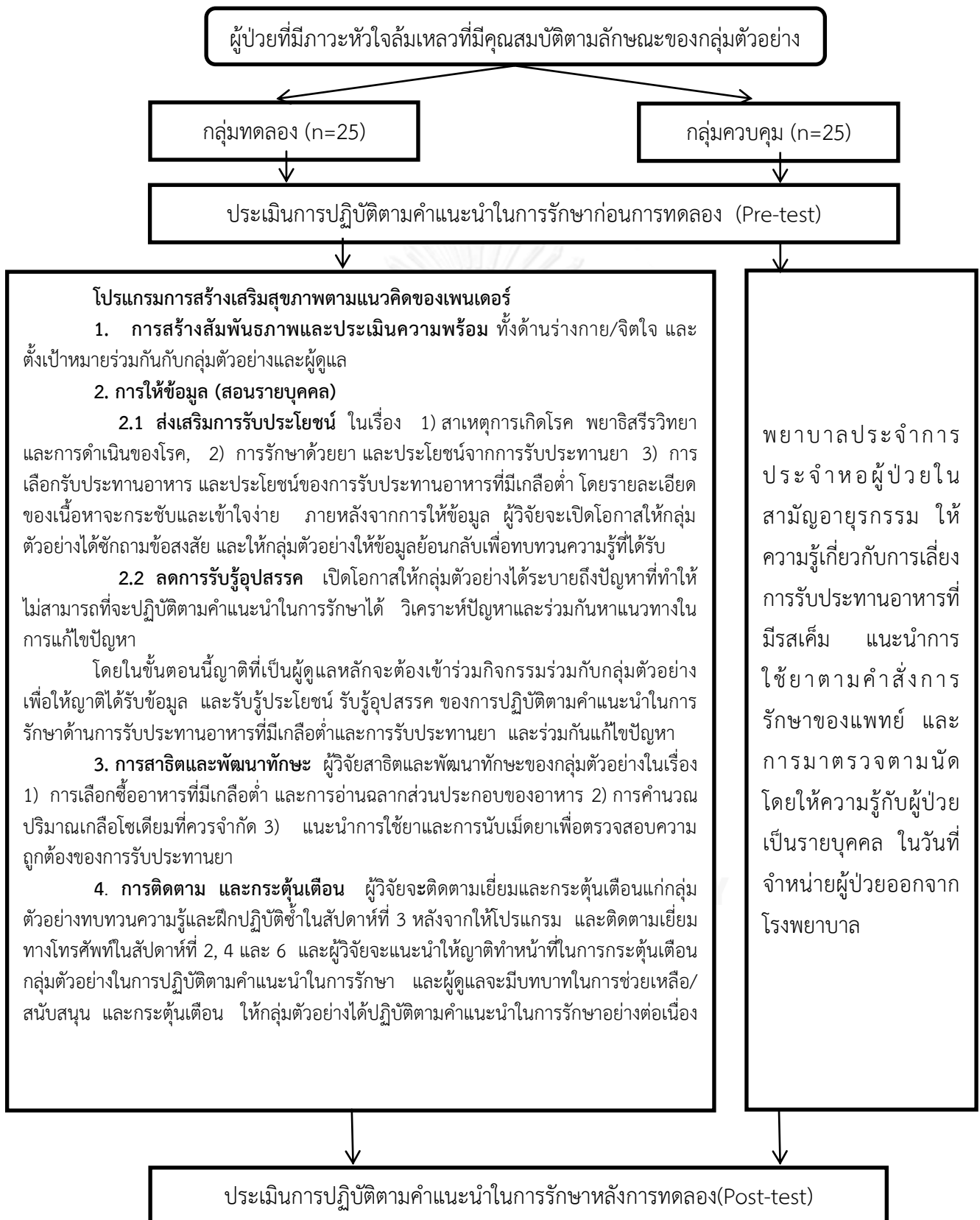
ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป มีขั้นตอน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการเจ็บป่วยและจำนวนโรคร่วม ระดับความรุนแรงของโรค ใช้สถิติบรรยาย (Descriptive Statistics) หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ โดยใช้สถิติ Dependent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. เปรียบเทียบการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ โดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มวัดก่อนการทดลองและวัดหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน อายุรกรรมสามัญ โรงพยาบาลชลประทาน จังหวัดนนทบุรี จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน โดยผู้วิจัยใช้การสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากเพื่อแบ่งเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับดังนี้

- ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของประชากรกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนโรคประจำตัว และระดับความรุนแรงของโรค ความสัมพันธ์ของประชากรกลุ่มตัวอย่างกับผู้ดูแลหลัก
- ส่วนที่ 2** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติด้วยสถิติทดสอบค่าที (Independent T - test)
- ส่วนที่ 3** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ของกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทดสอบค่าที (Dependent T - test) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา ก่อนและหลังได้รับการดูแลตามปกติของกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบค่าที (Dependent T - test)
- ส่วนที่ 4** เปรียบเทียบร้อยละของคะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (25 คน)		กลุ่มทดลอง (25 คน)		รวม (50 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	10	40.00	8	32.00	18	36.00
หญิง	15	60.00	17	68.00	32	64.00
อายุ						
40 – 49 ปี	4	16.00	5	20.00	9	18.00
50 – 59 ปี	15	60.00	15	60.00	30	60.00
60 – 65 ปี	6	24.00	5	20.00	11	22.00
อายุเฉลี่ย (\bar{X})	$\bar{X} = 57.56, SD = 4.32$		$\bar{X} = 54.52, SD = 5.86$		$\bar{X} = 56.04, SD = 5.32$	
สถานภาพสมรส						
โสด	2	8.00	2	8.00	4	8.00
คู่	12	48.00	17	68.00	29	58.00
หม้าย	5	20.00	3	12.00	17	34.00
หย่า / แยกกันอยู่	6	24.00	3	12.00	9	18.00
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้รับการศึกษา	1	4.00	1	4.00	2	4.00
ประถมศึกษา	6	24.00	4	16.00	10	20.00
มัธยมศึกษา	8	32.00	7	28.00	15	30.00
ปริญญาตรี	9	36.00	13	52.00	22	44.00
อื่นๆ (ปริญญาโท)	1	4.00	0	0.00	1	2.00
อาชีพ						
พ่อบ้าน/ แม่บ้าน	3	12.00	1	4.00	4	8.00
รับจ้าง	4	16.00	8	32.00	12	24.00
เกษตรกรรวม	4	16.00	3	12.00	7	14.00
ค้าขาย	4	16.00	4	16.00	8	16.00
รับราชการ	4	16.00	6	24.00	10	20.00
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	6	24.00	3	12.00	9	18.00

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม จำนวนโรคประจำตัว ระดับความรุนแรงของโรค และความสัมพันธ์ของตัวอย่างกับผู้ดูแลหลัก

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (25 คน)		กลุ่มทดลอง (25 คน)		รวม (50 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนโรคประจำตัว						
โรคประจำตัว 1 โรค	2	8.00	3	12.00	5	10.00
โรคประจำตัว 2 โรค	5	20.00	7	28.00	12	24.00
โรคประจำตัว 3 โรค	15	60.00	13	52.00	28	56.00
โรคประจำตัว 4 โรค	3	12.00	2	8.00	3	10.00
ขึ้นไป						
ระดับความรุนแรงของโรค (NYHA - FC) (ประเมินก่อนมีอาการกำเริบและรักษาโรงพยาบาล)						
ระดับ 1 (I)	2	8.00	3	12.00	5	10.00
ระดับ 2 (II)	13	52.00	13	52.00	26	52.00
ระดับ 3 (III)	10	40.00	9	36.00	19	38.00
ระดับ 4 (IV)	0	0.00	0	0.00	0	0.00
ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลหลักกับประชากรกลุ่มตัวอย่าง						
เป็นบุตร	12	48.00	10	40.00	22	44.00
เป็นสามี / ภรรยา	6	24.00	9	36.00	15	30.00
เป็นพี่ / น้อง	3	12.00	2	8.00	5	10.00
เป็นญาติ	1	4.00	1	4.00	2	4.00
เป็นผู้ดูแล (รับจ้าง)	3	12.00	3	12.00	6	12.00

จากตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของประชากรกลุ่มตัวอย่าง แสดงจำนวน และร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนโรคประจำตัว ความสัมพันธ์ของประชากรกลุ่มตัวอย่างกับผู้ดูแลหลัก และระดับความรุนแรงของโรค (จำแนกตาม NYHA – Functional classification) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของประชากรกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 25 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 64 มีอายุอยู่ในช่วง 50 - 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 และอายุเฉลี่ยโดยประมาณของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 56 ปี ซึ่งทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยที่ใกล้เคียงกัน (กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย (\bar{X}) เท่ากับ 57.56 และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 54.52) ครึ่งหนึ่งของประชากรกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพการสมรส คู่ คิดเป็น ร้อยละ 58 การศึกษาของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปริญญาตรีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44

รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 30 การประกอบอาชีพของประชากรกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะกระจายในแต่ละกลุ่มอาชีพใกล้เคียงกัน

กลุ่มตัวอย่างโดยครึ่งหนึ่งจะมีจำนวนโรคประจำตัว 3 โรค คิดเป็นร้อยละ 56 รองลงมาคือ 2 โรค คิดเป็นร้อยละ 24 (ดังตารางที่ 3) หากพิจารณาในรายละเอียดของโรคประจำตัวของประชากรกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 50 ราย จะพบโรคความดันโลหิตเป็นอันดับที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 80 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด รองลงมาคือ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (Coronary Artery Disease) ร้อยละ 66 และ โรคเบาหวาน ร้อยละ 56 ตามลำดับ ระดับความรุนแรงของโรคจำแนกตาม NYHA - Functional classification ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจะมีระดับความรุนแรงของโรคระดับ 2 (NYHA class II) ร้อยละ 52 รองลงมาคือ ระดับ 3 (NYHA Class III) ร้อยละ 38 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของประชากรกลุ่มตัวอย่างกับผู้ดูแลหลัก พบว่า ผู้ดูแลหลักของกลุ่มตัวอย่างเป็นบุตรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44 รองลงมาคือ พี่ / น้อง คิดเป็นร้อยละ 30 และมีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนที่มีผู้ดูแลหลักที่ไม่ใช่ญาติ คิดเป็นร้อยละ 12

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ และของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ของกลุ่มทดลอง และ ก่อนและหลังได้รับการดูแลตามปกติของกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทดสอบค่าที (Dependent T - test)

การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา	\bar{X}	SD	df	t	p - value
กลุ่มทดลอง (N = 25)					
ก่อนการทดลอง	37.32	3.41	24		
หลังการทดลอง	39.36	1.38	24	-2.730	0.012
กลุ่มควบคุม (N = 25)					
ก่อนการทดลอง	37.28	2.91	24		
หลังการทดลอง	36.32	1.82	24	1.509	0.144

จากตารางที่ 3 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ของกลุ่มทดลองด้วยสถิติทดสอบค่าที (Dependent T - test) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของกลุ่มทดลอง ก่อนการได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์มีค่าเท่ากับ 37.32 (SD = 3.41) และหลังจากการได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์มีค่าเท่ากับ 39.36 (SD = 1.38) โดยเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์เท่ากับ 2.04 คะแนน แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของกลุ่มทดลอง ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .012$)

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำ

ในการรักษาของกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับการดูแลตามปกติ พบว่า มีค่าเท่ากับ 37.28 (SD = 2.91) และหลังได้รับการดูแลตามปกติมีค่าเท่ากับ 36.32 (SD = 1.82) โดยเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา ก่อนและหลังการดูแลตามปกติมีค่าเท่ากับ 0.96 คะแนน แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกัน

จากการพิจารณาคะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาเป็นรายบุคคลของกลุ่มทดลอง พบว่า มีกลุ่มตัวอย่าง 2 คน ที่มีคะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาลดลงอย่างเห็นได้ชัด ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเตอร์ (แสดงในภาคผนวก หน้า 124) ในกลุ่มทดลองคนที่ 17 พบว่า คะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา ก่อนการทดลอง เท่ากับ 44 ภายหลังจากทดลอง เท่ากับ 38 โดยคะแนนลดลงถึง 6 คะแนน และในกลุ่มทดลองคนที่ 25 พบว่า คะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา ก่อนการทดลอง เท่ากับ 46 ภายหลังจากทดลอง เท่ากับ 39 โดยคะแนนลดลงถึง 7 คะแนน ผู้วิจัยจึงศึกษาข้อมูลย้อนกลับเพื่อวิเคราะห์ถึงสาเหตุที่ทำให้การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง 2 คนนี้ลดลง จึงพบว่า ในกลุ่มตัวอย่างคนที่ 17 ก่อนการประเมินการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา ภายหลังจากสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มตัวอย่างได้เข้าพบแพทย์เพื่อติดตามอาการ โดยในครั้งนี้แพทย์ได้มีการปรับการรักษา เพิ่มขนาดยาขับปัสสาวะ และยาลดความดันโลหิตให้กับกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันโลหิตสูงขึ้น จากการสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างทำให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างรายนี้รู้สึกวิตกกังวลกับอาการของโรค และแผนการรักษาเปลี่ยนแปลง ส่วนในกลุ่มทดลองคนที่ 25 พบว่า ในวันที่แพทย์นัดติดตามอาการ กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นจากเดิม หลังจากการสังสรรค์ในช่วงวันขึ้นปีใหม่กับครอบครัว ตนเองรู้สึกเหนื่อยขึ้นเล็กน้อย แพทย์จึงได้ปรับยาขึ้น จากการสอบถามกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ในวันที่ประเมินการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา ภายหลังจากทดลอง กลุ่มตัวอย่างรู้สึกเหนื่อยและไม่สบาย รวมถึงช่วงระหว่างการทดลองตรงกับช่วงที่กลุ่มตัวอย่างมีงานเลี้ยงสังสรรค์ในครอบครัว ทำให้คะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาลดลง

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาด้านการรับประทาน อาหารและการรับประทานยา ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด ของเพนเดอร์กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 4 ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา ระหว่างกลุ่มที่ ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์กับกลุ่มที่ได้รับการดูแล ตามปกติก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติทดสอบค่าที (Independent T - test)

การปฏิบัติตามคำแนะนำใน การรักษา	\bar{X}	SD	df	T	p - value
ก่อนการทดลอง (N = 50)					
กลุ่มควบคุม	37.28	2.91	48		
กลุ่มทดลอง	37.32	3.41	48	-0.045	.965
หลังการทดลอง (N = 50)					
กลุ่มควบคุม	36.32	1.82	48		
กลุ่มทดลอง	39.36	1.38	48	-6.655	.0001

จากตารางที่ 4 แสดงผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์กับกลุ่มที่ได้รับการดูแล ตามปกติก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติทดสอบค่าที (Independent T - test) พบว่า ก่อน การทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของกลุ่มควบคุม มีค่าเท่ากับ 37.28 (SD = 2.91) และกลุ่มทดลองมีค่าเท่ากับ 37.32 (SD = 3.41) ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า ก่อนการได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาไม่แตกต่างกัน

ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของ กลุ่มควบคุม มีค่าเท่ากับ 36.32 (SD = 1.82) ส่วนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 39.36 (SD = 1.38) ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า หลังจากได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของ เพนเดอร์ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาดีกว่า ผู้ป่วยที่มี ภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .0001$)

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบร้อยละของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของ เพนเดอร์

ตารางที่ 5 แสดงร้อยละของคะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของ เพนเดอร์

ข้อความ	เป็นประจำ (ร้อยละ)		บ่อยครั้ง (ร้อยละ)		บางครั้ง (ร้อยละ)		ไม่เคย (ร้อยละ)	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
1. ท่านเลือกซื้ออาหารที่มี ฉลากระบุ “โซเดียมต่ำ”	0	16	0	64	52	20	48	0
2. ท่านและครอบครัวปรุง อาหารรับประทานอาหารเอง	4	16	80	72	16	12	0	0
3. รับประทานอาหารหมักดอง	52	20	48	40	0	40	0	0
4. ท่านอ่านฉลากอาหารที่ติด อยู่บนบรรจุภัณฑ์ เพื่อดู ปริมาณเกลือโซเดียม	0	20	0	72	52	8	12	0
5. ท่านรับประทานอาหารปรุง สดมากกว่าการรับประทาน อาหารที่ผ่านการแปรรูป	40	76	60	24	0	0	0	0
6. ท่านใส่เครื่องปรุงรส เช่น น้ำปลา ซอส ลงในอาหารที่ ท่านกำลังจะรับประทาน	12	8	52	52	36	40	0	4
7. อาหารที่ท่านและครอบครัว ปรุงเอง จะไม่ใส่ผงชูรส	12	32	84	68	4	0	0	0
8. ท่านเลือกรับประทาน อาหารโดยคำนึงถึง คุณประโยชน์ต่อสุขภาพ มากกว่ารสชาติที่อร่อย	0	8	32	68	48	24	20	0
9. ท่านรับประทานยาครบทุก ชนิดตามแพทย์สั่ง	60	84	36	16	4	0	0	0
10. ท่านรับประทานยาตาม ขนาดยาที่เภสัชกรได้ระบุไว้ หน้าซองยา	68	84	32	16	0	0	0	0

ข้อความ	เป็นประจำ (ร้อยละ)		บ่อยครั้ง (ร้อยละ)		บางครั้ง (ร้อยละ)		ไม่เคย (ร้อยละ)	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
11. รับประทานยาครบทุกมื้อ	16	88	80	8	4	4	0	0
12. ท่านหยุดรับประทานยา เองโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง	0	0	4	0	60	8	36	92
13. เมื่อมีอาการผิดปกติจาก การใช้ยา ท่านจะปรึกษา แพทย์ทันที	0	0	0	20	24	52	76	28
14. ท่านไปตรวจตามแพทย์นัด	44	92	52	4	4	4	0	0

จากตารางที่ 5 เมื่อนำคะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเตอร์มาจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า แนวโน้มของคะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาดีขึ้นอย่างชัดเจนโดยกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเลือกรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำมากขึ้น มีการอ่านฉลากโภชนาการ รวมถึงมีการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ แต่ยังมีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนยังหยุดรับประทานยาเองโดยที่แพทย์ไม่ได้มีคำสั่ง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้ระบุเหตุผลของการหยุดรับประทานยาเองเนื่องจาก ไม่มีอาการแสดงของโรคแล้ว เกิดจากความไม่เข้าใจของกลุ่มตัวอย่างว่า ยามีความจำเป็นที่จะต้องรับประทานอย่างสม่ำเสมอ เป็นการควบคุมอาการ หากมีการหยุดใช้ก็จะทำให้เกิดอาการกำเริบซ้ำขึ้นมาได้ และมีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนหยุดรับประทานยาเองเนื่องจากยาหมด โดยมีความสัมพันธ์กับการไม่ได้ไปตรวจตามแพทย์นัด ทำให้ยาที่ได้รับไปในครั้งนี้ก่อนไม่เพียงพอแก่การรับประทาน ซึ่งการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอถือเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติควบคู่ไปกับการเลือกรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำ ส่วนผลการติดตามการเปลี่ยนแปลงของการใส่เครื่องปรุงรสในอาหารภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพนั้นยังมีการเปลี่ยนแปลงต่างจากก่อนการทดลองไม่มากนัก โดยจากการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยเลือกที่จะใส่เครื่องปรุงรสลงในอาหาร และลดปริมาณที่ใส่ลง เพื่อเพิ่มรสชาติให้อาหารที่จะรับประทาน

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ประชากรกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลชลประทาน จังหวัดนนทบุรี ระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2556 ถึงวันที่ 28 มกราคม 2557 จำนวน 50 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มคือ

กลุ่มทดลอง คือ กลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์

และกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์
2. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ จะมีคะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ จะมีคะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สรุปผลการวิจัย

1. การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ภายหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
2. การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติกับกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยการประยุกต์ใช้แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender (2006) สามารถอภิปรายผลการศึกษิตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 : ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ จะมีคะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์

จากผลการวิจัย เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ของกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทดสอบค่าที (Dependent T - test) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .012$) หมายความว่า หากผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ที่ผู้วิจัยได้ศึกษาพัฒนาขึ้นนั้น ผู้ป่วยได้รับรู้ประโยชน์รับรู้อุปสรรค ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาได้ดีขึ้น ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

Pender (2006) ได้อธิบายไว้ว่า บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมหรือกระทำสิ่งใดๆ เพราะเห็นว่ามีประโยชน์ มีคุณค่า หากบุคคลมีความเชื่อมั่นว่าตนสามารถทำพฤติกรรมนั้นได้ รวมถึงหากได้รับ

การสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน หรือบุคคลกรทางการแพทย์จะทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะทำพฤติกรรมนั้นๆมากยิ่งขึ้น จากแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender (2006) ผู้วิจัยได้นำปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกเฉพาะต่อพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognition and Affect) คือ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences) มาจัดกระทำ ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนและพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ขึ้น เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชากรกลุ่มตัวอย่างเห็นความสำคัญ เห็นประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา ลดความรู้สึกเป็นอุปสรรคของการปฏิบัติ จนกระทั่งผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาได้ดียิ่งขึ้น โดยกระบวนการของโปรแกรมนี้อาจประกอบไปด้วย การให้ความรู้และให้สุขศึกษาเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวโดยใช้คอมพิวเตอร์เป็นสื่อ ใช้ภาพสีประกอบการให้ข้อมูล เนื้อหาประกอบด้วย สาเหตุการเกิดโรค พยาธิสรีรวิทยา และการดำเนินของโรค การรักษาด้วยยา และประโยชน์จากการรับประทานยา การเลือกรับประทานอาหาร และประโยชน์ของการรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้เล่าถึงประสบการณ์ที่ดีและคิดว่าเป็นประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา และได้ระบายถึงอุปสรรคหรือปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาได้

นอกจากการให้ข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยยังใช้การพัฒนาทักษะของกลุ่มตัวอย่างในเรื่องของการเลือกรับประทานอาหารเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน แนะนำการใช้จ่ายและการนับเม็ดยาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของการรับประทานยา โดยมี “สมุดบันทึกการใช้จ่ายประจำตัว” เพื่อบันทึกตารางการรับประทานยาทุกชนิด โดยกระบวนการข้างต้นเหล่านี้จะต้องมีผู้ดูแลหลักเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลหรือการสอนสาธิตด้วยอย่างน้อยหนึ่งครั้ง เพื่อให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจร่วมกับผู้ป่วย และเป็นตัวช่วยในการสนับสนุน ช่วยย้ำเตือน ให้กำลังใจผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาได้ดีขึ้น

ภายหลังจากกิจกรรมที่ผู้วิจัยได้ให้กับผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยได้โทรศัพท์ติดตามเพื่อกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยได้มีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาอย่างต่อเนื่องในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6 และในสัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยได้นัดพบผู้ป่วยเพื่อทบทวนการปฏิบัติ และสอบถามปัญหาอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา และให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ตอบคำถามข้อสงสัยเพื่อลดอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาด้วย

จากผลการทดลองดังกล่าว จึงกล่าวโดยสรุปได้ว่า โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ที่ผู้วิจัยได้ศึกษาและพัฒนาขึ้นนั้น ส่งผลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวดีขึ้นได้ เป็นจริงตามที่ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานไว้ ซึ่งอภิปรายได้ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพที่กับกลุ่มตัวอย่าง เป็นการสร้างความไว้วางใจ และลดช่องว่างระหว่างบุคคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกทางบวกกับบุคคลากรทีมสุขภาพ โดย Pender (2006) ได้กล่าวถึง ปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคลว่า เมื่อบุคคลได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน หรือบุคคลกรทางการแพทย์จะทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะทำพฤติกรรมนั้นๆ และจากการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยและญาติที่ตั้นั้น จะมีผลสัมพันธ์ทางบวกต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยด้วย (Van der Wal and Jaarsma, 2008, Wu et al., 2008)

2. การให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ และลดการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา จากแนวคิดของ Pender (2006) อธิบายว่า บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมหรือกระทำสิ่งใดๆ เพราะเห็นว่ามิประโยชน์ มีคุณค่า ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค และชี้ให้เห็นข้อดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้เห็นถึงประโยชน์ในการปฏิบัติ เป็นผู้ให้คำปรึกษาเพื่อช่วยเหลือแก้ไขปัญหาาร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลลดการรับรู้อุปสรรคลงได้ ดังเช่นการศึกษาที่ผ่านมา ความเชื่อและทัศนคติที่ดีของผู้ป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญ ที่จะทำให้ผู้ป่วยเลือกที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา (Bennett et al., 1998, Van der Wal et al., 2005, Ekman et al., 2006)

