

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียม
ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวFactor Influencing Self-Management Behaviors of
Sodium Restriction among Congestive Heart Failure Patients

Received: June 28, 2018
Revised: July 15, 2018
Accepted: July 26, 2018

วันวิสา ทิอุทิศ พย.ม. (Wanwisa Teeoutid, M.N.S.)¹
วัลภา คุณทรงเกียรติ พย.ด. (Wanlapa Kunsongkeit, Ph.D.)²
สุภาภรณ์ ดั่งแพง พย.ด. (Supaporn Dungpaeng, D.N.S.)³

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 85 ราย โดยทำการสุ่มอย่างง่าย เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดไว้ เก็บข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2560-เดือนมกราคม พ.ศ. 2561 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .80, .78, .81 และ .97 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสมการถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียม โดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 41.81 (SD = 9.55) โดยความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง เป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้ร้อยละ 17.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลการศึกษานี้เสนอแนะว่า การส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พยาบาลควรมุ่งเน้นการให้ความรู้ในการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมที่ถูกต้องและต่อเนื่องต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมการจัดการตนเอง, การจำกัดโซเดียม, ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

¹ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Email: wanwisa.gs@gmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Email: jawanlapa@gmail.com

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Email: d_supaporn@hotmail.com

^{1,2,3} Burapha University, ChonBuri, Thailand

Abstract

This predictive correlational study aimed to: 1) assess factors influencing self-management behaviors of sodium restriction; and 2) predict factors (knowledge of congestive heart failure, severity of disease, depression, and social support.) influencing self-management behaviors of sodium restriction among congestive heart failure patients. Sample included 85 heart failure patients at the medical out-patient department, Prapokklao Hospital. A random sampling method was used to recruit the sample from September 2017 to January 2018. Research instruments included a personal information record form, an assessment of sodium restriction behaviors, an assessment of congestive heart failure knowledge, an assessment of depression, and an assessment of social support. Instrument reliability coefficients were .80, .78, .81, and .97, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, and multiple regression analysis.

Findings revealed that mean score of sodium restriction behaviors was 41.81 (SD = 9.55). Knowledge of self-management could significantly predict 17.60 percent of the variance of sodium restriction behaviors ($p < .001$). These results suggested that nurse should provide knowledge of self-management for development of sodium restriction behaviors to sustainably promote sodium restriction behaviors among congestive heart failure patients.

Keywords: Self-Management Behaviors, sodium restriction, congestive heart failure patients

บทนำ

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการซึ่งมีสาเหตุจากความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ มีผลทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายหรือรับเลือดกลับเข้าสู่หัวใจได้ตามปกติ ปัจจุบันอุบัติการณ์การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และเป็นปัญหาที่สำคัญของทุกประเทศรวมทั้งประเทศไทย โดยในปี ค.ศ. 2009 ถึง ปี ค.ศ. 2012 มีประชากรชาวอเมริกันที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวกว่า 5.7 ล้านคน และอาจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 46 จากปีค.ศ. 2012 ถึง ปีค.ศ. 2030¹ ในส่วนเขตบริการสุขภาพภาคตะวันออก ในปี พ.ศ. 2556-2558 มีผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในเท่ากับ 363.98, 389.31 และ 386.66 คนต่อแสนประชากรตามลำดับ² และพบอัตราการตายด้วยโรคหัวใจรวมถึงภาวะหัวใจล้มเหลวเท่ากับ 93.33, 96.21 และ 100.46 คนต่อแสนประชากรตามลำดับ³ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่ามีหลายปัจจัย

ที่ส่งผลให้อาการของโรคมีความรุนแรงมากขึ้น เช่น ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบขึ้น⁴ ในทางตรงกันข้าม การจำกัดโซเดียมอย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดอาการบวมและน้ำคั่งในร่างกายได้ อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติทำได้ยาก⁵ อันเนื่องมาจากปัจจัยที่หลากหลาย ทั้งนี้จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการจำกัดโซเดียมได้เพียงร้อยละ 36⁶ และมีเพียงร้อยละ 18 ที่สามารถจำกัดการบริโภคโซเดียมได้ตามปริมาณที่แนะนำ⁷ ดังนั้นคาดว่าจะมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม

การจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นเรื่องที่ซับซ้อนและยากลำบากซึ่งรวมไปถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสมกับภาวะการเจ็บป่วย ซึ่ง Ryan

และ Sawin⁸ มีความเชื่อว่า สมาชิกในครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการสร้างความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วย เพราะการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวเป็นความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ในการปฏิบัติหน้าที่แต่ละวันเพื่อจัดการกับภาวะความเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อน ส่วนพฤติกรรมในการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมนั้นเป็นการกระทำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในแต่ละวันในการรับประทานอาหารที่จำกัดโซเดียมและอาหารที่มีผลทำให้อาการของภาวะหัวใจล้มเหลวแย่ลง ทั้งนี้จากการศึกษาของ Kollipara et al.⁹ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีความรู้ด้านอาหารจำกัดโซเดียมต่ำ มีการกลับมารักษาซ้ำถึงร้อยละ 28 ส่วนกลุ่มที่มีความรู้ด้านอาหารจำกัดโซเดียมสูง มีการกลับมารักษาซ้ำเพียงร้อยละ 9 โดยผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวหากขาดความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม จะทำให้เกิดความสับสนในการเลือกบริโภคอาหาร¹⁰ สำหรับระดับความรุนแรงของโรค เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญอยู่ตลอดเวลาของการเจ็บป่วย เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ส่งผลต่อพฤติกรรมในการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว¹¹ มีอิทธิพลโดยตรงทางลบต่อภาวะสุขภาพ และมีอิทธิพลโดยอ้อมทางลบต่อภาวะสุขภาพผ่านความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเอง และระดับความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01¹² ส่วนภาวะซึมเศร้า เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเกี่ยวกับภาวะจิตใจที่เป็นทุกข์ที่เกิดจากความเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งภาวะที่เป็นทุกข์มีระยะเวลา 2 สัปดาห์ขึ้นไป¹ พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะซึมเศร้า จะให้ความร่วมมือในการรักษาเรื่องการควบคุมอาหารจำกัดโซเดียม ร้อยละ 29.41 ส่วนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าจะให้ความร่วมมือในการรักษาเรื่องการควบคุมอาหารจำกัดโซเดียม ร้อยละ 79.63 และยังพบว่าปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังรวมทั้งภาวะหัวใจล้มเหลว คือ ภาวะซึมเศร้า¹³ ส่วนการสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ได้แก่ คู่สมรส บุตร ญาติ เพื่อน หรือบุคลากรในทีมสุขภาพซึ่งการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะส่งเสริมให้ผู้ป่วย

ภาวะหัวใจล้มเหลวมีกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่และมีกำลังใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งทั้งหมดมีความสำคัญในการส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรมในการจัดการตนเองที่ดี¹⁴

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตามแนวคิดของ Ryan และ Sawin⁸ ซึ่งมีความเชื่อว่า สมาชิกในครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการสร้างความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยในการปฏิบัติหน้าที่แต่ละวัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของความเจ็บป่วย ประกอบด้วย มิติด้านบริบท (Context) มิติด้านกระบวนการ (Process) และมิติด้านผลลัพธ์ (Outcome) ทั้งนี้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองจะเป็นกระบวนการที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมในการจัดการตนเองของผู้ป่วย ในขณะที่ระดับความรุนแรงของโรคนั้นเป็นความเฉพาะเจาะจงที่กระตุ้นให้เกิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ส่วนภาวะซึมเศร้า เป็นระดับความทนต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในการจัดการตนเองที่จะส่งผลกับการให้ความร่วมมือในการรักษาเรื่องการควบคุมอาหารจำกัดโซเดียมและการสนับสนุนทางสังคมจะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมในการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวให้มีกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่และมีกำลังใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ทั้งนี้การศึกษาส่วนใหญ่ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพหรือพฤติกรรมโดยรวม อย่างไรก็ตาม แม้ว่าเราจะพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตลอดจนผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้ผลดี แต่ก็ยังพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นจำนวนมาก และจากปัญหาในคลินิกที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการตนเองโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการจำกัดโซเดียมในอาหาร

ดังนั้นในการศึกษาค้นคว้านี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียม ระดับความรุนแรงของโรค

ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว นำไปสู่พฤติกรรมจัดการตนเองที่ถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดีและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2560-เดือนมกราคม พ.ศ. 2561

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่ายตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้แก่ มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดเพศ ไม่มีอาการเหนื่อย เจ็บหน้าอกหรือใจสั่นภายใน 24 ชั่วโมงก่อนการเก็บข้อมูล มีสติ สัมผัสัญญะดี เป็นผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.215 กำหนดตามสถิติ Multiple regression ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญ (α) เท่ากับ .05 ระดับอำนาจทดสอบ (Power) ที่ .80 ขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .15 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 85 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามจำนวน 6 ชุด ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานะภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ และบุคคล

ในครอบครัวที่มีหน้าที่ดูแลหลัก ข้อมูลการเจ็บป่วยประกอบด้วย โรคประจำตัว ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล

ชุดที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ประเมินโดยใช้แบบประเมินของ จริญญา คมเฉียบ¹⁶ มีจำนวน 17 ข้อ นำไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยทดลองใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .85 พบว่าผู้ป่วยมีข้อสงสัยเกี่ยวกับข้อคำถามบางข้อซึ่งมีลักษณะข้อคำถามคล้ายคลึงกันจึงพิจารณาร่วมกับทีมที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ปรับข้อคำถามและตัดข้อคำถามที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันออกจำนวน 3 ข้อ ดังนั้นจึงเหลือคำถามจำนวน 17 ข้อ และนำไปใช้สอบถามผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 85 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .80

ชุดที่ 3 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง ประเมินโดยใช้แบบประเมินความรู้ในการป้องกันการคั่งของน้ำและเกลือโซเดียม ของจันทร์จิรา เกียรติศรีสกุล¹⁷ แบบประเมินเป็นลักษณะข้อคำถามชนิดปลายปิด จำนวน 25 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีคำตอบให้เลือก 3 แบบ คือ ถูก ผิด และไม่ทราบ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-25 คะแนน คำถามเชิงบวก 15 ข้อ คำถามเชิงลบ 10 ข้อเกณฑ์การให้คะแนนของแต่ละข้อคำถาม

ข้อคำถามถูกต้อง กลุ่มตัวอย่างตอบว่าถูก ได้ 1 คะแนน
ข้อคำถามถูกต้อง กลุ่มตัวอย่างตอบว่าผิด ได้ 0 คะแนน
ข้อคำถามไม่ถูกต้อง กลุ่มตัวอย่างตอบว่าผิด ได้ 1 คะแนน
ข้อคำถามไม่ถูกต้อง กลุ่มตัวอย่างตอบว่าถูก ได้ 0 คะแนน
ข้อคำถามใดๆ ที่กลุ่มตัวอย่างตอบว่าไม่ทราบ ได้ 0 คะแนน

คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความรู้ในการป้องกันการคั่งของน้ำและเกลือโซเดียมมาก ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) โดยใช้สูตร KR-21 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .78

ชุดที่ 4 แบบสอบถามระดับความรุนแรงของโรค แบ่งตามเกณฑ์การจำแนกของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Association Functional Classification [NYHA] Class) แบ่งเป็น 4 ระดับ ประเมินโดยการสอบถามการรับรู้อาการของผู้ป่วย ถึงความทนต่อการออกกำลังกายในการทำกิจกรรมได้มากน้อยเพียงใด

ชุดที่ 5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข¹⁸ มีจำนวน 9 คำถาม โดยประเมินความรู้สึกในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ไม่มีภาวะซึมเศร้า มีภาวะซึมเศร้าน้อย มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง และมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ตามเกณฑ์ดังนี้ คะแนนรวมน้อยกว่า 7 หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 7-12 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าน้อย คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 13-18 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง คะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 19 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) = .81

ชุดที่ 6 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ประเมินโดยใช้แบบประเมินการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของจันทนา หล่อตระกูล¹⁹ มี 7 ข้อคำถาม นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .86 โดยคำถามข้อที่ 1-6 เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่มีเลย มีบ้างเล็กน้อย บางครั้ง เกือบตลอดเวลา และตลอดเวลา ส่วนคำถามข้อที่ 7 เป็นการถามถึงคู่สมรสว่ามีหรือไม่มี ผู้วิจัยจึงตัดคำถามข้อที่ 7 ทิ้ง และไม่นำมาคิดคะแนน เนื่องจากคำถามมีความซ้ำซ้อนกับแบบสอบถามในชุดที่ 1 ดังนั้นจึงเหลือคำถามจำนวน 6 ข้อ และนำไปหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค ได้เท่ากับ .97

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสจริยธรรม 02-09-2560 ลงวันที่ 9 ตุลาคม พ.ศ. 2560 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี เลขที่ 072/60 ลงวันที่ 9 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560 ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยการแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธ สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้ให้ลงนามในใบยินยอม จากนั้น

ผู้วิจัยจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดในแต่ละวัน ช่วงระหว่างกลุ่มตัวอย่างรอรับการตรวจจากแพทย์ ใช้เวลาในการตอบแบบประเมินประมาณ 20-30 นาที เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินเสร็จแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล หากพบว่าข้อมูลไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยได้ขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบให้ครบถ้วน และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยจนสิ้นสุด สำหรับข้อมูลผู้วิจัยได้ปกปิดเป็นความลับ โดยการใช้รหัสแทนชื่อ สกุล และนำเสนอข้อมูลที่ได้ในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ช่วงคะแนน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอ้างอิง ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณแบบมาตรฐาน ข้อมูลได้จากการสุ่มทดสอบโดยใช้สถิติ run test ได้ค่า p มากกว่า .05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษารั้งนี้มีจำนวน 85 ราย มากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 52.90) มีอายุเฉลี่ย 63.53 ปี (SD = 13.31) อายุต่ำสุด คือ 28 ปี และอายุมากที่สุด คือ 88 ปี สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 57.60) การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 70.60) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 35.30) รองลงมาไม่ได้ประกอบอาชีพและรับจ้าง (ร้อยละ 23.50) มากกว่าครึ่งหนึ่งมีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 54.10) มีบุตรเป็นบุคคลในครอบครัวที่มีหน้าที่ดูแลหลัก (ร้อยละ 34.10) รองลงมาคือไม่มีผู้ดูแล (ร้อยละ 30.60) มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค (ร้อยละ 71.80) แบ่งเป็นโรคลิ้นหัวใจ (ร้อยละ 15.30) โรคหลอดเลือดหัวใจ (ร้อยละ 5.90) โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 3.50) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 2.40) และไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 1.20) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ระหว่าง 1-5 ปี (ร้อยละ 68.20) และมากกว่าครึ่งไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในรอบ 1 ปี ด้วยภาวะของหัวใจล้มเหลว (ร้อยละ 56.50)

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 41.81 (SD = 9.55) โดยคะแนนสูงสุดเท่ากับ 63 ต่ำสุดเท่ากับ 20

ตารางที่ 1 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (n = 85)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน		Mean	SD
	ที่เป็นไปได้	ที่เป็นจริง		
พฤติกรรมจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	14-70	20-63	41.81	9.55

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (n = 85)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ	ช่วงคะแนน		Mean	SD
			ที่เป็นไปได้	ที่เป็นจริง		
ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว			0-24	0-24	16.22	4.34
ระดับความรุนแรงของโรค						
NYHA functional class I	56	65.90				
NYHA functional class II	26	30.60				
NYHA functional class III	3	3.50				
ภาวะซึมเศร้า			0-27	0-18	4.97	4.10
การสนับสนุนทางสังคม			6-30	6-30	21.77	6.83

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ โดยวิธี Standard regression เพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (n = 85)

ตัวแปรที่มีอิทธิพล	β	beta
ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว	.86 **	.39**
$R^2 = .176$ F _(4,80) = 4.26**		