3. การส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย .ในการศึกษาครั้งนี้ ได้สนับสนุนให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญและเข้ามามีบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย โดยผู้วิจัยจะให้ผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมการทดลองร่วมกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจถึงแนวทางการรักษาและการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างถูกต้อง รวมถึงเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ในการกระตุ้นเตือน ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ซึ่งจากแนวคิดของ Pender (2006) ญาติครอบครัว และบุคคลรอบข้าง จะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ ซึ่งการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและญาติผู้ดูแลจะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและมีคนคอยเตือนในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา ส่งผลต่อเนื่องในการลดการเกิดอาการกำเริบทางหัวใจและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ (Wu et al., 2011)

4. การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เป็นการกระตุ้นเตือน เสริมแรงจูงใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงคอยให้คำปรึกษา ชี้แนะ หากผู้ป่วยและผู้ดูแลมีปัญหาคับข้องใจที่ทำให้ไม่สามารถที่จะปฏิบัติได้ โดยวิธีการนี้ยังเป็นที่ยอมรับในการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง เนื่องจากเป็นกิจกรรมการทดลองที่ได้ผลตอบรับที่ดี ดังเช่นการศึกษาของ Shearer, Cisar and Greenberg (2006) ได้พัฒนาโปรแกรมการติดตามทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการติดตามทางโทรศัพท์จากพยาบาลจะมีการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากแนวคิดของ Pender (2006) ที่ได้อธิบายไว้ว่า บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมหรือกระทำสิ่งใด ๆ เพราะเห็นว่ามีประโยชน์ มีคุณค่า หากบุคคลมีความเชื่อมั่นว่าตนสามารถทำพฤติกรรมนั้นได้และได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน หรือบุคคลกรทางการแพทย์จะทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะทำพฤติกรรมนั้นๆ ในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender (2006) มาพัฒนาแนวทางให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้แนวคิดการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และอิทธิพลระหว่างบุคคลมาจัดกระทำ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาที่ดีขึ้น ผลการวิจัยครั้งนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา ดังเช่นในการศึกษาของ Sethares and Elliott (2004) ได้พัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบย่อ โดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ประโยชน์ โดยโปรแกรมดังกล่าวเป็นการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยโดยพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงประโยชน์และรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหัวใจล้มเหลว ซึ่งประกอบด้วย การรับประทานอาหาร, การรับประทานยาการติดตามอาการด้วยตนเอง , โดยเป็นข้อความที่สั้นและกระชับ การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบย่อ ทั้งหมด 3 ครั้ง คือ ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล 1 ครั้ง , 1 สัปดาห์หลังออกจากโรงพยาบาล และ 1 เดือนหลังออกจากโรงพยาบาล ภายหลังกการทดลองพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบย่อจะมีการเปลี่ยนแปลงของความเชื่อในการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการวิจัยของ อรทิพย์ เองฉ้วน (2549) ซึ่งได้นำแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender (2002) เลือกปัจจัยจัดกระทำกับการรับประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเช่นเดียวกัน โดยได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดงในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจะประกอบด้วย การให้ความรู้ ให้ข้อมูลถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมด้วยการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา ผลการวิจัยสรุปได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพส่งผลในทางบวกกับระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดงในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น และส่งผลให้ระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดงลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของกชพร อ่อนอภัย (2551) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โปรแกรมจะประกอบไปด้วย การสร้างเสริมความรู้และการรับรู้แก่กลุ่มตัวอย่าง การฝึกทักษะ สาธิตการเลือกประประทานอาหาร ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากที่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้รับโปรแกรมการประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีการรับรู้ความประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรค

หลอดเลือดสมอง และสามารถปฏิบัติตัวเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ดีกว่า ก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ ที่ผู้วิจัย ศึกษาและพัฒนาขึ้น จากการนำแนวคิดแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender (2006) โดย คัดสรรปัจจัยย่อยคือ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และอิทธิพลระหว่างบุคคล มาใช้ในการ ประยุกต์สร้างสรรคกิจกรรมในโปรแกรมการทดลอง สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจ ล้มเหลวได้มีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาที่ดีขึ้นได้ และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา

สำหรับในกลุ่มทดลองที่มีคะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาภายหลังการทดลอง ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง สามารถอภิปรายผลการทดลองได้ดังนี้คือ ในการประเมินภายหลัง การทดลองของกลุ่มตัวอย่างนั้นมีปัจจัยแทรกซ้อนที่มีผลกระทบต่อ การตอบแบบสอบถาม คือ ปัจจัย ด้านจิตใจและอารมณ์ของบุคคล ความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างจากภาวะของโรค และแผนการ รักษา ส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามด้วย รวมถึงปัจจัยภายนอกที่เกิดขึ้น ระหว่างการดำเนินการทดลอง คือปัจจัยด้านสังคม ซึ่งระหว่างดำเนินการทดลองเป็นช่วงของ เทศกาลการเฉลิมฉลองวันขึ้นปีใหม่ ทำให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทาน อาหารได้น้อยลง คะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาภายหลังการทดลองจึงต่ำกว่าก่อน การทดลอง จึงสรุปได้ว่า ปัจจัยแทรกซ้อนภายนอก เป็นปัจจัยสำคัญและมีผลกระทบต่อ การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยที่มาภาวะหัวใจล้มเหลวด้วย ผู้วิจัยจึงมีความจำเป็นที่ จะต้องควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนเหล่านี้ให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 : ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรม การสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ จะมีคะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากผลการวิจัย เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์กับกลุ่มที่ได้รับการดูแล ตามปกติก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติทดสอบค่าที (Independent T - test) พบว่า ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของกลุ่ม ควบคุม มีค่าเท่ากับ 36.32 (SD = 1.82) และกลุ่มทดลองมีค่าเท่ากับ 39.36 (SD = 1.38) ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า หลังจากได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาดีกว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจ ล้มเหลวที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .0001$) ซึ่งหมายถึง หากผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ที่ ผู้วิจัยได้ศึกษาพัฒนาขึ้นนั้น จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมและสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในการ

รักษาได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการวิจัยดังกล่าวจึงเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 จึงอภิปรายผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ ได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ จะได้รับการให้ความรู้และการสอนสุขศึกษาโดยการใช้คอมพิวเตอร์เป็นสื่อ ภาพสีประกอบการบรรยาย ในเรื่องของภาวะหัวใจล้มเหลวพยาธิสภาพ สาเหตุการเกิดโรค แนวทางการรักษา สอนสาธิต และฝึกทักษะการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่าย ทั้งในด้านของการเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค ประเภทของอาหารที่มีเกลือต่ำ การอ่านฉลากโภชนาการ แนะนำอาหารสุขภาพโดยใช้โมเดลอาหารประกอบการแนะนำ แนะนำการรับประทานยา การนับเม็ดยาเพื่อป้องกันการลืมรับประทานยา รวมถึงการแจกสมุดบันทึกการใช้ยาประจำตัว นอกจากการให้สุศึกษา การสอนสาธิตและการฝึกทักษะแล้ว ในโปรแกรมการทดลองจะมีการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม เพื่อสอบถามปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติ ให้คำปรึกษา และกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง รวมถึงในระหว่างการทดลองจะมีการนัดพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อทบทวนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาซ้ำอีกครั้ง จากการดำเนินการตามโปรแกรมการทดลองในช่วงต้นที่ได้ผ่านการทบทวนวรรณกรรมมาแล้วว่ากิจกรรมดังกล่าวจะส่งผลดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ผลการวิจัยครั้งนี้จึงสรุปได้ว่า โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ จะส่งผลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ทำให้ผู้ป่วยสามารถมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นได้ และมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งคะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาที่สูงขึ้นนี้ อาจส่งผลต่อเนื่องถึงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่ดีขึ้นได้ และคาดว่า อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะลดลง หากภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมการทดลองผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อจำกัดในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาในการวิจัยครั้งนี้ เป็นรูปแบบการรายงานตนเอง (self - report) อาจมีการรายงานผล หรือการตอบแบบประเมินไม่สอดคล้องกับพฤติกรรมของผู้ตอบแบบประเมินได้ ซึ่งอาจส่งผลต่อการสรุปผลการวิจัย จึงควรมีการศึกษาเครื่องมือเพื่อประเมินการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาอื่นเพิ่มเติมด้วย หรืออาจใช้ร่วมกับแบบประเมินชนิดการรายงานตนเอง (self - report) เพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่น่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ ที่สามารถส่งผลดีต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาที่ดีขึ้นได้ ดังนั้นพยาบาลปฏิบัติการและบุคลากรทางการแพทย์สามารถที่จะนำโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์มาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในหน่วยงานของตนได้ โดยการจัดกิจกรรมการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและญาติซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับรู้ถึงความสำคัญและประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา จากนั้นจึงสอนสาธิตและฝึกทักษะการเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรคและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย รวมถึงการอ่านฉลากโภชนาการ และให้คำปรึกษากับญาติเพื่อทำหน้าที่เป็นผู้เสริมแรง และกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง การส่งเสริมให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจะส่งผลดีทั้งในการสนับสนุนด้านจิตใจของผู้ป่วย เป็นกำลังใจ และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมอีกด้วย นอกจากนี้ยังสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยกลุ่มเรื้อรังโรคอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ เห็นความสำคัญ และรับรู้ถึงประโยชน์ของปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาอย่างสอดคล้องการแผนการรักษาของทีมสุขภาพได้

2. ด้านการบริหารทางการพยาบาล ผู้บริหารควรให้การสนับสนุนการนำผลการศึกษาวิจัยไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานของโรงพยาบาล และจำเป็นต้องสนับสนุน จัดสรรงบประมาณ เพื่อใช้ในการให้การพยาบาล และดูแลผู้ป่วยแบบเข้าถึงตัวผู้ป่วยและญาติ การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม การสร้างสรรค์อุปกรณ์สื่อการสอนสุขภาพอย่างเหมาะสม และควรส่งเสริมให้ทีมพยาบาลมีการนำหลักฐานเชิงประจักษ์เข้ามาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลมากยิ่งขึ้น

3. ด้านการศึกษา ควรมีการส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาล ได้เรียนรู้กระบวนการวิจัย การอ่านบทความวิจัย รวมถึงการนำผลการวิจัยไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มฝึกปฏิบัติการพยาบาล เพื่อปลูกฝังให้นักศึกษารู้จักวิธีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการพยาบาล และการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการติดตามประชากรกลุ่มตัวอย่างในระยะยาวต่อไป เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ ว่าภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม ประชากรกลุ่มตัวอย่างยังคงสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาได้อย่างต่อเนื่องหรือไม่ และอาจมีการประเมินตัวชี้วัดทางสุขภาพกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติม เช่น ระดับความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้น อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อัตราตาย เพื่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เราคาดหวังว่าจะดีขึ้นหากผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายการอ้างอิง

รายการอ้างอิงภาษาไทย

- กชพร อ่อนอกภัย. (2551). การประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเตอร์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านแท่น อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- เกศรา โชคนำชัยสิริ. (2551). อิทธิพลของภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับหัวใจล้มเหลว และการสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- จันทน์ จันทร์ท่าจีน. (2548). ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการ ต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- จันทร์เพ็ญ สมโน. (2551). ความร่วมมือในการรักษาและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ในโรงพยาบาลเชียงใหม่ราม. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ. (2554). บทบาทพยาบาลกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27(1), 13 – 24.
- จิราภรณ์ มีชูสิน. (2551). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ฉัตรวลัย ใจอารีย์. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- ธนรัตน์ ชูขาม. (2009). Heart failure. In สูงชัย อังธารารักษ์, เพชรรัตน์ ดุสิตานนท์, สกานต์ บุณนาค & วิรุฬห์ ลิขิตเลิศล้ำ (Eds.), *อายุรศาสตร์ 2009*. กรุงเทพฯ: ซีดีพีริ้นท์จำกัด.
- ธรรมนาถ เจริญบุญ. (2554). แบบประเมินและคัดกรองภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย: ข้อควรพิจารณาในการเลือกใช้. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 11(4), 667 - 676. .
- ธีระพล ชัยสงคราม. (2552). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ ต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- นรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2553). *การสร้างเสริมสุขภาพ Health Promotion*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ. (2531). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองและความเชื่อด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

- นิภาพร ประจันบาน. (2550). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล. (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2550). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2555). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. ขอนแก่น: หจก. โรงพิมพ์ คลังนานาวิทยา.
- พัชรวรรณ ศรีคง. (2554). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วย ภาวะหัวใจวายภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง. วารสารเกื้อการุณย์, 18(1).
- มนิดา บัวสาย. (2551). ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัย เรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ยุภาพร มีหนองหว่า. (2552). ผลของการใช้โปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อความร่วมมือใน การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก. (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- เยาวภา บุญเที่ยง. (2545). การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพและการกลับเข้าพักรักษาใน โรงพยาบาลของผู้ป่วยผู้สูงอายุหัวใจวายเลือดคั่ง. (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- รัตติยา ทองอ่อน. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการรับประทาน อาหาร พฤติกรรมการรับประทานยา และการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายในผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย. (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2552). การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2 (16 ed.). กรุงเทพฯ: หจก. วี.เจ. พริน ติ้ง.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย. (2551). แนวทางปฏิบัติมาตรฐานเพื่อการวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. www.thaiheart.org
- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมอนามัย. (2546). การสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2546. http://www.hiso.or.th/health_survey/DOC/anamai.php
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2552). สถิติสาธารณสุข 2552. Retrieved 23 มิ.ย. 55 http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/2.3.6_52.pdf
- สุภา อินทร. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยวัย กลางคนในจังหวัดนครสวรรค์. (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- สุวิมล ว่องวานิช และ นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2546). แนวทางการให้คำปรึกษาวิทยานิพนธ์. กรุงเทพฯ: ศูนย์ตำราและเอกสารทางวิชาการ คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เสาลักษณ์ ท่ามาก. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจ ล้มเหลว. (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต).

- หทัยรัตน์ เวชมนัส. (2547). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- อรทิพย์ เอ่งฉ้วน. (2549). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ ต่อระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดง ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- อารมณี เจษฎาญาณเมธา. (2549). หลักการใช้อาบน้ำในโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง. . เอกสารการสอน วิชา เภสัชบำบัดประยุกต์ 2. ภาควิชาเภสัชกรรมบำบัด คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.

รายการอ้างอิงภาษาอังกฤษ

- Alosco, M.L., et al. (2012). Cognitive function and treatment adherence in older adult with heart failure. *Psychosomatic Medicine*, 74, 965 - 973.
- Arlt, S., Lindner, R., Rosler, A., & von Renteln-Kruse, W. (2008). Adherence to medication in patients with dementia: predictors and strategies for improvement. *Drugs Aging*, 25, 1033 - 1047.
- Bennett, S.J., Huster, G.A., Baker, S.L., Milgrom, L.B., Kirchgassner, A., & Birt, J. et al. (1998). Characterization of the precipitants of hospitalization for heart failure decompensation. *American Journal of Critical Care*, 7(3), 168 - 174.
- Bennett, S.J., Lane, K.A., Welch, J., Perkins, S.M., & Craig Brater, D. (2005). Medication and dietary compliance beliefs in heart failure. *Western Journal Research*, 27(8), 977 - 993.
- Bennett, S. J., Milgrom, L.B., Champion, V., & Huster, G.A. (1997). Beliefs about medication and dietary compliance in people with heart failure: an instrument development study. *Heart & Lung*, 26(4), 273 - 279.
- Bentley, B. (2006). A review of method to measure dietary sodium intake. *Journal of cardiovascular nursing*, 21(1), 63 - 67.
- Black, J.M., & Hawks, J.H. (2005). *Medical-Surgical Nursing : Clinical management for positive outcome*. (7th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Blackwell, B. (1976). Treatment adherence. *The British Journal of Psychiatry*, 129, 513 - 531.
- C., Dickens, Vuckovic, K., Nehmer, M., DiDomenico, R., Kerbow, D., & Stamos, T. et al. . (2012). Improve the heart failure readmission rate at an Urban Medical Center. *Western of journal nursing research*, 1-2.
- Castillon-Gualler, P., Magarinos-Losada, M.D.M., Montoto-Otero, C., Tabuenca, A.L. , Rodriguez-Pascual, C., & Olcoz-Chiva, M. (2006). Prevalence of depresión and associated medical and psychosocial Factors in elderly hospitalized patients with heart failure in Spain. *Revista Espanola de Cardiologia*, 59(8), 770 - 780.

- Chung, et al. (2006). Gender different in adherence to the sodium-restrict diet in patients with heart failure. *Journal of cardiac failure*, 12(8), 628 – 634.
- Cohen, S.M. (2009). Concept analysis of adherence in the context of cardiovascular risk reduction. *Nursing Forum*, 44(1), 25 – 36.
- Cooper, J., Hall, L., Penland, A., Krueger, A., & May, J. (2009). Measuring medication adherence. *Population health management journal*, 12(1).
- DeVellis, R.F. (1991). *Scale development: Theory and applications*. Sage: Newbury Park.
- Dharmarajan, K. et al. (2013). Diagnosis and timing of 30 - day readmissions after hospitalization of heart failure, Acute myocardial Infraction, or pneumonia. *American Medical Association*, 309(4), 355 – 363.
- DiMatteo, M.R., Lepper, H.S., & Crogha, T.W. (2000). Depression is a risk factor for non-compliance with medical treatment. *Arch Intern Med*, 160, 2101e2107.
- Dracup, K.A., & A.I., Meleis. (1982). Compliance: an Interactionist Approach. *Nursing Research*, 31(1), 31 - 36
- Dunber, S.B., Clark, P.C., Smith, A.L., De, A.K., & O'Brien, M.C. (2005). Family education and support Intervention in heart failure. *Nursing Research*, 54(3), 158 – 166.
- Ekman, I. et al. (2006). Adherence and perception of medication in patients with chronic heart failure during a five-year randomized trial. *Patient education and counseling*, 61, 348 – 353.
- Evangelista, L.S., Berg, J., & Dracup, K.A. (2001). Relationship between psychosocial variables and compliance in heart failure patients. *Heart & Lung*, 30, 294-301.
- Evangelista, L.S., Moser, D. K., Westlake, C., Hamilton, M. A., Fonarow, G. C., & Dracup, K.A. (2006). Impact of obesity on quality of life and depression in patients with heart failure. *The European Journal of Heart Failure*, 8(7), 750-755.
- Evangelista, L.S., & Shinnick, M.A. (2008). What do we know about adherence and self-care? *Journal of Cardiovascular Nursing*, 23(3), 250 – 257.
- Evengetista, L.S. (1999). Compliance: A concept analysis. *Nursing Forum*, 34(1), 5 - 11.
- Ghail, J.K., Kadakia, S., Cooper, R., & Ferlinz, J. (1988). Precipitating factors leading to decompensation of heart failure. *Achieves of Internal Medicine*, 148, 2013 - 2017.
- Hallas, C.N., Wray, J., Andreou, P., & Banner, N.R. (2011). Depression and perceptions about heart failure predict quality of life in patients with advanced heart failure. *Heart & Lung*, 40(2), 111 – 121.
- Hauptman, P. J. (2008). Medication adherence in heart failure. *Heart Failure Review*, 13, 99-106.

- Hawkins, L.A., Kilian, S., Firek, A., Kashner, T.M., Firek, C.J., & Silvet, H. (2012). Cognitive impairment and medication adherence in outpatients with heart failure. *Heart & Lung*, 1-11.
- Heo, S., Lennie, T.A., Moser, D. K., & Okoli, C. (2009). Heart failure patients' perception and dietary adherence. *European Society Of Cardiology*, 8(5), 323 - 328.
- Heo, S., Lennie, T.A., Moser, D.K., & Okoli, C. (2009). Heart failure patients' perception on nutrition and dietary adherence. *European Society Of Cardiology*, 8(5), 323 - 328.
- Jessup, M., Abaham, W.T., Casey, D.E., Feldman, A.M., Francis, G.S., & Ganiats, T.G. et al. (2009). 2009 Focused update ACCF/AHA Guideline for the diagnosis and management of heart failure in adults a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*, 2009(119), 1977-2016.
- Kato, N., et al. (2009). Adherence to self - care behavior and factor related to this behavior among patient with heart failure. *Heart & Lung*, 38(5), 398 - 409
- Krumholz, H.M., Parent, E.M., Tu, N., Vaccarino, V., Wang, Y., & Radford, M.J. et al. . (1997). Readmission after hospitalization for congestive heart failure among Medicare beneficiaries. *Achieves of Internal Medicine*, 157(1), 99-104.
- Kyngas, H., Duffy, M.E., & Kroll, T. (2000). Review conceptual analysis of compliance. *Journal of Clinical Nursing*, 2000(9), 5 - 12
- Lennie, T.A., et al. (2008). Relationship of heart failure patients' knowledge, perceived barriers, and attitudes regarding low sodium diet recommendations to adherence. *progress in cardiovascular Nursing*, 6 - 11.
- Lindenfeld, J., Albert, N.M. , Moser, D.K., Boehmer, J.P., Rogers, J.P., & Collins, S.P. et al. . (2010). Executive Summary : HFSA 2010 Comprehensive Heart failure Practice Guideline. *Journal of Cardiac Failure*, 16(6), 475 - 539.
- Lloyd-Jones, D., Adams, R. J., Brown, T. M., Carnethon, M., Dai, S., De Simone, G., . . . Wylie-Rosett, J. (2010). Heart disease and stroke statistics--2010 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 121(7), e46-e215. doi: 10.1161/circulationaha.109.192667
- Lofvenmark, C., Karlsson, M.R., Edner, M., Billing, E., & Mattiasson, A-C. (2011). A group-based multi-professional education programme for family members of patients with chronic heart failure: Effect of knowledge and patients' health care utilization. *Patient Education and Counseling*, 85(2011), e162 - e168.
- Luyster, F.S., Hughes, J.W., & Gunstad, J. (2009). Depression and anxiety symptoms are associated with reduced dietary adherence in heart failure patients treated with an implantable cardioverter defibrillator. *Journal of cardiovascular nursing*, 24(1), 10 - 17.

- Ma, H.M., Lum, C.M., & Woo, J. (2006). Readmission of patients with congestive heart failure : the need for focused care. *Asian Journal of Gerontology and Geriatrics* 1(1), 59 – 60.
- MacMahon, K.M.A., & Lip, G.L.H. (2002). Psychological factors in heart failure: A review of the literature. *Arch Intern Med*, 162, 509e516.
- Moser, D.K., Doering, L.V., & Chung, M.L. (2005). Vulnerabilities of patients recovering from an exacerbation in chronic heart failure. *American Heart Journal of cardiac failure*, 150(5), 984e988.
- Nieuwenhuis, M.M.H., Jaarsma, T., van Veldhuisen, D.J., Postmus, D., & van der Wal, M.H.L. (2012). Long-term compliance with nonpharmacologic treatment of patients with heart failure. *The American journal of cardiology*, 110, 392 – 397.
- Pender, N.J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3rd ed.). Connecticut: Appleton & Lange.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A. (2006). *Health promotion in nursing practice* (5th ed.): Prentice Hall.
- Piamjariyakul, U., Smith, C.E., Russell, C., Werkowitch, M., & Elyachar, A. (2013). The feasibility of a telephone coaching program on heart failure home management for family caregivers. *Heart & Lung*, 42(2013), 32 - 39
- Polit, D.F., & Hungler, B.P. (1999). *Nursing research: Principles and methods* (6th ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Riegel, B., & Carlson, B. (2002). Facilitators and barriers to heart failure self-care. *Patient Education and Counseling*, 46, 287-295.
- Roger , V. L., Go, A.S., Lloyd-Jones, D.M., Adums, R.J., Berry, J.D., & Brown, T.M. et al. (2011). Heart Disease and Stroke Statistics-2011. *Circulation*, February, e18 – e209.
- Sabate, E. (2003). *Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action*. World Health Organization. Geneva.
- Sayers, S.L., Rigel, B., Pawlowski, S., & Samaha, F.F. (2008). Social support and self - care of patients with heart failure. *The Society of behavioral Medicine*, 35, 70 - 79
- Sethares, K.A., & Elliott, K. (2004). The effect of a tailored message intervention on heart failure readmission rates, quality of life, and benefit and barrier beliefs in persons with heart failure. *Heart & Lung*, 33(4), 249 - 260.
- Shearer, N.B., Ciser, N., & Greenberg, E.A. (2007). A telephone-delivered empowerment intervention with patients diagnosed with heart failure. *Heart & Lung*, 36(3), 159 – 169.
- Simpson, R.J. (2006). Challenges for improving medication adherence. *The Journal of the American Medical Association*, 296, 2614-2616.