**p < .01

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 16.22 (SD = 4.34) โดยคะแนนสูงสุดเท่ากับ 24 ต่ำสุดเท่ากับ 0 มีระดับความรุนแรงของโรค อยู่ในระดับ I มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 65.90 มากกว่าครึ่งไม่มีภาวะซึมเศร้ามีค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 4.97 (SD = 4.10) คะแนนสูงสุดเท่ากับ 18 ต่ำสุดเท่ากับ 0 กลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 21.77 (SD = 6.83) คะแนนสูงสุดเท่ากับ 30 ต่ำสุดเท่ากับ 6

จากตารางที่ 3 เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ โดยวิธี Standard regression พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้ร้อยละ 17.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .176$, $F_{(4,80)} = 4.26$, $p < .01$) ส่วนระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้

อภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 41.81 (SD = 9.55) โดยคะแนนสูงสุดเท่ากับ 63 ต่ำสุดเท่ากับ 20 ซึ่งจากข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 57.60 มีความเพียงพอของรายได้ ร้อยละ 54.10 และมีบุตรเป็นคู่หลัก ร้อยละ 34.10 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีและรายได้นั้นเป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิตของคนในสังคม สามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานต่าง ๆ ได้ ไม่ว่าจะเป็นอาหารที่มีคุณค่า ที่อยู่อาศัยที่ดี สิ่งอำนวยความสะดวกและสิ่งจำเป็นในการดูแลตนเองที่สำคัญคือการรักษาพยาบาล²⁰ ทั้งนี้สมาชิกในครอบครัวจะเป็นศูนย์กลางในการสร้างความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม自我管理ของผู้ป่วย โดยเชื่อว่าจะสามารถควบคุมอาการของโรคได้⁸ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อพฤติกรรม自我管理โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว²¹ และกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจ

ล้มเหลวเฉลี่ยอยู่ที่ 1-5 ปี โดยระยะเวลานี้พยาธิสภาพของโรค รวมทั้งความก้าวหน้าของโรค ยังไม่มีความเสื่อมถอยมากนัก การรักษายังสามารถควบคุมและรักษาได้ด้วยวิธีมาตรฐาน²⁰ โดยระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นตัวบ่งชี้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหรือการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของโรคเพียงระดับเล็กน้อย คือ มีระดับ NYHA functional class อยู่ที่ระดับ I (ร้อยละ 65.90) เป็นความเฉพาะเจาะจงที่กระตุ้นให้เกิดการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จึงทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ดี ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและมีความสามารถปฏิบัติพฤติกรรม自我管理ในการจำกัดโซเดียมต่างๆ ได้ปกติ

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม自我管理ในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

พบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรม自我管理ในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมี 1 ตัวแปร คือ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม自我管理ในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 17.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .176$, $F_{(4,80)} = 4.26$, $p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยควบคุมหรือลดความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ทำให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น นำไปสู่พฤติกรรม自我管理ที่ดี²² สอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์จิรา เกียรติสีสุกุล¹⁷ พบว่า การส่งเสริมให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวพัฒนาความรู้ในการดูแลตนเองที่จำเป็นเพื่อลดการคั่งของน้ำและเกลือโซเดียมจะช่วยลดระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวและอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ การศึกษาของจริญญา คมเฉียบ¹⁶ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .43$, $p < .05$) และการศึกษาของสินุช หลวงพิทักษ์¹² พบว่าความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .543$, $p < .001$) ผู้ป่วยจะสามารถ

ในการจัดการตนเองหรือมีพฤติกรรมแสดงออกอย่างเหมาะสมหรือไม่ขึ้นอยู่กับความรู้อาสาสมัครมีความรู้จะมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงที่เกิดจากภาวะไข้เด็มน้ำคั่งได้อย่างมั่นใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองโดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมจัดการตนเองในการจำกัดไข้เด็มน้ำคั่ง

ปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในการจำกัดไข้เด็มน้ำคั่งของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อภิปรายผลได้ดังนี้

ระดับความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยด้านการทำหน้าที่ของบุคคล เมื่อระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมลดลง และทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันรวมถึงการจัดการตนเองโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการจำกัดไข้เด็มน้ำคั่ง²³ จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีระดับความรุนแรงของโรค (NYHA functional class) อยู่ในระดับ I (ร้อยละ 65.90) ซึ่งมีข้อจำกัดของการปฏิบัติกิจกรรมเพียงเล็กน้อย สามารถทำกิจกรรมปกติได้โดยไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย แต่จะมีอาการหายใจหอบเหนื่อยเมื่อทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก เมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นจึงไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในการจำกัดไข้เด็มน้ำคั่งของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะซึมเศร้า เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเกี่ยวกับภาวะจิตใจที่เป็นทุกข์ที่เกิดจากการเจ็บป่วยซึ่งจะมีระยะเวลานาน 2 สัปดาห์เป็นต้นไป เนื่องจากภาวะซึมเศร้าทำให้การทำงานของสรีรวิทยาเปลี่ยนแปลงไปซึ่งมีผลต่อพยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลว เมื่อผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงมากขึ้น จะทำให้เกิดอาการกำเริบส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการจำกัดไข้เด็มน้ำคั่งที่ไม่ดีหรือเลวลง²⁴ จากการศึกษาของ Awan, Ghaffar และ Khan²⁵ พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่หนึ่งปีขึ้นไปมักพบภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งพบได้มากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยนอก²⁶ แต่ในสังคมไทยส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย และอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวใหญ่ ทำให้ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน โดยกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามากกว่าครึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 57.60) และมีบุตรเป็นบุคคลในครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลหลัก (ร้อยละ

34.10) จึงส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่ในการศึกษานี้ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 68.20) ดังนั้นภาวะซึมเศร้าจึงไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในการจำกัดไข้เด็มน้ำคั่งของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

การสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ในด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และสิ่งของ จากการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 57.60) มีบุตรเป็นผู้ดูแลหลัก (ร้อยละ 34.10) ส่วนใหญ่อยู่แบบครอบครัวขยายและครอบครัวเดี่ยว ประกอบกับสังคมไทยมีการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว มีการสนับสนุนทางสังคมดีมาก ร้อยละ 41.2 สอดคล้องกับการศึกษาของจริญญา คมเฉียบ¹⁶ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($r = .22, p < .05$) จึงไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในการจำกัดไข้เด็มน้ำคั่งของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลควรนำปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในการจำกัดไข้เด็มน้ำคั่งของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองในการจำกัดไข้เด็มน้ำคั่งโดยเน้นที่การให้ความรู้ในการจัดการตนเองเพื่อให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว

2. ด้านการศึกษาพยาบาล

คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาพยาบาลสามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบการเรียนการสอน เพื่อให้นักศึกษามีความรู้ความเข้าใจในการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองในการจำกัดไข้เด็มน้ำคั่งของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างถูกต้องและเหมาะสม

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมจัดการตนเองในการจำกัดไข้เด็มน้ำคั่งของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้ป่วยอื่นๆ เพิ่มเติม