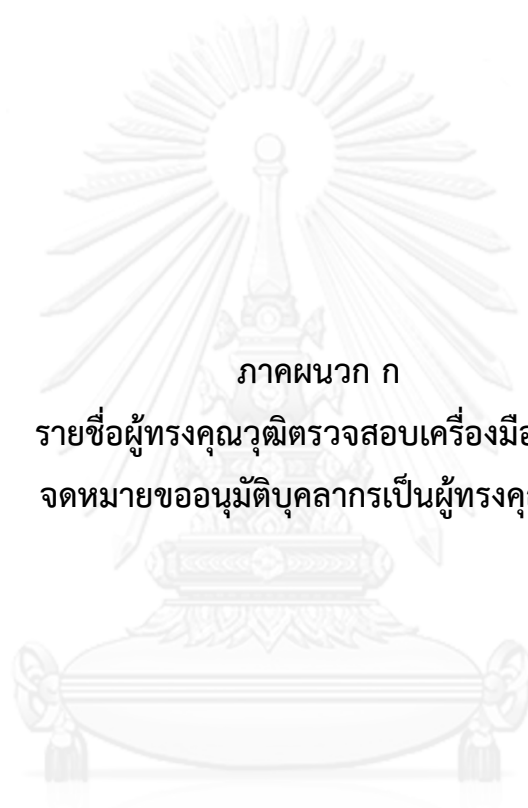
- Simpson, S. H., B., Farris K., Johnson, J. A., & Tsuyuki, R. T. (2000). Using focus groups to identify barriers to drug use in patients with congestive heart failure. *Pharmacotherapy*, 20, 823-829.
- Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.L., & Cheever, K.H. (2008). *Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Smeulders, et al. (2009). Feasibility of a group - based self - management program among congestive heart failure patients. *Heart & Lung*, 38(6), 499 - 512.
- Son, Y-J., Lee, Y., & Song, E.K. (2011). Adherence to a sodium restricted diet is associated with lower symptom burden and longer cardiac event-free survival in patients with heart failure. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 3029 – 3038.
- Stewart, S., Pearson, S., & Horowitz, J.D. (1998). Effect of home-based intervention among patients with congestive heart failure discharged from acute hospital care. *Arch Intern Med*, 158, 1067 - 1072.
- Tsuyuki, R. T., McKelvie, R. S., & Arnold, J. M. et al. (2001). Acute precipitants of congestive heart failure exacerbation. *Archives of Internal Medicine*, 161, 2337 - 2342
- Van der Wal, M. H.L., & Jaarsma, T. (2008). Adherence in heart failure in elderly: problem and possible solutions. *International journal of cardiology*, 125, 203 - 208.
- Van der Wal, M. H.L., Jaarsma, T., Moser, D.K., Veeger, N.J., van Gilst, W.H., & Veldhuisen, D. J. (2006). Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. *European Heart journal*, 27, 434 - 440.
- Van der Wal, M. H.L., Jaarsma, T., & van Veldhuisen, D. J. (2005). Non-compliance in patients with heart failure; how can we manage it? *Europe Journal Heart Failure*, 7, 5-17.
- Van der Wal, M. H.L., van Veldhuisen, D. J., Veeger, N.J., Rutten, F.H., & Jaarsma, T. . (2010). Compliance with non-pharmacological recommendations and outcome in heart failure. *European Heart journal*, 31, 1486 - 1493.
- Van Dulmen, S., Sluijs, E., van Dijk, L., Ridder, D.D., Heerdirk, R., & Bensing, J. (2007). Patient adherence to medical treatment: a review of review. *BMC Health Services Research*, 7(55), 1 – 13.
- Welsh, J. D. et al. (2002). Characteristics and treatment of patients with heart failure in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 28, 126-131.
- Welsh, J. D. et al. (2010). Theory-based low – Sodium diet education for heart failure patients. *Home Health Nurse*, 28(7), 432 – 443.
- Woodend, A.K., Sherrard, H., Fraser, M., Stuewe, L., Cheung, T., & Struthers, C. . (2007). Telehome monitoring in patients with cardiac disease who are at high risk of readmission. *Heart & Lung*, 2008(37), 36 – 45.

- Woods, S.L., E.S.S., Froelicher, S.U., Motzer, & E.J., Bridges. *Cardiac Nursing* (6th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Wu, J-R. (2007). *Medication adherence in patient with heart failure. Doctoral dissertation.* College of Nursing at University of Kentucky.
- Wu, J-R., D.K., Moser, T.A., Lennie, A.R., Peden, Y-C., Chen, & S., Heo. (2008). Factors influencing medication adherence in patients with heart failure. *Heart & Lung, 37*, 8-16.
- Wu, J-R., Lennie, T.A., Chung, M.L., Farzier, S.K., Dekker, L.R., & Biddle, M.J. et al. (2011). Medication adherence mediates the relationship between marital status and cardiac event-free survival in patients with heart failure. *Heart & Lung, 41*, 107 – 114.
- Wu, J-R., Moser, D.K., De Jong, M.J., Rayens, M.K., Chung, M.L., & Riegel, B. et al. (2009). Defining an evidence-based cut point for medication adherence in heart failure. *American Heart Journal, 157*(2), 285-291.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ และ
จดหมายขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นายแพทย์โยธิน เลิศรัตนสกุลชัย อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมโรคหัวใจ และหลอดเลือด โรงพยาบาลชลประทาน จังหวัดนนทบุรี
2. รศ. พ.ต.ต. หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชุณหปราณ ข้าราชการบำนาญ อดีตรองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ผศ.ดร. พวงผกา กรีทอง อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาล อายุรศาสตร์ – ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ เกื้อการุณย์
4. ดร. เอมอร แสงศิริ ผู้อำนวยการพยาบาล ระดับ 7 ประจำหอผู้ป่วยไอซีซี ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์ – ศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
5. นางสาวพัชนี ร่มตาล หัวหน้าแผนกการพยาบาลผู้ป่วยในอายุรกรรมหัวใจ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์ – ศัลยศาสตร์ สถาบันโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี



ที่ ศธ 0512.11/ 0๗02

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

22 พฤษภาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ปัญญา นันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

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

เนื่องด้วย นางสาวสิริขยา อังกูรขจร นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ โยธิน เลิศรัตนสกุลชัย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรীพร ธนศิลป์)

รองคณบดี

รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นายแพทย์ โยธิน เลิศรัตนสกุลชัย

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0 - 2218 - 1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ โทร. 0 - 2218 - 1150

ชื่อนิสิต

นางสาวสิริขยา อังกูรขจร โทร. 086 - 030 - 0362



ที่ ศธ 0512.11/07๐๑

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๒ พฤษภาคม 2556

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน รองศาสตราจารย์ พันตำรวจตรีหญิง ดร. พวงเพ็ญ ชุณหปราณ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสิริชยา อังกูรขจร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุธีพร ธนศิลป์)

รองคณบดี

รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0 - 2218 - 1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ โทร. 0 - 2218 - 1150

ชื่อนิสิต

นางสาวสิริชยา อังกูรขจร โทร. 086 - 030 - 0362



ที่ ศธ 0512.11/0702

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑๑ พฤษภาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์เพื่อการรณย์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสิริชยา อังกูรขจร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พวงผกา กรีทอง อาจารย์พยาบาล ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ – ศัลยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุธีพร ชนศิลป์)

รองคณบดี

รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พวงผกา กรีทอง

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0 - 2218 - 1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ โทร. 0 - 2218 - 1150

ชื่อนิสิต

นางสาวสิริชยา อังกูรขจร โทร. 086 - 030 - 0362



ที่ ศธ 0512.11/0701

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๒ พฤษภาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

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

เนื่องด้วย นางสาวสิริชยา อังกูรขจร นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวเอมอร แสงศิริ พยาบาลชำนาญการ ระดับ 7 ประจำหอผู้ป่วยไอซียู ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์ - ศัลยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรียพร ธนศิลป์)

รองคณบดี

รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางสาวเอมอร แสงศิริ

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0 - 2218 - 1130

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ โทร. 0 - 2218 - 1150

ชื่อนิสิต นางสาวสิริชยา อังกูรขจร โทร. 086 - 030 - 0362



ที่ ศธ 0512.11/0702

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑๑ พฤษภาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก

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

เนื่องด้วย นางสาวสิริชยา อังกูรขจร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเตอร์ต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวพัชนี ร่มताल หัวหน้าแผนกการพยาบาลผู้ป่วยในอายุรกรรมหัวใจ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์ - ศัลยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรিতพร ธนศิลป์)

รองคณบดี

รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสาวพัชนี ร่มताल

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0 - 2218 - 1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ โทร. 0 - 2218 - 1150

ชื่อนิสิต

นางสาวสิริชยา อังกูรขจร โทร. 086 - 030 - 0362

ภาคผนวก ข
เอกสารแสดงการขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยจากต่างประเทศ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

RightsLink



Thank You For Your Order!

Dear Ms. Sirichaya Angkulkhajorn,

Thank you for placing your order through Copyright Clearance Center's RightsLink service. Elsevier has partnered with RightsLink to license its content. This notice is a confirmation that your order was successful.

Your order details and publisher terms and conditions are available by clicking the link below:

<http://s100.copyright.com/CustomerAdmin/PLF.jsp?ref=0d389d42-18f2-42d4-8975-5d09ca01c08e>

Order Details

Licensee: Sirichaya Angkulkhajorn

License Date: Apr 24, 2014

License Number: [3375450483941](#)

Publication: Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care

Title: Beliefs about medication and dietary compliance in people with heart failure: An instrument development study

Type Of Use: reuse in a thesis/dissertation

Total: 0.00 USD

To access your account, please visit <https://myaccount.copyright.com>.

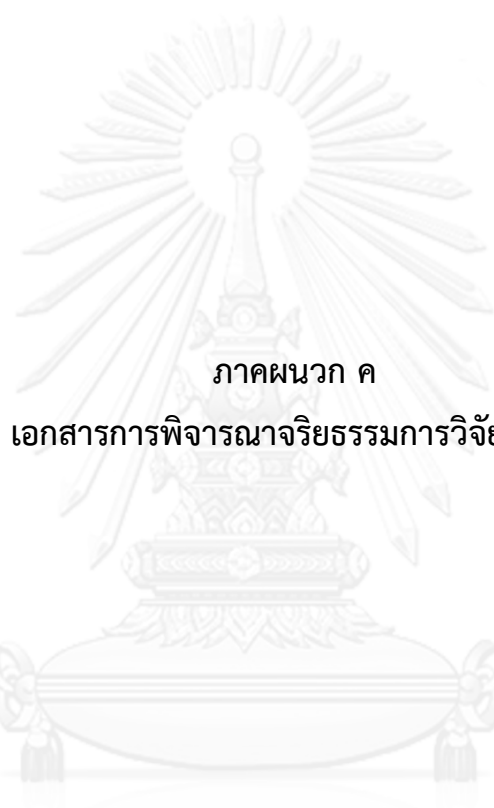
Please note: Online payments are charged immediately after order confirmation; invoices are issued daily and are payable immediately upon receipt.

To ensure that we are continuously improving our services, please take a moment to complete our [customer satisfaction survey](#).

B.1:v4.2

[+1-877-622-5543](tel:+18776225543) / [Tel: +1-978-646-2777](tel:+19786462777)





ภาคผนวก ค

เอกสารการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



เลขที่ใบรับรอง 10 / 2556

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

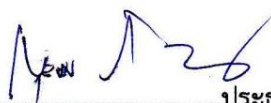
โครงการวิจัย : (ภาษาไทย) ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ต่อการปฏิบัติตาม
คำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
: (ภาษาอังกฤษ) The Effect of Health Promoting Program Applying Pender's Model
on Treatment Adherence in Adult Patients with Heart Failure

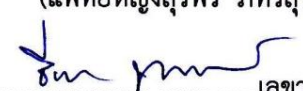
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวสิริชยา อังกูรขจร

หน่วยงาน : งานการพยาบาลผู้ป่วยอายุกรรมหญิง

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

อนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นได้


.....ประธานกรรมการ
(แพทย์หญิงสุรีพร ภัทรสุวรรณ)


.....เลขานุการ
(นางซีนชีวิต โชติพิทยสุนนท์)

รับรอง วันที่ 27 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2556

วันหมดอายุ วันที่ 26 เดือน สิงหาคม พ.ศ.2557

ที่ ศธ 0519.1 / 2661



โรงพยาบาลชลประทาน
222 ถนนติวานนท์
ตำบลบางตลาด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

30 สิงหาคม 2556

เรื่อง อนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้
เรียน นางสาวสิริชยา อังกรขจร
สิ่งที่ส่งมาด้วย หนังสืออนุมัติ ฉบับภาษาไทย จำนวน 1 ฉบับ

ตามที่ ท่านซึ่งเป็นหัวหน้าโครงการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของ เพนเตอร์ต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ได้เสนอโครงการวิจัยดังกล่าวให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลชลประทานพิจารณาอนุมัตินั้น

ในการนี้ โรงพยาบาลชลประทาน โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของโรงพยาบาลชลประทาน อนุมัติให้ดำเนินการ ตามโครงการดังกล่าวได้ อนึ่งคณะกรรมการ ขอแจ้งเกี่ยวกับหน้าที่ และความรับผิดชอบ ของผู้วิจัยภายหลังได้รับการอนุมัติ คือ ต้องแจ้ง หรือ รายงานสถานะ (Status) ให้คณะกรรมการทราบทุก 3 เดือน หรือ 6 เดือน โดยให้เป็นไปตามระเบียบโรงพยาบาลชลประทาน ว่าด้วยการดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลชลประทาน พ.ศ.2552 และเมื่อเกิดเหตุการณ์ต่อไปนี้ทุกครั้ง ได้แก่

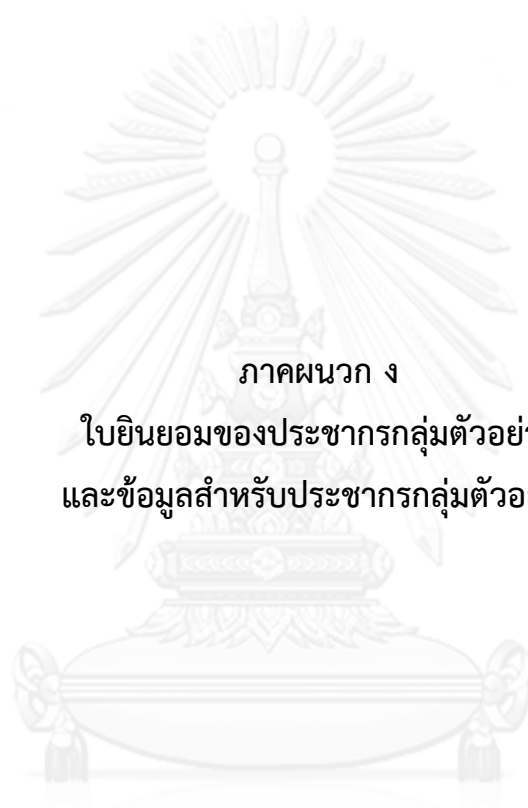
1. เมื่อโครงการวิจัยยุติลง ซึ่งอาจจะเป็นการดำเนินการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ หรืออาจจะไม่สามารถดำเนินการวิจัยต่อไปได้ พร้อมทั้งแจ้งสาเหตุของการยุติโครงการวิจัยให้ทราบด้วย
2. เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงโครงการวิจัย ต้องระบุให้ชัดเจนว่ามีการเปลี่ยนแปลงอะไรอย่างไรพร้อมทั้งเหตุผลที่ต้องการเปลี่ยนแปลง
3. เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหัวหน้าโครงการวิจัย หรือเพิ่มเติมคณะผู้วิจัยต้องส่งประวัติของคนที่เปลี่ยนแปลงพร้อมทั้งเหตุผลให้คณะกรรมการ ทราบด้วย
4. เมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นในโครงการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรง relate, possible/likely, probably, fatal กับโครงการวิจัยที่ท่านรับผิดชอบอย่างไร รวมทั้งขอทราบมาตรการในการดูแลป้องกันอาสาสมัครในประเทศไทยด้วย ภายใน 10 วัน หลังจากท่านรับทราบข้อมูล
5. เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย โปรดมอบผลงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ ให้แก่โรงพยาบาลชลประทาน จำนวน 2 ชุด พร้อม Electronic file 1 ชุด โดยส่งที่ฝ่ายวิชาการและวิจัย ชั้น 2 ตึกอำนวยการ โรงพยาบาลชลประทาน เพื่อประโยชน์ในการศึกษาวิจัยในอนาคตต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบและแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบต่อไปด้วย จักเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ


(นายแพทย์สมตี รัตนวิบูลย์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลประทาน

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
โทร.02-5022345 ต่อ 1633 , 1637
โทรสาร 02-5022388



ภาคผนวก ง

ใบยินยอมของประชากรกลุ่มตัวอย่าง
และข้อมูลสำหรับประชากรกลุ่มตัวอย่าง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปีอยู่บ้านเลขที่.....

ถนน.....หมู่ที่.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ขอทำหนังสือนี้ไว้ต่อหัวหน้าโครงการวิจัยเพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

- ข้อ 1. ข้าพเจ้าได้รับทราบโครงการวิจัยของ นางสาวสิริขยา อังกูรขจร เรื่อง ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเคอร์ต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยผู้ใหญ่อายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
- ข้อ 2. ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจโดยมิได้มีการบังคับขู่เข็ญหลอกลวง แต่ประการใดและจะให้ความร่วมมือในการวิจัยทุกประการ
- ข้อ 3. ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประสิทธิภาพความปลอดภัย อาการหรืออันตรายที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไข หากเกิดอันตราย ค่าตอบแทนที่จะได้รับค่าใช้จ่ายที่ผู้ถูกทำวิจัยจะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว และตกลงรับผิดชอบตามคำรับรองในข้อ 5 ทุกประการ
- ข้อ 4. ผู้วิจัยได้รับรองว่าผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับจะเปิดเผยเฉพาะผลสรุปการวิจัยเท่านั้น
- ข้อ 5. ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยแล้วว่า หากมีอันตรายใดๆ อันเกิดขึ้นกับการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลเบื้องต้นจากคณะผู้วิจัย และจะได้รับการประสานงานเพื่อส่งต่อเข้ารับการรักษาจากแพทย์โดยทันที
- ข้อ 6. ข้าพเจ้า ได้รับทราบแล้วว่าข้าพเจ้ามีสิทธิ์จะบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยนี้ และการบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัย จะไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาโรคที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป
- ข้อ 7. หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนการวิจัยหรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยสามารถติดต่อกับ นางสาวสิริขยา อังกูรขจร เบอร์โทรศัพท์ 086-0300362
- ข้อ 8. หากข้าพเจ้า ได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนหรือผู้แทนได้ที่ หน่วยงานวิชาการและวิจัยโรงพยาบาลชลประทานมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โทรศัพท์ 025022345 ต่อ 1021

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจตามหนังสือนี้โดยตลอดแล้วเห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญพร้อมกับหัวหน้าโครงการวิจัยและคณาจารย์

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ยินยอม/ผู้แทน โดยชอบธรรม

ลงชื่อ.....

(นางสาวสิริขยา อังกรขจร)

ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/

หัวหน้าโครงการวิจัย

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ในกรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยอ่านหนังสือไม่ออกผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าทำการวิจัยคือ.....

จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ

1. ในกรณีผู้ให้ความยินยอมมีอายุไม่ครบ 18 ปีบริบูรณ์จะต้องมีผู้ปกครองตามกฎหมายเป็นผู้ให้ความยินยอมด้วย หรือผู้ปวยไม่สามารถแสดงความยินยอมได้ด้วยตนเองจะต้องมีผู้มีอำนาจทำการแทนเป็นผู้ให้ความยินยอม
2. กรณีผู้ยินยอมคนให้ทำการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้แก่ผู้ยินยอมให้ทำวิจัยฟังจนเข้าใจและให้ผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้การยินยอมดังกล่าวด้วย

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ฉบับ นำกลับไปอ่านที่บ้าน เพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือผู้อื่นที่ท่านต้องการปรึกษา เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ต่อการปฏิบัติตาม

คำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ชื่อผู้วิจัย นางสาวสิริชยา อังกูรขจร นิสิตสาขาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่อยู่ติดต่อ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชัย ชั้น 11

ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมง 086 - 0300362

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อ ศึกษาผลของการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวตามแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาด้านการรับประทานอาหารและการรับประทานยา ซึ่งมีประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับคือ ผู้ป่วยจะได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว แนวทางการรักษาทางการแพทย์ และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมตามคำแนะนำในการรักษา ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังออกจากโรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ภายหลังจากการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยคาดว่าผู้ป่วยจะมีภาวะสุขภาพที่ดี ลดการเกิดอาการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลว

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะ มีภาวะหัวใจล้มเหลว และการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อพัฒนารูปแบบทางการพยาบาลที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และมีการติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องหลังจากกลับไปอยู่บ้าน

จะมีผู้เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ทั้งหมด 50 คน โดยผู้ป่วยแต่ละคนจะใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลวิจัย 2 เดือน

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนในการวิจัยดังนี้ คือ

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 (วันก่อนจำหน่ายกลับบ้าน 1 วัน)

ผู้ป่วยตอบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา ผู้ป่วยและญาติจะได้รับการให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างและญาติ ในเรื่อง 1) สาเหตุการเกิดโรค พยาธิสรีรวิทยา และการดำเนินของโรค, 2) การรักษาด้วยยา และประโยชน์จากการรับประทานยา 3) การเลือกรับประทานอาหาร และประโยชน์ของการรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำ โดยรายละเอียดของเนื้อหาจะกระชับและเข้าใจง่าย ภายหลังจากการให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัย และให้กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อทบทวนความรู้ที่ได้รับ (ใช้ระยะเวลา 45 - 60 นาที)

เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์ที่ดีและคิดว่าเป็นประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา ให้กลุ่มตัวอย่างได้ระบายถึงอุปสรรคหรือปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะ

ปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาได้ วัตถุประสงค์ปัญหาและรวมค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหารวมกันทั้งพยาบาล ผู้ป่วย และญาติ (ใช้ระยะเวลา 30 นาที)

โดยในกิจกรรมครั้งที่ 1 ผู้วิจัยจะพบกับญาติผู้ดูแล ซึ่งญาติจะได้รับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น โดยร่วมเรียนรู้พร้อมกับกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นผู้วิจัยให้คำแนะนำแก่ญาติ ในบทบาทการเป็นผู้ดูแล

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 (วันจำหน่ายกลับบ้าน)

ผู้ป่วยจะได้รับการสอนสาริตและการฝึกทักษะ ในเรื่อง 1) การเลือกซื้ออาหารที่มีเกลือต่ำ และการอ่านฉลากส่วนประกอบของอาหาร, 2) การคำนวณปริมาณเกลือโซเดียมที่ควรจำกัดในแต่ละวัน, 3) แนะนำการใส่ยา และการนับเม็ดยาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของการรับประทานยา

สัปดาห์ที่ 3

ผู้ป่วยพบผู้วิจัย โดยจะตรงกับวันที่แพทย์นัดติดตามอาการ เพื่อทบทวนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาด้านการรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำและการรับประทานยา

สัปดาห์ที่ 2, 4, และ 6

ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม และผู้ป่วยสามารถซักถามข้อสงสัยจากผู้วิจัยได้ โดยใช้เวลาในช่วงที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก (ใช้ระยะเวลา 15 - 30 นาที)

สัปดาห์ที่ 8

ผู้ป่วยพบผู้วิจัย โดยจะตรงกับวันที่แพทย์นัดติดตามอาการ และให้ผู้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินซ้ำอีกครั้งหนึ่ง ภายหลังจากเสร็จสิ้นการทดลอง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง ที่ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมวิจัย

การเข้าร่วมในการวิจัยของท่านเป็นโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผล และจะไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาใดๆ ทั้งสิ้น

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการการครั้งนี้ ท่านก็จะได้รับการตรวจรักษา ได้รับการพยาบาลตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน

หากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย ท่านจะได้รับการดูแลจากผู้วิจัย และส่งต่อให้ได้รับการรักษาจากแพทย์ทันที หากท่านมีข้อสงสัยจากการวิจัย เมื่อเจ็บป่วยจากการวิจัย ให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา โดยติดต่อ นางสาวสิริษา อังกูรขจร โทรศัพท์ 086-0300362


ค่าตอบแทนที่ท่านจะได้รับ - ไม่มี -

ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องรับผิดชอบเอง - ไม่มี -

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษจากการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

โครงการนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน หน่วยงานวิชาการ และวิจัยโรงพยาบาลชลประทานมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โทรศัพท์ 025022345 ต่อ 1021



ภาคผนวก จ
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือ 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

- 1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
- 1.2 แบบประเมินการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา

ชุดที่ 2 เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ ประกอบด้วย

- 2.1 คู่มือสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เรื่อง “ปฏิบัติตัวอย่างไร ... ให้หัวใจแข็งแรง”
- 2.2 แผนการสอน เรื่อง “ภาวะหัวใจล้มเหลวและการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา”
- 2.2 สื่อคอมพิวเตอร์ประกอบการสอนเรื่อง “ภาวะหัวใจล้มเหลว และการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา”
- 2.3 สมุดบันทึกการใช้จ่ายประจำตัว
- 2.4 ปฏิทินแขวนผนัง
- 2.5 โมเดลอาหารตัวอย่าง เพื่อประกอบการสอน

ชุดที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

- 3.1 แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ รับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา

เลขที่แบบบันทึกข้อมูล.....