References

1. American Heart Association [Internet]. Heart disease and stroke statistic 2016; Available from <http://www.nonocortx.com/Article/HeartDiseaseStrokeStatistic.pdf>.
2. The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage of H.M. the king. Thai heart association guideline. [Internet] 2014. [cited 2016 April 18]. Available from <http://www.thaiheart.org>.
3. Policy and Strategy, Office of Permanent Secretary. Public health statistics in 2015. [Internet]. Nonthaburi: Office of Permanent Secretary; 2015 [cited 2016 Jan 6]. Available from <http://www.thaincd.com/document/file/download/paper-manual/Annual-report-2015.pdf>.
4. Ponpan T. The effects of self-care promoting program on self-care behaviors and quality of Life among Patients with Heart Failure in Prachuapkhirikhan Hospital. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing 2015;26:2-14. (in Thai)
5. Chung ML, Doering LV, Moser DK. Vulnerabilities of patients recovering from an exacerbation of chronic heart failure. American Heart Journal 2005;150:984.e7–984.e13.
6. Cleland JGE, Cohen-Solal A, Aguilar J, Dietz R, Eastangh J, Follath F. Management of heart failure in primary care (The improvement of heart failure program): An international survey. The Lancet 2002;360:1631-39.
7. Son Y, Lee Y, Song EK. 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 2011;20:3029–38.
8. Ryan P, Sawin K. The individual and family self-management theory: Background and perspective on context, process, and outcomes. Nursing Outlook 2009;57:217-25.
9. Kollipara UK, Jaffer O, Amin A, Toto KH, Nelson LL, Schneider R, et al. Relation of lack of knowledge about dietary sodium to hospital readmission in patients with heart failure. American Heart Journal 2008;102:1212-15.
10. Bentley B, De Jong MJ, Moser DK, Peden AR. Factors related to nonadherence to low sodium diet recommendations in heart failure patients. European Journal of Cardiovascular Nursing 2005; 4:331-6.
11. Chom S, Rewwadee P, Punyawee C, Wongrut S. Self-Care of Chronic Heart Failure Patients. Thai Journal of Nursing Council 2551;23:35-45. (in Thai)
12. Sineenucht L. Factors influencing self-management among patients with heart failure. [Dissertation for the Master degree of Nursing Science Program in Adult Nursing]. Chonburi: Burapha University; 2015. (in Thai)
13. Jerant AF, Friederichs-Fitzwater MMV, Moore M. Patient's perceived barriers to active self-management of chronic conditions. Patient Education and Counseling 2005;57:300-7.

14. Graven LJ, & Grant JS. Coping and health-related quality of life in individuals with heart failure: An integrative review. *Heart & Lung* 2011; 42:183-94.
15. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, & Lang AG. Statistic power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods* 2009;41:1149-60.
16. Jarinya K. Relationships among knowledge, perceived barriers, perceived benefit, social support, self-efficacy and sodium consumption behaviors in heart failure patients. [Dissertation for the Degree of Doctor of Philosophy Program in Nursing Science]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2013. (in Thai)
17. Junjira K. The effect of a supportive educational program on knowledge, self-care behavior, and the severity of heart failure. [Dissertation for the Master degree of Nursing Science Program in Adult Nursing]. Bangkok: Mahidol University; 2008. (in Thai)
18. Department of Mental Health. Ministry of Public Health. Guideline of Mental Measuring for Public Health Staff in Primary Hospital (NCD Clinic) Revised edition. Nonthaburi: Printing Agriculture Cooperatives of Thailand; 2015. (in Thai)
19. Chantana L. The development of the quality of life instrument in Thai patients with post myocardial infection. [Dissertation for the Degree of Doctor of Philosophy Program in Nursing Science]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2006. (in Thai)
20. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE, Drazner MH, et al. ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: executive summary. *Circulation* 2013;128:1810-52.
21. Rapihun N. Factors influencing heart-related quality of life among congestive heart failure patients. [Dissertation for the Master degree of Nursing Science Program in Adult Nursing]. Chonburi: Burapha University; 2016. (in Thai)
22. Riegel B, Carlson B, & Glaser D. Development and testing of a clinical tool measuring self-management of heart failure. *Heart and Lung* 2000;29:4-15.
23. Hole T, Grundtvig M, Gullestad L, Flonaes B, Westheim A. Improved quality of life in Norwegian heart failure patients after follow-up in outpatient heart failure clinic: results from the Norwegian heart failure registry. *European Journal of Heart Failure* 2011;12:1247-52.
24. Vaccarino V, Kasl SV, Abramson J, & Krumholz HM. Depressive symptoms and risk of functional decline and death in patients with heart failure. *Journal of the American College of Cardiology* 2001;38:199-205.
25. Awan ZA, Ghaffar R, Khan A, Khan S. Frequency of depression in patients with chronic heart failure. *Journal of Ayub Medical College* 2012;24:26-9.
26. Xiong GL, Fiuzat M, Kuchibhatla M, Krishnan R, Connor CMO, & Jiang W. Health status and depression remission in patients with chronic heart failure. *Circulation Heart Failure* 2012;5:688-92.