วันที่บันทึกข้อมูล.....

แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง แบบบันทึกนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับตัวท่าน กรุณาตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมาย (✓) หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบ หรือเติมคำในช่องว่างตามข้อคำถามกำหนดให้

1. เพศ () ชาย₁ () หญิง₂
 2. อายุ.....ปี (นับจำนวนปีเต็ม)
 3. สถานภาพสมรส
 () โสด₁ () คู่₂ () หม้าย₃
 () หย่า₄ () แยกกันอยู่₅
 4. ระดับการศึกษา
 () ไม่ได้รับการศึกษา₁ () ประถมศึกษา₂ () มัธยมศึกษา₃
 () ปริญญาตรี₄ () อื่นๆ₅ โปรดระบุ
 5. ปัจจุบันท่านมีอาชีพ
 () พ่อบ้าน/ แม่บ้าน₁ () รับจ้าง₂ () เกษตรกรรม₃
 () ค้าขาย₄ () รับราชการ₅ () พนักงานรัฐวิสาหกิจ₆
 () อื่นๆ₇ โปรดระบุ
 6. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้

เบอร์โทรศัพท์.....
 7. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับ (ผู้ดูแลหลัก) อายุ
ปี
 เบอร์โทรศัพท์ผู้ดูแลหลัก
-
8. ประวัติทางคลินิก (สำหรับผู้วิจัย)
 - 8.1 NYHA Class () I () II () III () IV
 - 8.2 โรคประจำตัวอื่น () ความดันโลหิตสูง₁ () เบาหวาน₂
 () ไขมันในเลือดสูง₃ () โรคไต₄
 () อื่นๆ₅ โปรดระบุ

เลขที่แบบบันทึกข้อมูล.....

วันที่บันทึกข้อมูล

.....

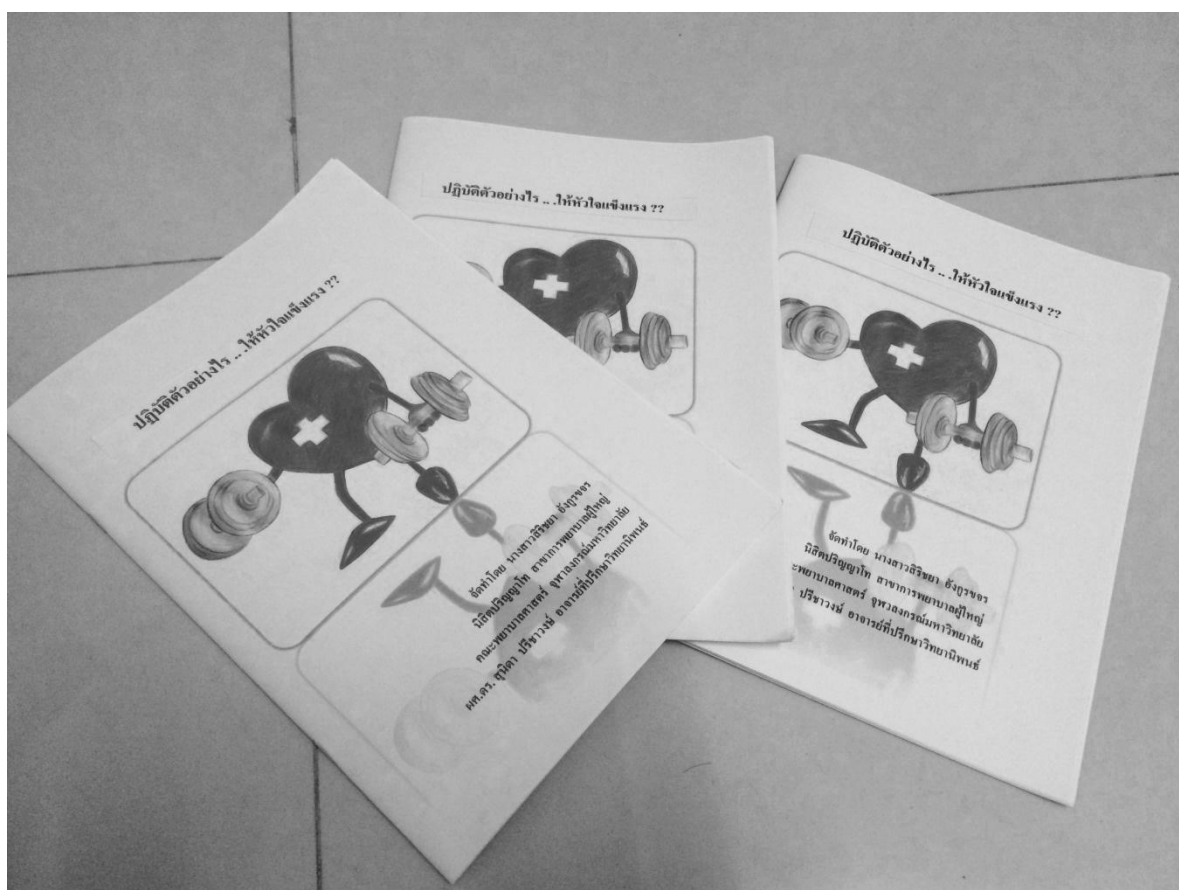
แบบประเมินการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา

คำชี้แจง แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว กรุณาตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมาย (✓) หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบของท่านมากที่สุด โดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

เป็นประจำ	หมายถึง	ท่านทำพฤติกรรมในข้อนั้นๆ เสมอ
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านทำพฤติกรรมในข้อนั้นๆ 2 – 3 ครั้ง / สัปดาห์
บางครั้ง	หมายถึง	ท่านทำพฤติกรรมในข้อนั้นๆ 1 – 2 ครั้ง / เดือน
ไม่เคย	หมายถึง	ท่านไม่เคยทำพฤติกรรมในข้อนั้นๆ เลย

ข้อคำถาม	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคย
1. ท่านเลือกซื้ออาหารที่มีฉลากระบุ "โซเดียมต่ำ"				
2. ท่านและครอบครัวปรุงอาหารรับประทานอาหารเอง				
*3. ท่านรับประทานอาหารหมักดอง				
4. ท่านอ่านฉลากอาหารที่ติดอยู่บนบรรจุภัณฑ์เพื่อดูปริมาณเกลือโซเดียม				
5.				
6.				
7.				
8.				
9. ท่านรับประทานยาครบทุกชนิดตามแพทย์สั่ง				
10.				
11.				
12.				
13.				
14. ท่านไปตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ได้ยามารับประทานอย่างต่อเนื่อง				

คู่มือสำหรับผู้ป่วยเรื่อง “ปฏิบัติตัวอย่างไร ... ให้หัวใจแข็งแรง”



แผนการสอน เรื่อง “ภาวะหัวใจล้มเหลวและการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา”

แผนการสอนเรื่องภาวะหัวใจล้มเหลวและการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวและการรับประทานยา

บทนำ ผู้วิจัยได้จัดทำแผนการสอน เรื่อง ภาวะหัวใจล้มเหลวและการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว โดยมีรายละเอียดในเรื่องของพยาธิสภาพ การรับประทานยา ซึ่งในเนื้อหาจะประกอบด้วย 2 ส่วนหลักๆ คือ ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว และแนวทางการรักษา เนื้อหาส่วนที่ 2 เป็นของโรค สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว ทั้งในด้านการรับประทานยาที่มีเกลือต่ำ และการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ทั้งในด้านการรับประทานยาที่มีเกลือต่ำ และการรับประทานยา โดยเป็นการให้ความรู้และส่งเสริมให้ผู้ฟังได้รับรู้ถึงประโยชน์ และลดอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา การรับประทานยา และการรับประทานยา เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญและเกิดทัศนคติที่ต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา ส่งผลให้ผู้ฟังมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ

ผู้ดำเนินกร นางสาวสิริขยา อังสุวรรณจร

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และญาติที่เป็นผู้ดูแลหลัก

เวลา 45 – 60 นาที **สถานที่** หอผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลชลประทาน จังหวัดนนทบุรี

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว
 2. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวด้านการรับประทานยาและการ

รับประทานยาได้อย่างถูกต้อง

สื่อการสอน

1. คอมพิวเตอร์เคลื่อนที่ โดยใช้โปรแกรม Microsoft Power Point
2. คู่มือการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวและการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เรื่อง “ปฏิบัติตามอย่างไร ... เมื่อหัวใจไม่แข็งแรง”

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างและเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างและญาติเข้าใจถึงความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลว</p>	<p>บทนำ ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นจากความผิดปกติของการทำหน้าที่ในการบีบตัวของหัวใจ โดยหัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอ โดยที่ความก้าวหน้าของโรคในกลุ่มหัวใจและหลอดเลือดนั้นจะมีผลทำให้เกิดพยาธิสภาพที่หัวใจและส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลวตามมา การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวจะส่งผลให้เกิดความผิดปกติในระบบต่างๆ ของร่างกาย โดยอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยกลุ่มนี้คือเหนื่อยหอบ หายใจไม่สะดวก อ่อนเพลีย บวมตามร่างกาย นอนราบไม่ได้หรือต้องลุกขึ้นมาหอบระหว่างนอนกลางคืน โดยการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวนี้ จะรักษาแบบประคับประคองเพื่อควบคุมอาการและความรุนแรงของโรค โดยที่การรับประทานยาและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมตามคำแนะนำในการรักษาของบุคลากรทางการแพทย์จะเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยชะลอความก้าวหน้าของโรค และช่วยให้ผู้ป่วยไม่ต้องกลับมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำบ่อยครั้งอีกด้วย</p>	<p>- ผู้สอนสร้างสัมพันธภาพโดยการกล่าวทักทายและแนะนำตัว</p> <p>- นำเข้าสู่กิจกรรมการสอนโดยการสอบถามผู้ฟังถึงความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเผชิญ</p> <p>- นำเสนอความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลวและอุบัติการณ์การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว</p>	<p>- คอมพิวเตอร์ เครื่องฉาย โดยใช้โปรแกรม Microsoft Power Point ในการบรรยาย ร่วมกับการใช้ คู่มือ วัสดุ เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวและการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาด้านการรับประทานอาหาร และการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เรื่อง “ปฏิบัติตัวอย่างไร ... เมื่อหัวใจไม่แข็งแรง”</p>	<p>- ประเมินสีหน้าท่าทางและความสนใจในการฟัง</p> <p>- ประเมินการให้ความร่วมมือในการตอบคำถามและแสดงความคิดเห็น</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>เพื่อให้ผู้ฟังเข้าใจถึงสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว</p>	<p>สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะหัวใจล้มเหลวอาจเกิดได้จากกรณีประวัติเป็นโรคหัวใจอยู่เดิมแล้ว และอาจได้รับปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดขึ้น เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะไตวายเรื้อรัง การสูบบุหรี่ ภาวะโลหิตจาง ไทรอยด์เป็นพิษ การรับประทานอาหารเค็ม และ ความเครียด เป็นต้น</p>	<p>-อธิบายถึงสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ชักนำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว พร้อมทั้งสอบถามผู้ฟัง “อะไรเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวของท่าน”</p>		<p>- ผู้ฟังเข้าใจถึงสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว โดยสามารถตอบคำถามได้อย่างถูกต้อง</p>
<p>เพื่อให้ผู้ฟังเข้าใจถึงอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว และสามารถบอกถึงอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ได้อย่างถูกต้อง</p>	<p>อาการและอาการแสดง อาการของภาวะหัวใจล้มเหลวที่สำคัญได้แก่ หายใจเหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย บวมตามร่างกาย เมื่อนอนราบจะเหนื่อยมากขึ้น หรือต้องลุกมาหอบระหว่างนอนกลางคืน โดยอาการบางอย่างจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับว่าหัวใจซ้ายหรือขวา หากผู้ป่วยพบว่าตนเองมีอาการดังกล่าวจึงควรมาปรึกษาและเข้ารับการรักษาจากแพทย์อย่างทันถ่วงที</p>	<p>- อธิบายอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว พร้อมทั้งสอบถามอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละรายว่ามีอาการอย่างไรบ้างก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาล</p>		<p>- ผู้ฟังสามารถตอบคำถามย้อนกลับได้ว่าอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวที่ตนเองเผชิญก่อนเข้ารับการรักษา มีอะไรบ้าง</p>

สมุดบันทึกการใช้ยาประจำตัว

สมุดบันทึกการใช้ยาประจำตัว

วันที่

ชื่อยา	ข้อบ่งใช้	วิธีการรับประทาน
		<input type="checkbox"/> ก่อนอาหาร <input type="checkbox"/> เช้า <input type="checkbox"/> หลังอาหาร <input type="checkbox"/> กลางวัน <input type="checkbox"/> ก่อนนอน <input type="checkbox"/> เย็น
		<input type="checkbox"/> ก่อนอาหาร <input type="checkbox"/> เช้า <input type="checkbox"/> หลังอาหาร <input type="checkbox"/> กลางวัน <input type="checkbox"/> ก่อนนอน <input type="checkbox"/> เย็น
		<input type="checkbox"/> ก่อนอาหาร <input type="checkbox"/> เช้า <input type="checkbox"/> หลังอาหาร <input type="checkbox"/> กลางวัน <input type="checkbox"/> ก่อนนอน <input type="checkbox"/> เย็น
		<input type="checkbox"/> ก่อนอาหาร <input type="checkbox"/> เช้า <input type="checkbox"/> หลังอาหาร <input type="checkbox"/> กลางวัน <input type="checkbox"/> ก่อนนอน <input type="checkbox"/> เย็น
		<input type="checkbox"/> ก่อนอาหาร <input type="checkbox"/> เช้า <input type="checkbox"/> หลังอาหาร <input type="checkbox"/> กลางวัน <input type="checkbox"/> ก่อนนอน <input type="checkbox"/> เย็น
		<input type="checkbox"/> ก่อนอาหาร <input type="checkbox"/> เช้า <input type="checkbox"/> หลังอาหาร <input type="checkbox"/> กลางวัน <input type="checkbox"/> ก่อนนอน <input type="checkbox"/> เย็น
		<input type="checkbox"/> ก่อนอาหาร <input type="checkbox"/> เช้า <input type="checkbox"/> หลังอาหาร <input type="checkbox"/> กลางวัน <input type="checkbox"/> ก่อนนอน <input type="checkbox"/> เย็น

สมุดบันทึกการใช้ยาประจำตัว

วันที่

ชื่อยา	ข้อบ่งใช้	วิธีการรับประทาน
		<input type="checkbox"/> ก่อนอาหาร <input type="checkbox"/> เช้า <input type="checkbox"/> หลังอาหาร <input type="checkbox"/> กลางวัน <input type="checkbox"/> ก่อนนอน <input type="checkbox"/> เย็น
		<input type="checkbox"/> ก่อนอาหาร <input type="checkbox"/> เช้า <input type="checkbox"/> หลังอาหาร <input type="checkbox"/> กลางวัน <input type="checkbox"/> ก่อนนอน <input type="checkbox"/> เย็น
		<input type="checkbox"/> ก่อนอาหาร <input type="checkbox"/> เช้า <input type="checkbox"/> หลังอาหาร <input type="checkbox"/> กลางวัน <input type="checkbox"/> ก่อนนอน <input type="checkbox"/> เย็น
		<input type="checkbox"/> ก่อนอาหาร <input type="checkbox"/> เช้า <input type="checkbox"/> หลังอาหาร <input type="checkbox"/> กลางวัน <input type="checkbox"/> ก่อนนอน <input type="checkbox"/> เย็น
		<input type="checkbox"/> ก่อนอาหาร <input type="checkbox"/> เช้า <input type="checkbox"/> หลังอาหาร <input type="checkbox"/> กลางวัน <input type="checkbox"/> ก่อนนอน <input type="checkbox"/> เย็น
		<input type="checkbox"/> ก่อนอาหาร <input type="checkbox"/> เช้า <input type="checkbox"/> หลังอาหาร <input type="checkbox"/> กลางวัน <input type="checkbox"/> ก่อนนอน <input type="checkbox"/> เย็น
		<input type="checkbox"/> ก่อนอาหาร <input type="checkbox"/> เช้า <input type="checkbox"/> หลังอาหาร <input type="checkbox"/> กลางวัน <input type="checkbox"/> ก่อนนอน <input type="checkbox"/> เย็น

ปฏิทินแขวนผนัง



โมเดลอาหารตัวอย่างประกอบการสอน



เลขที่แบบบันทึกข้อมูล.....

วันที่บันทึกข้อมูล


.....

แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา

คำชี้แจง แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องทางขวามือที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว ซึ่งมีความหมายดังนี้

- | | | |
|---|---------|----------------------|
| 1 | หมายถึง | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง |
| 2 | หมายถึง | ไม่เห็นด้วย |
| 3 | หมายถึง | ไม่แน่ใจ |
| 4 | หมายถึง | เห็นด้วย |
| 5 | หมายถึง | เห็นด้วยอย่างยิ่ง |

ข้อคำถาม	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. การรับประทานอาหารที่มีปริมาณเกลือต่ำจะช่วยให้ฉันมีสุขภาพดี					
2. อาหารรสเค็มไม่ดีต่อฉัน					
3. การรับประทานอาหารที่มีปริมาณเกลือต่ำจะช่วยให้หัวใจของฉันมีสุขภาพดี					
.....					
.....					
7. อาหารที่มีปริมาณเกลือต่ำมีรสชาติไม่อร่อย					
.....					
.....					
18. การรับประทานยาขับปัสสาวะ ทำให้ฉันลำบากเวลานอกจากบ้าน					
.....					
.....					
24. การรับประทานยาขับปัสสาวะ ทำให้ฉันต้องตื่นกลางดึกเพื่อไปเข้าห้องน้ำ					



ภาคผนวก ฉ
ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

1. แบบประเมินการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.831	.826	14

2. แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.877	.880	24

ตารางที่ 6 แสดงค่าคะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเตอร์

คะแนนการปฏิบัติตาม คำแนะนำในการรักษา	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	การประเมิน
กลุ่มทดลองคนที่			
1	37	39	+
2	37	39	+
3	33	39	+
4	34	40	+
5	34	42	+
6	39	40	+
7	37	37	=
8	34	38	+
9	37	39	+
10	38	40	+
11	37	40	+
12	37	39	+
13	37	40	+
14	41	41	=
15	32	40	+
16	32	39	+
17	44	38	-
18	37	39	+
19	41	42	+
20	40	39	-
21	35	38	+
22	39	40	+
23	36	41	+
24	39	36	-
25	46	39	-
หมายเหตุ	+	หมายถึง	คะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง
	=	หมายถึง	คะแนนหลังการทดลองเท่ากับก่อนการทดลอง
	-	หมายถึง	คะแนนหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง

ตารางที่ 7 แสดงค่าคะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับการดูแลตามปกติ

คะแนนการปฏิบัติตาม คำแนะนำในการรักษา	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	การประเมิน
กลุ่มควบคุมคนที่			
1	36	36	=
2	36	37	+
3	35	36	+
4	39	36	-
5	37	35	-
6	40	35	-
7	33	40	+
8	32	36	+
9	35	37	+
10	37	36	-
11	37	37	=
12	38	35	-
13	36	34	-
14	38	36	-
15	37	35	-
16	34	36	+
17	38	34	-
18	34	38	+
19	45	39	-
20	39	37	-
21	43	40	-
22	38	32	-
23	39	36	-
24	36	37	+
25	40	38	-
หมายเหตุ	+	หมายถึง	คะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง
	=	หมายถึง	คะแนนหลังการทดลองเท่ากับก่อนการทดลอง
	-	หมายถึง	คะแนนหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทดสอบ Paired t – test

กลุ่มทดลอง

Paired Samples Test

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	pretestAdherencengroupทดลอง - posttestAdherencengroupทดลอง	-2.040	3.736	.747	-3.582	-.498	-2.730	24	.012

กลุ่มควบคุม

Paired Samples Test

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	pretestAdherencengroupควบคุม - posttestAdherencengroupควบคุม	.960	3.182	.636	-.353	2.273	1.509	24	.144

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทดสอบ Independent t – test

ก่อนการทดลอง

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means					95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
pretestAdherence	Equal variances assumed	.320	.574	-.045	48	.965	-.040	.897	-1.843	1.763
	Equal variances not assumed			-.045	46.826	.965	-.040	.897	-1.844	1.764

หลังการทดลอง

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means					95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
posttestAdherence	Equal variances assumed	1.028	.316	-6.655	48	.000	-3.040	.457	-3.958	-2.122
	Equal variances not assumed			-6.655	44.761	.000	-3.040	.457	-3.960	-2.120

ตารางที่ 8 แสดงค่าคะแนนการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์

การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ อุปสรรคของการปฏิบัติตาม คำแนะนำในการรักษา		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	การประเมิน
กลุ่มทดลองคนที่				
1		68	80	+
2		66	78	+
3		67	87	+
4		72	76	+
5		68	75	+
6		68	71	+
7		76	80	+
8		77	63	-
9		72	75	+
10		70	72	+
11		69	69	=
12		64	80	+
13		68	81	+
14		64	76	+
15		64	73	+
16		62	76	+
17		87	78	-
18		55	81	+
19		86	60	-
20		69	85	+
21		69	80	+
22		74	79	+
23		74	80	+
24		77	76	-
25		83	78	-
หมายเหตุ	+	หมายถึง	คะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง	
	=	หมายถึง	คะแนนหลังการทดลองเท่ากับก่อนการทดลอง	
	-	หมายถึง	คะแนนหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง	

ตารางที่ 9 แสดงค่าคะแนนการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับการดูแลตามปกติ

การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ อุปสรรคของการปฏิบัติตาม คำแนะนำในการรักษา		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	การประเมิน
กลุ่มควบคุมคนที่				
1		68	63	-
2		70	65	-
3		73	65	-
4		66	64	-
5		71	67	-
6		69	68	-
7		72	70	-
8		67	68	+
9		68	70	+
10		76	69	-
11		64	68	+
12		72	62	-
13		70	67	-
14		64	69	+
15		66	65	-
16		67	71	+
17		72	69	-
18		56	64	+
19		67	67	=
20		62	68	+
21		63	69	+
22		67	69	+
23		70	68	-
24		66	65	-
25		73	62	-
หมายเหตุ	+	หมายถึง	คะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง	
	=	หมายถึง	คะแนนหลังการทดลองเท่ากับก่อนการทดลอง	
	-	หมายถึง	คะแนนหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง	

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ ตามคำแนะนำในการรักษา ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทดสอบ Paired t – test

กลุ่มทดลอง

Paired Samples Test

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	pretestBeliefกลุ่มทดลอง - posttestBeliefsกลุ่มทดลอง	-5.600	11.079	2.216	-10.173	-1.027	-2.527	24	.018

กลุ่มควบคุม

Paired Samples Test

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	pretestBeliefกลุ่มควบคุม - posttestBeliefsกลุ่มควบคุม	1.080	5.024	1.005	-.994	3.154	1.075	24	.293

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ
ตามคำแนะนำในการรักษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t – test

ก่อนการทดลอง

		Independent Samples Test								
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means					95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
pretestBelief	Equal variances assumed	4.927	.031	-1.639	48	.108	-2.800	1.709	-6.235	.635
	Equal variances not assumed			-1.639	38.368	.109	-2.800	1.709	-6.258	.658

หลังการทดลอง

		Independent Samples Test								
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means					95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
posttestBeliefs	Equal variances assumed	.166	.686	-3.806	48	.000	-6.080	1.597	-9.292	-2.868
	Equal variances not assumed			-3.806	47.022	.000	-6.080	1.597	-9.293	-2.867

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวสิริชยา อังกูรขจร เกิดเมื่อวันที่ 19 ธันวาคม พ.ศ. 2530 มีภูมิลำเนาอยู่ที่ อำเภอบางบาล จังหวัดอ่างทอง จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 ในปีการศึกษา 2547 จากโรงเรียนวิเศษไชยชาญ “ตันติวิทยานุกูมิ” และเข้ารับการศึกษต่อในระดับอุดมศึกษา จนสำเร็จ การศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เมื่อปีการศึกษา 2551 ภายหลังสำเร็จการศึกษาได้เข้ารับการบรรจุเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย ใน ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ทำงานในแผนกผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ศูนย์การแพทย์ ปัญญานันท์ภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เมื่อมีประสบการณ์ในการทำงาน เป็นระยะเวลา 2 ปี จึงเข้ารับการศึกษต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ภาคปกติ ในปี การศึกษา 2554



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY