

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม การ
รับรู้สมรรถนะแห่งตน กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว



นางสาวจริญญา คมเฉียบ

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.

RELATIONSHIPS AMONG KNOWLEDGE,PERCEIVED BARRIERS,PERCEIVED BENEFIT,
SOCIAL SUPPORT,SELF EFFICACY AND SODIUM CONSUMPTION BEHAVIORS IN
HEART FAILURE PATIENTS.

Miss Jarinya Komcheab



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

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้
ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่ง
ตน กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะ
หัวใจล้มเหลว

โดย

นางสาวจริญญา คมเฉียบ

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต)

จริยญา คมเฉียบ : ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. (RELATIONSHIPS AMONG KNOWLEDGE, PERCEIVED BARRIERS, PERCEIVED BENEFIT, SOCIAL SUPPORT, SELF EFFICACY AND SODIUM CONSUMPTION BEHAVIORS IN HEART FAILURE PATIENTS.) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.ชนกพร จิตปัญญา, 118 หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วย ซึ่งได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มารับการตรวจรักษาคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือดผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลตำรวจ สถาบันโรคทรวงอก คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จำนวน 134 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคต่อการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ต่อการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .94, .77, .83, .92, .98 และ .96 ตามลำดับ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

พฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับปานกลาง ($=57.86$, $SD 16.23$)

การรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=-.178$)

ความรู้ การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.425, .452, .218, .541$)

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ลายมือชื่อนิติต

ปีการศึกษา 2556

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

5377556036 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: SODIUM CONSUMPTION BEHAVIORS / CONGESTIVE HEART FAILURE PATIENTS

JARINYA KOMCHEAB: RELATIONSHIPS AMONG KNOWLEDGE, PERCEIVED BARRIERS, PERCEIVED BENEFIT, SOCIAL SUPPORT, SELF EFFICACY AND SODIUM CONSUMPTION BEHAVIORS IN HEART FAILURE PATIENTS..
ADVISOR: ASST. PROF. CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D., 118 pp.

This correlation research aimed to study relationships among knowledge, perceived barriers, perceived benefit, social support, self efficacy and sodium consumption behaviors in heart failure patients. The subjects were 134 patients with congestive heart failure, and were recruited by using multiple stage sampling technique from Out-Patients Coronary Clinics Department of Police General Hospital, Central Chest Institute, and Faculty of Medicine Vajira Hospital Navamindradhiraj University. The instrument used for data collection were the demographic data form, the Dietary Sodium Restriction Questionnaire, Perceived barrier to sodium consumption Questionnaire, Perceived benefit to sodium consumption Questionnaire, ENCRICH Support Questionnaire, Self efficacy to sodium consumption questionnaire and Sodium consumption behaviors adapted from The Low Sodium Eating Behaviors Scale. This instruments were tested for their content validity by a panel experts. Internal consistency reliability for each questionnaire computed by Cronbach's alpha were .94, .77, .83, .92, .98 and .96, respectively. Data were analyzed using mean, standard deviation, and Pearson's Product Moment correlation.

The major findings were as follows:

Sodium consumption behaviors in heart failure patients was at the moderate level. (\bar{x} = 57.86, SD 16.23)

Perceived barriers to sodium consumption were negatively significant correlated to sodium consumption behaviors. .05 ($r = -.18$, $p < .05$)

Knowledge, Perceived benefits, Social support and Self efficacy were positively significant correlated to sodium consumption behaviors. ($r = .425$, $.452$, $.218$, $.541$, $P < .05$)

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2013

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาอย่างสูงจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำปรึกษา เสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในทุกขั้นตอนของการทำวิจัย ด้วยความเอาใจใส่และสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยอย่างดียิ่งเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้สละเวลา ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย และกรุณาให้ความรู้ และคำแนะนำที่มีคุณค่าพร้อมทั้งข้อเสนอแนะ แก่ไขเครื่องมือในการวิจัยในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ ร.ต.ต.ดร.ปชาณันท์ ดันติโกสุม และคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์ที่มีคุณค่าแก่ผู้วิจัย ด้วยความรักความห่วงใย ตลอดระยะเวลาของการศึกษา รวมทั้งกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ อธิการบดี หัวหน้าพยาบาล พยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่านของโรงพยาบาลตำรวจ สถาบันโรคทรวงอก คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ที่ได้กรุณาอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณผู้ช่วยกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่สละเวลาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวิจัยครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ

กราบขอบพระคุณฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ที่สนับสนุนทุนและเวลาเพื่อการศึกษา ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นทุกท่าน และเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สำหรับความช่วยเหลือและกำลังใจที่มีให้แก่ผู้วิจัยเสมอมา

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อคุณแม่ ผู้ให้กำเนิดเลี้ยงดู อบรมสั่งสอนและสนับสนุน การศึกษาด้วยความรักความห่วงใย ตลอดจนสมาชิกในครอบครัวที่คอยให้กำลังใจและให้การช่วยเหลืออย่างดียิ่งเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา รวมทั้งกัลยาณมิตรทุกท่านที่มีได้เอื้อนาม ซึ่งมีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	4
สมมติฐานการวิจัย.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	7
คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
1. ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว.....	11
2. แนวคิดทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของ Pender.....	21
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว.....	25
4. บทบาทพยาบาลปฏิบัติการขั้นสูงเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว.....	41
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	44
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	48
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	48
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	50
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	61
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	63
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	64

บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	72
สรุปผลการวิจัย.....	74
การอภิปรายผลการวิจัย.....	74
ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้.....	77
รายการอ้างอิง.....	78
ภาคผนวก.....	84
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	85
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย.....	87
ภาคผนวก ค เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง เอกสารการพิจารณาจริยธรรม.....	93
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	101
ภาคผนวก จ รายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	112
ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว(n=134คน).....	113
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	118

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	วันและเวลาของโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง	50
ตารางที่ 2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุระดับการศึกษาอาชีพ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว ระยะเวลาการเป็นโรคโรคประจำตัว ระดับความรุนแรงของโรคกลุ่มยาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ และความดันโลหิต (n = 134).	65
ตารางที่ 3	แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียม ต่ำและพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มตัวอย่าง (n=134คน).....	68
ตารางที่ 4	แสดงค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนรวมสูงสุด คะแนนรวมต่ำสุด และผลรวมราย ชื่อของพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มตัวอย่าง (n=134คน).....	69
ตารางที่ 5	แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างความรู้ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับพฤติกรรมการบริโภค เกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในเขตกรุงเทพมหานคร 134 คน.....	70

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1 โค้ง Frank-staring Law.....	15
ภาพที่ 2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	24
ภาพที่ 3 ตัวอย่างปริมาณเกลือโซเดียมบนฉลากโภชนาการ	28



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะที่มีความผิดปกติในการทำหน้าที่ของหัวใจที่ไม่สามารถบีบตัวเพื่อส่งออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อต่างๆของร่างกายได้เพียงพอกับความต้องการ ความก้าวหน้าของโรคจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆและเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญที่สุดในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ภาวะหัวใจล้มเหลวนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรของพยาธิสภาพหัวใจ แม้ว่าอาการจะทำให้ดีขึ้นเมื่อเวลาผ่านไปอาการป่วยก็สามารถกลับมาเป็นซ้ำได้อีก (AHA, 2001) ในสหรัฐอเมริกาพบว่าภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวถึง 4.8 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 1-2 ของประชากรทั้งหมด (Adam, 2001 อ้างใน จิราภรณ์ มีชูสิน, 2552) โดยพบอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นตามช่วงอายุ ความชุกของโรคจะเพิ่มขึ้นในช่วงอายุ 50-59 ปี จาก 8 คนต่อประชากร 1,000 คน เป็น 66 คนต่อประชากร 1,000 คน (Redfield, 2003) นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรายใหม่ในประเทศสหรัฐอเมริกาประมาณ 500,000 คนต่อปีและประมาณร้อยละ 35 ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรายใหม่ ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลรวมทั้งผู้ป่วยมักต้องกลับเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลซ้ำหลังจากจำหน่ายกลับบ้านแล้วภายใน 3 เดือน ถึงประมาณร้อยละ 47 (Tuily, 2002; Taccetta-Chapnick, 2002; Brozena & Jessup, 2003) และภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีแนวโน้มว่าจะมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเรื่อยๆในอนาคต (Gallagher, 2010)

อุบัติการณ์ภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศไทย พ.ศ. 2553 คิดเป็น 118.35 ต่อประชากร 1,000 คน และถึงแม้ประเทศไทยไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว แต่หากพิจารณาตามความก้าวหน้าในการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่าอัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลง แต่กลับมีจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมากขึ้น (เพ็ญจันทร์ สมโน, 2551)

ภาวะหัวใจล้มเหลวหรือภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง (Congestive Heart Failure) เป็นภาวะที่หัวใจทำงานผิดปกติไม่สามารถบีบเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อและอวัยวะต่างๆได้อย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย (ทิพมาศ ชินวงศ์, 2545; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551; ศุภชัย ไชยธีระพันธุ์และปรีชา วิชิตพันธุ์, 2536) ในการดำเนินของพยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป เมื่อปริมาณเลือดที่หัวใจส่งออกตอนาที่ลดลงและไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย จะเกิดกลไกการชดเชยของร่างกาย โดยมีการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น หลอดเลือดแดงและดำหดตัวกล้ามเนื้อหัวใจหนาตัวขึ้น เพื่อเพิ่มการบีบตัวของหัวใจและเพิ่มปริมาณเลือดที่ส่งออกตอนาที่ ทำให้มีเลือดไหลเวียนไประบบอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย เช่น สมองและหัวใจ เป็นต้น แต่ลดปริมาณเลือดไปยังอวัยวะที่สำคัญน้อยกว่า เช่น ผิวหนัง กล้ามเนื้อลาย อวัยวะในช่องท้องและไต เป็นต้น (ศุภชัย ไชยธีระพันธุ์และ ปรีชา วิชิตพันธุ์, 2536) ดังนั้น เมื่อพยาธิสภาพของโรคเข้าสู่ระยะเรื้อรังจะทำให้เกิด

อาการที่รุนแรงมากขึ้น เช่น เหนื่อยหอบ หายใจลำบาก บวมที่บริเวณส่วนปลายของร่างกาย ไขมันในเลือดสูงเป็นฟองสีชมพู (Frothy sputum) ปัสสาวะออกน้อย เป็นต้น (พิบูล บุญช่วง, 2541) ซึ่งอาการดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบคลุม และเศรษฐกิจ กล่าวคือ ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวล ไม่สุขสบาย กลัวการเสียชีวิต และทุกข์ทรมานจากอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวที่กำเริบรุนแรง โดยการที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ทำให้ต้องหยุดงาน หรือไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ผลกระทบต่อครอบครัว ได้แก่ ครอบครัวต้องแบกรับภาระการดูแลผู้ป่วย ทำให้ทั้งผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว เกิดความเครียด ท้อแท้ เบื่อหน่ายต่อความเจ็บป่วยเรื้อรัง ประกอบกับการมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น เป็นต้น ส่วนในภาครัฐต้องเสียงบประมาณค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น และคุณภาพชีวิตของประชากรลดลง หากผู้ป่วยเสียชีวิตประเทศชาติจะสูญเสียทรัพยากรบุคคลที่เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศได้

ปัจจุบันการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวมีหลายวิธี ได้แก่ การบำบัดด้วยยา การใช้เครื่องมือช่วยการทำงานของหัวใจ และการผ่าตัด ส่วนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพถือเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาที่นิยมใช้ร่วมกับวิธีการรักษาดังกล่าวข้างต้น เพื่อช่วยบรรเทาอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวให้ทุเลาลง (ศุภชัย ไชยธีระพันธุ์และ ปรีชา วิชิตพันธุ์, 2536; เตือนฉาย ชยานนท์, 2539; สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2551) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวคือ การควบคุมและจำกัดอาหาร โดยเฉพาะการงดเค็มและจำกัดปริมาณเกลือโซเดียม (เสาวนีย์ จักรพิทักษ์, 2526) ซึ่งการจำกัดปริมาณเกลือโซเดียมจะช่วยลดการคั่งของน้ำและเกลือในร่างกายได้ เนื่องจากในภาวะหัวใจล้มเหลวจะพบว่า มีการเพิ่มขึ้นของเกลือโซเดียมคลอไรด์ทั้งภายในและภายนอกเซลล์ จากการทำงานของหัวใจมีการบีบตัวลดลงทำให้ปริมาณเลือดมาเลี้ยงที่ไตมีน้อย จึงกระตุ้นให้ระบบ Renin-Angiotensin-Aldosterone มีการดูดกลับโซเดียมและน้ำที่หลอดเลือดฝอยของไตมากขึ้นทำให้เกิดอาการบวมของเนื้อเยื่อต่างๆของร่างกาย (เตือนฉาย ชยานนท์, 2539; สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2551) ดังนั้นหากมีการรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมมาก จะทำให้หัวใจทำงานหนัก จนมีอาการกำเริบรุนแรงได้ (Bennett, et al., 1998; Tsuyuki, et al., 2001; Vinson et al., 1990; Welsh, et al., 2002) ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Bennett, et al., 1998; Michalsen, Koning, Thimme, 1998; Opanish, et al., 2001; Tsuyuki, et al., 2001) แต่หากผู้ป่วยให้ความร่วมมือในรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำ สามารถลดอุบัติการณ์การนอนโรงพยาบาลซ้ำได้อย่างน้อย ร้อยละ 50 (Kimmelstiel & Konstam, 1995)

ดังนั้น ภาวะหัวใจล้มเหลวนับเป็นโรคเรื้อรัง หากผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคจะช่วยลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้ (หทัยรัตน์ เวชมนัส, 2547) อย่างไรก็ตามการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลักตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2006) ซึ่งประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ 2) ปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม และ 3) พฤติกรรมผลลัพธ์ โดยที่ปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม ประกอบด้วย 6 มโนทัศน์ ได้แก่ 1) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ 2) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ 3) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน 4) ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม 5) อิทธิพลระหว่างบุคคล และ 6) อิทธิพลด้านสถานการณ์ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวเป็นตัวแปรสำคัญที่ทำให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมการจำกัดเกลือโซเดียมในอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่ามีหลายปัจจัยที่ส่งผล ประกอบด้วย

1) ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม โดยผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวหากขาดความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง จะทำให้เกิดความสับสนในการเลือกบริโภคอาหาร (Bently et al., 2009) และหากมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง ผู้ป่วยสามารถเลือกบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมได้ (Lennie et al., 2008; Marco et al., 2008; Chung et al., 2006; Marje et al., 2006)

2) การรับรู้อุปสรรคต่อการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม ผู้ป่วยและญาติพบว่า การจัดเตรียมอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมเป็นเรื่องที่ยุ่งยากและรสชาติอาหารไม่อร่อย (Bennett et al., 2005; Bennett et al., 2005) ดังนั้น ผู้ป่วยและญาติจึงไม่ได้บริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม

3) การรับรู้ประโยชน์ต่อการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม โดยผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวให้ความร่วมมือในการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม เนื่องจากรับรู้ว่าการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำจะทำให้อาการของโรคดีขึ้น ไม่บวม ไม่เหนื่อย (Bennett et al., 2005; Marje et al., 2006)

4) การสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยส่งเสริมให้สามารถจำกัดการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม (Artinian et al., 2002; Sabate, 2003) และ

5) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวก พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (Oka, Gortner, Stotts, & Haskell, 1996; Pothikanun, 2000) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สอดคล้องกับปัจจัยหลักตามแนวคิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2006) ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

ปรากฏการณ์ปัจจุบัน พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมก่อนกลับบ้าน แต่ก็ยังพบการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมอยู่ในระดับต่ำ คือร้อยละ 84 ที่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยา อาหาร และการออกกำลังกายที่เหมาะสมก่อนกลับบ้าน แต่เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำ (Kravitz et al., 1993; Happ, Naylor, & Roe-Prior, 1997; Bennett et al., 1998; Evangelista, Berg, & Dracup, 2001) และมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 40 เท่านั้นที่จำกัดเกลือโซเดียมในอาหาร 3 กรัม/วัน (Lennie et al., 2008) นอกจากนี้ร้อยละ 35-70 ไม่บริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม (Evangelista, Berg, & Dracup, 2001; Evangelista, 2003) และจากการศึกษาในประเทศไทยเอง ไม่พบการศึกษาที่ระบุเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีเพียงแต่การบริโภคอาหารโดยทั่วไปและพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวม ถึงแม้ว่าจะมีการศึกษาอย่างกว้างขวางในต่างประเทศ แต่เนื่องจากบริบท อุณหภูมิ ภูมิอากาศ ชนิดของอาหารที่บริโภคที่แตกต่างกัน ทำให้ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมจึงอาจแตกต่างกัน เช่น ในต่างประเทศโดยเฉพาะชาติทางตะวันตก นิยมบริโภคอาหารจานด่วน อาหารที่มีส่วนผสมของ นม เนย ไขมัน และเนื้อสัตว์ ส่วนประเทศไทยนิยมบริโภคอาหารประเภทผัก น้ำพริก แกงและข้าว เป็นต้น โดยส่วนใหญ่รสชาติอาหารไทยเป็นอาหารรสจัด และเน้นรสชาติอาหารด้วยเครื่องปรุงรสมากมาย

เช่น ผงชูรส น้ำปลา เกลือ กะปิ ซอส ซีอิ้ว เหล่านี้ ล้วนเป็นเครื่องปรุงรสที่มีเกลือโซเดียมอยู่ในปริมาณที่สูง ดังนั้น พยาบาลจึงมีความสำคัญในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่เหมาะสม โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่จำกัดเกลือโซเดียม เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยโรคไต ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เป็นต้น ดังนั้น การศึกษาหาปัจจัยที่สัมพันธ์พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จึงเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลควรทำการศึกษาวิจัยเพื่อนำไปสู่แนวทางการปฏิบัติให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม อันจะก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง ต่อองค์การ สังคม และประเทศชาติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นอย่างไร
2. ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตัวแปรคัดสรรจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2006) มาเป็นกรอบแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยมีรายละเอียด ดังนี้

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมทางด้านสุขภาพในชีวิตประจำวันเพื่อคงไว้หรือยกระดับภาวะสุขภาพของตนเองให้เกิดความผาสุกของชีวิต และมีความมีคุณค่าในตนเองซึ่งเป็นการปฏิบัติตนในทางบวก หรือส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีขึ้น และมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น (Pender, 2006) ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) กิจกรรมทางกาย 3) โภชนาการ 4) การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 5) การเจริญทางจิตวิญญาณ และ 6) การจัดการความเครียด โดยผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร จำกัดน้ำ เกลือ และโซเดียมเป็นสิ่งสำคัญเพื่อป้องกันภาวะการคั่งของน้ำในร่างกาย ซึ่งจะทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น (MacKlin, 2001) หากผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคจะช่วยลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ (อรมน ศรียุคศุทธ, 2546) อย่างไรก็ตาม การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพหรือไม่ขึ้นอยู่กับ 3 ปัจจัยหลักตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของPender(2006) ซึ่งประกอบด้วย 1) ปัจจัย

ด้านลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล 2) ปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม และ 3) พฤติกรรมผลลัพธ์ โดยปัจจัยความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม นั้น ประกอบด้วย 6 มิโนทัศน์ ได้แก่ 1) การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ 2) การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ 3) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน 4) ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรม 5) อิทธิพลระหว่างบุคคล 6) อิทธิพลด้านสถานการณ์ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวเป็นตัวแปรที่สำคัญให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จากการทบทวนกิจกรรมพบว่าปัจจัยแต่ละตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ดังนี้

ความรู้ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว การเลือกบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม การจัดเตรียมอาหาร และหากขาดความรู้ที่ชัดเจน จะทำให้เกิดความสับสนในการเลือกรับประทานอาหาร (Bently et al., 2009; Lennie et al, 2008; Marco et al ,2008; Chung et al, 2006; Marje,2006) ดังนั้นความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยต้องมีความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง

การรับรู้อุปสรรค การรับรู้อุปสรรคต่อการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมเป็นการรับรู้ถึงสิ่งที่ขัดขวางต่อพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล เมื่อบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคในการกระทำมากขึ้น มีความพร้อมในการกระทำต่ำ การจะกระทำจะไม่เกิด ตรงข้ามกับบุคคลที่รับรู้อุปสรรคน้อย มีความพร้อมในการกระทำสูง ความเป็นไปได้ในการกระทำจะมากขึ้น ซึ่งการรับรู้อุปสรรคเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริง หรือเป็นสิ่งที่คาดคะเนไว้ก่อน อุปสรรคเปรียบเหมือนสิ่งที่คอยขัดขวาง ไม่ให้บุคคลปฏิบัติ เมื่อบุคคลมีอุปสรรคในการทำงานมาก มีความพร้อมในการกระทำต่ำ การกระทำจะไม่เกิด ตรงข้ามกัน ถ้าบุคคลมีอุปสรรคน้อย มีความพร้อมในการกระทำสูง ความเป็นไปได้ของการกระทำจะมากขึ้น (อรอนงค์ สารธรรม,2551) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bennett et al (2005) พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวร้อยละ65 รับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาขับปัสสาวะเนื่องจากผลของยารบกวนการนอนหลับ ไม่สามารถเดินทางระยะไกลได้ ซึ่งไม่เป็นที่พอใจ นอกจากนี้ต้องรับประทานยาอื่นอีกหลายชนิดในหนึ่งวัน ทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคของหัวใจของผู้ป่วยเอง มีแนวโน้มที่ผู้ป่วยจะไม่รับประทานยาโดยเฉพาะยาขับปัสสาวะ ส่วนในเรื่องการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมพบว่าร้อยละ62 ของผู้ป่วยกล่าวว่าอาหารที่จำกัดเกลือรสชาดไม่ดี เมื่ออยู่นอกบ้านหาซื้อยาก และขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการจำกัดเกลือโซเดียมในอาหารทำให้ขาดความร่วมมือในการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง ซึ่งการศึกษาของ Lennie et al (2008) พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่รับรู้เกี่ยวกับอุปสรรคในการบริโภคอาหาร และแบบวัดความร่วมมือการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงเติมเกลือในอาหารที่บริโภคร้อยละ66 นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม การจำกัดน้ำ การติดตามน้ำหนัก และการออกกำลังกาย (Marjeet al,2006) ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่รับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (เสาวลักษณ์ ท้ามาก,2552)

การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ประโยชน์ต่อการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมในการรักษาเป็นการวางแผนของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมเฉพาะใดๆโดยขึ้นอยู่กับ การคาดการณ์ ถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับ หรือผลที่เกิดขึ้น โดยคำนึงผลบวกหรือแรงเสริมของการกระทำนั้นๆ (อรอนงค์ สารธรรม,2551) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยที่ภาวะหัวใจล้มเหลวที่ให้ความร่วมมือในการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมและการรับประทานยา คือผู้ป่วยที่รับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมและการรักษาด้วยยา (Marjeet al, 2006) และในการศึกษาของ Bennett et al(2005) กล่าวว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวย้อยละ 68รับรู้เกี่ยวกับความร่วมมือในการบริโภคอาหารและยา เนื่องจากยาสามารถทำให้ผู้ป่วยดีขึ้น ลดอาการบวม ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย ลดความวิตกกังวล ลดการนอนโรงพยาบาล และทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น และความร่วมมือในการจำกัดเกลือโซเดียมในอาหาร ดังนั้นความสำคัญของการรับรู้ประโยชน์ และความสัมพันธ์ของประโยชน์ที่เกิดจากการกระทำจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมปฏิบัติที่ดี

การสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม เพราะการสนับสนุนทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ที่เกิดจากการทำหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวและสังคม โดยมีการสนับสนุนกันในด้านต่างๆ เช่น ความรัก ความผูกพันที่ทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัย และเป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ รวมทั้งการให้คำแนะนำ การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ความมีคุณค่าในตนเอง และรวมถึงการเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น หรือการมีโอกาสดูแลผู้อื่น (Weiss,1974 อ้างถึงใน ระพีณ ผลสุข,2548) จากการศึกษาของ ระพีณ ผลสุข(2548) พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับ Sabate (2003) พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความร่วมมือในการบริโภคอาหารจำกัดเกลือโซเดียมมากขึ้น และจากการศึกษาของ Artinian et al (2002) พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ขาดปัจจัยสนับสนุนทางสังคมจะส่งเสริมให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อโรคมามากขึ้นโดยเฉพาะเรื่องการจัดเตรียมอาหารเฉพาะโรค

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน คือการที่บุคคลรับรู้ความสามารถของตนเอง ด้วยทักษะที่ตนมีอยู่ และคาดหวังผลของสิ่งที่จะกระทำนั้นจะสำเร็จได้ตามเป้าหมาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีบทบาทสำคัญต่อการริเริ่มการกระทำพฤติกรรมใหม่หรือคงไว้พฤติกรรมเดิม (Bandura, 1986 อ้างถึงใน อรอนงค์ สารธรรม,2551) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Haobin (2000) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และ Oka, Gortner, Stotts, & Haskell (1996); Pothikanun (2000) พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

พฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียม จากพยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่าจะมีการหลั่งสาร atrial natriuretic peptide (ANP) ซึ่งสารนี้ทำหน้าที่คล้ายการยับยั้งฤทธิ์ของ rennin-aldosterone และ anti-diuretic hormone ซึ่ง anti-diuretic hormone นี้จะหลั่งมากเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยการหลั่งเกิดเมื่อมีการยืดขยายของกล้ามเนื้อหัวใจเอเตรียม และ baroreceptor และจากการมี angiotensin II ในกระแสเลือด ซึ่งฮอร์โมนนี้มีฤทธิ์เก็บกักน้ำ ดังนั้น ปริมาตรเลือดใน

หลอดเลือดจึงเพิ่มขึ้น และประกอบกับการบริโภคเกลือโซเดียมที่มากขึ้น ทำให้ปริมาณน้ำในหลอดเลือดมากขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจต้องมีการปรับขยายเพื่อรองรับปริมาตรที่มากขึ้น ทำให้เพิ่มการทำงานให้แก่กล้ามเนื้อหัวใจ เมื่อปริมาณเกลือโซเดียมและน้ำในหลอดเลือดมากขึ้นดังนั้นการขับโซเดียมออกเพื่อความสมดุลของสารน้ำในร่างกายจึงมากขึ้นตามไปด้วย ซึ่งจะตรวจพบได้จากระดับโซเดียมในปัสสาวะของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมากกว่าปกติ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551)

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่กล่าวว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นสิ่งที่ปรับเปลี่ยนได้ยาก จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวยังอยู่ในระดับต่ำ (Kravitz et al., 1993; Happ, Naylor, & Roe-Prior, 1997; Bennett et al., 1998; Evangelista, Berg, & Dracup, 2001) และผู้ป่วยเพียงร้อยละ 40 เท่านั้นที่จำกัดเกลือโซเดียมในอาหาร 3 กรัม/วัน (Lennie et al., 2008) ที่มากกว่านั้นคือร้อยละ 35 - 70 ไม่ให้ความร่วมมือในการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม (Evangelista, Berg, & Dracup, 2001; Evangelista, 2003) และพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมในระยะแรกเมื่อกลับบ้านเท่านั้น (Bennett et al., 1998; Bennett, Hackward, & Blackburn, 2001)

จากแนวเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานดังนี้

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
2. การรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยโรคหัวใจภาวะหัวใจล้มเหลว

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยตัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะของตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงอายุระหว่าง 20-60ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างน้อย 6 เดือน ที่มารับบริการแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกโรคหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาลรัฐในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำ หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับเกลือโซเดียม การรับประทานอาหารที่เหมาะสมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยเฉพาะการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมเป็นส่วนประกอบในอาหาร การอ่านฉลากโภชนาการ การปริมาณเกลือโซเดียมที่เหมาะสม ประเมินโดยแบบสอบถามที่แปลมาจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม DSRQ (the Dietary Sodium Restriction Questionnaire) จาก Lennie et al. (2008)

การรับรู้อุปสรรคต่อการรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำ หมายถึง การรับรู้หรือความเข้าใจของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ต่อสิ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สะดวกสบาย เกิดความลำบากใจ หรือเป็นสิ่งขัดขวางการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม ประเมินโดยแบบสอบถามที่แปลมาจากแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคต่อการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ของ Bennett et al. (2011) จากแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker,1987)

การรับรู้ประโยชน์ต่อการรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำ หมายถึง การรับรู้หรือความเข้าใจของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวถึงประโยชน์ของการควบคุมอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมว่าสามารถช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและป้องกันไม่ให้อาการกำเริบรุนแรง เมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึงประโยชน์ของควบคุมอาหารว่าเป็นสิ่งที่ดีต่อสุขภาพ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ประเมินโดยแบบสอบถามที่แปลมาจากแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ต่อการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ของ Bennett et al. (2011) จากแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker,1987)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดได้แก่ สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการช่วยเหลือหรือดูแลให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถควบคุมอาหารที่จำกัดปริมาณเกลือโซเดียมได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ประเมินโดยแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของเอ็นริช (The ENCRICH Social Support Questionnaire) โดยพวงผกา กรีทอง (2007)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง การรับรู้ความสามารถของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่จะสามารถการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ประเมินโดยแบบสอบถามที่แปลมาจากแบบสอบถามThe Low Sodium Eating Behaviors Scale ของอัลเบิร์ต (Albert, 2005) พัฒนาจากแนวคิด Common Sense Model of Illness Representation framework (Leventhal, Meyer, & Nerenz, 1980)

พฤติกรรมบริโภคเกลือโซเดียม หมายถึง การกระทำใดๆในการนำเข้าอาหาร ขนม ของขบเคี้ยว หรือ เครื่องดื่ม ที่มีเกลือโซเดียม หรือที่มีส่วนผสมของเกลือโซเดียมเข้าสู่ร่างกาย ประเมินโดยแบบสอบถามที่แปลมาจากแบบสอบถามThe Low Sodium Eating Behaviors Scale ของอัลเบิร์ต (Albert, 2005) พัฒนาจากแนวคิด Common Sense Model of Illness Representation framework (Leventhal, Meyer, & Nerenz, 1980)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียม โดยจะช่วยป้องกันอาการแทรกซ้อนและความรุนแรงและช่วยลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล
2. เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถเลือกบริโภคอาหารได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้อง สรุปเนื้อหาสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 1.1 ความหมายภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 1.2 สาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 1.3 พยาธิสรีรวิทยาของภาวะหัวใจวาย
 - 1.4 อาการและอาการแสดง
 - 1.5 ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 1.6 การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 1.7 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
2. แนวคิดทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของPender
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 3.1 ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม
 - 3.2 การรับรู้อุปสรรคต่อรับประทานอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม
 - 3.3 การรับรู้ประโยชน์ต่อรับประทานอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม
 - 3.4 การสนับสนุนทางสังคม
 - 3.5 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน
4. บทบาทพยาบาลขั้นสูงเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

1.1 ความหมายภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง การที่หัวใจทำงานผิดปกติอันมีสาเหตุมาจากอัตราการสูบฉีดกับความต้องการทางเมตาบอลิซึมมีความไม่สมดุลกัน ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยง่าย บวม น้ำ และมีโอกาสเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้น (McKelvie, 2007)

ภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง กลุ่มอาการทางคลินิกที่ซับซ้อน ที่อาจเป็นผลมาจากความผิดปกติด้านรูปร่างหรือการทำงานของหัวใจก็ได้ ซึ่งส่งผลให้หัวใจห้องล่างรับหรือสูบฉีดเลือดไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย หรือเป็นผลให้ความดันหัวใจห้องล่างเพิ่มขึ้นในช่วงคลายตัว (filling pressure) การแสดงออกที่สำคัญของหัวใจล้มเหลวคือ หายใจลำบาก อ่อนเพลีย และมีน้ำในร่างกายเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง หรือออกกำลังกายลดลง อีกทั้งยังทำให้มีเลือดคั่งในปอด (Pulmonary Congestion) และแขนขาบวม อาการดังกล่าวไม่จำเป็นต้องมีพร้อมกัน กล่าวคือ อาจจะสามารถออกกำลังกายได้น้อยลง โดยที่มีหลักฐานว่ามีน้ำในร่างกายเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย (ยงเกษม วรเศรษฐการกิจ, 2547)

ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจทุกชนิดที่ไม่สามารถรักษาหรือควบคุมอาการของโรคได้ ภาวะหัวใจล้มเหลวยังสามารถเกิดขึ้นได้ในโรคอื่นๆ ที่ไม่ใช่โรคหัวใจ แต่มีผลกระทบต่อการทำงานของหัวใจ โดยอาจเกิดขึ้นได้ทั้งในลักษณะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันและหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลวจำเป็นต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยวิกฤติที่คุกคามต่อชีวิตเป็นอย่างมาก ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม

1.2 สาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลว (ปราณี ทุไฟเราะ และคณะ, 2552)

1.2.1 สาเหตุพื้นฐาน (Underlying cause) เป็นความผิดปกติของโครงสร้าง หรือพยาธิสภาพของหัวใจที่ทำให้หัวใจต้องทำงานมากขึ้น ซึ่งแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

- 1) โรคที่ทำให้หัวใจต้องทำงานมากขึ้นจากการเกิดแรงต้านการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ เช่น ความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นต้น
- 2) ความผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจและหลอดเลือด เช่น Cardiomyopathy และโรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease) หรืออาจเกิดจากสาเหตุอื่นๆ เช่น โรคพิษสุรา การติดเชื้อไวรัส เป็นต้น
- 3) ภาวะหรือโรคหรือความผิดปกติที่ทำให้เลือดกลับเข้าสู่หัวใจน้อยลง เช่น ลิ้นหัวใจไมทรัลตีบ (Mitral stenosis) ภาวะที่หัวใจถูกบีบรัด เช่น Pericardial effusion, Cardiac tamponade, Constrictive pericarditis เป็นต้น

1.2.2 สาเหตุชักนำ ภาวะหรือโรคที่ชักนำหรือโรคที่กระตุ้นให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว โดยผู้ป่วยอาจมีสาเหตุพื้นฐานหรือไม่ก็ได้ สาเหตุชักนำนี้ทำให้ร่างกายและหัวใจต้องการออกซิเจนมากขึ้น จึงไปเพิ่มการทำงานของหัวใจ (Workload) และทำให้สมรรถภาพของหัวใจลดลง มีดังนี้

- 1) การเต้นของหัวใจผิดปกติ (Arrhythmias)
- 2) มีการติดเชื้อในร่างกาย (Systemic infection)

3) ภาวะซีด (Anemia)

4) ความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ที่ทำให้ต่อมไทรอยด์ทำงานมากกว่าปกติ

5) อาการและโรคอื่นๆ รวมทั้งปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของอัตราการเผาผลาญของร่างกาย ทำให้หัวใจต้องทำงานเพิ่มขึ้น เช่น ภาวะเครียดทางร่างกาย หรือจิตใจ เบาหวาน การสูบบุหรี่ ไขมันในเลือดสูง อ้วน

1.3 พยาธิสรีรวิทยาของภาวะหัวใจล้มเหลว(วิทยา ศรีตมา,2547)

การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว มักเป็นผลมาจากภาวะต่างๆ เช่น ภาวะที่หัวใจบีบตัวมากเกินไป ภาวะที่หัวใจมีปริมาตรเลือดไหลมากเกินไป การมีสิ่งอุดกั้นในการไหลเวียน และการเกิดความผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจ จากสาเหตุดังกล่าวมีผลให้หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้นเพื่อให้เนื้อเยื่อต่างๆ ได้รับเลือดเพียงพอ กลไกดังกล่าวได้แก่ การกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกทำให้มีการหลั่งสารสื่อประสาท (neurohormonal mediators) ต่างๆ มากมาย เช่น norepinephrine ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ทำให้เพิ่มการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือด นอกจากนี้ยังมีการกระตุ้นระบบเรนินแองจิโอเทนซิน (renin-angio) ทำให้มีการหลั่งอัลโดสเตอโรน (aldosterone) มากขึ้น ซึ่งช่วยดูดน้ำและโซเดียมกลับ เพื่อเพิ่มปริมาณการไหลเวียนเลือดในร่างกายมีผลทำให้ น้ำและโซเดียมคั่งมากขึ้น ผลจากการเกิดสารสื่อประสาทเหล่านี้จะย้อนกลับมามีผลร้ายต่อกล้ามเนื้อหัวใจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผนังหัวใจห้องล่างซ้ายทำให้ผนังหัวใจบางลง ขนาดหัวใจโตขึ้น ประสิทธิภาพการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง (รังสฤษฎ์ กาญจนะวิชัย, 2546) ผลการเพิ่มการยืดขยายตัวของหัวใจและการเพิ่มอัตราการเต้นร่วมกับจำนวนเลือดที่บีบออกแต่ละครั้งเพิ่มขึ้น (stroke volume) ทำให้มีปริมาณเลือดในหัวใจก่อนบีบตัว (preload) เพิ่มมากขึ้นตามกฎของ Frank-Starling จะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขยายและหนาขึ้นเพื่อเพิ่มแรงบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งหากไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้ขนาดและรูปร่างของหัวใจเปลี่ยนแปลงไป ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง (Boon et al., 2002)

1.3.1 การกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) และ Renin angiotensin system ทำงานเพิ่มขึ้น(ปราณี ทุไฟเราะ และคณะ, 2552)

การกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้หลอดเลือดแดง และหลอดเลือดดำหดตัว ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น และทำให้กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวเพิ่มขึ้นทั้งความแรงและจำนวนครั้ง เพื่อเพิ่มปริมาณที่ออกจากหัวใจให้มากขึ้น ให้เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจน และอาหารไปเลี้ยงอย่างเพียงพอ แต่กลไกการปรับตัวนี้ทำให้เลือดไปเลี้ยงไตลดลง และเป็นการกระตุ้น Renin - angiotensin system ทำให้ Renin หลั่งเข้าในกระแสเลือด ไปมีปฏิกิริยากับ angiotensinogen เกิดเป็น angiotensin I ซึ่งถูกเปลี่ยน angiotensin II โดย Angiotensin Converting Enzyme (ACE) ซึ่ง angiotensin II จะทำให้หลอดเลือดแดงหดตัว มีการหลั่งของ Norepinephrine และกระตุ้น Adrenal Medulla ให้หลั่ง Aldosterone ให้มีการดูดซึมโซเดียมและน้ำกลับ เข้าสู่หลอดเลือดประมาณ 30% เป็นการเพิ่มปริมาณเลือดในหลอดเลือด และเพิ่ม Preload

แต่ถ้าพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่ได้รับการแก้ไขจะเกิดการเปลี่ยนแปลงผ่านเป็น Decompensated heart failure ทำให้เลือดยังคงคั่งค้างในหัวใจห้องล่างซ้าย ในขณะที่หัวใจคลายตัวเต็มที่ และได้รับเลือดจากหัวใจห้องบนซ้ายได้น้อยลง และหัวใจห้องบนซ้ายต้องบีบตัวไล่เลือดลงหัวใจห้องล่างซ้าย แรงขึ้นเกิดการขยายตัวและหนาตัวขึ้น หัวใจห้องบนซ้ายเองก็ไม่สามารถรับเลือด

ที่มาจาก Pulmonary vein ทำให้ความดันหัวใจห้องบนซ้ายสูงขึ้นและย้อนกลับไปปอดเกิด Pulmonary congestion, Pulmonary edema ตามมา เกิด Left heart failure และในเวลาต่อมา ความดันในหลอดเลือดปอดสูงขึ้น จึงย้อนกลับไปหัวใจห้องล่างขวา ทำให้เกิดการขยายตัวและหนาตัวของหัวใจห้องล่างขวาและมีเลือดคั่งในหลอดเลือดดำ (Venous system) จึงย้อนกลับไปเกิดการคั่งของเลือดในทางเดินอาหาร ตับ ไต และอวัยวะในช่องท้อง ขา และก้นกบ จนเกิดภาวะ Right heart failure ตามมา ซึ่ง ภาวะ Right heart failure มักเกิดตามหลัง Left heart failure แม้ว่าบางครั้งจะเกิดภาวะ Right heart failure เกิดขึ้นเองได้ เช่น ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น

กลไกชดเชยเหล่านี้จะช่วยการบีบตัวของหัวใจดีขึ้น และเพิ่มการไหลเวียนเลือดของร่างกาย แต่ถ้าหัวใจยังคงล้มเหลวต่อไป ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจจะยังคงลดลง ไม่เพียงพอที่จะไปเลี้ยงร่างกาย ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขยายใหญ่ขึ้น และเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย รูปร่างของหัวใจและการทำงานของหัวใจเปลี่ยนแปลงไป กล้ามเนื้อหัวใจ รวมทั้งกล้ามเนื้อที่ตายทำให้หัวใจรูปร่างผิดปกติไป เรียกว่า Remodeling ซึ่งทำให้เกิด Left Ventricular Systolic Dysfunction อย่างเรื้อรังในเวลาต่อมา การที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดทำให้เซลล์ของกล้ามเนื้อหัวใจเสียหายที่ เชื่อว่ากระบวนการ Remodeling ของหัวใจนั้นมีสารอีก 2 ตัว คือ Catecholamine และ Angiotensin II มีส่วนเกี่ยวข้องด้วย ซึ่งเรียกระบวนการนี้ว่า Neurohormonal model กลไกการปรับตัวจึงเป็นวงจรต่อเนื่องกัน

เมื่อกลไกการปรับตัวถูกกระตุ้นต่อไปจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งรูปร่าง หน้าที่ และลักษณะทางพันธุกรรมของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ (Remodeling) มีผลทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวดำเนินต่อไปอีกจากการที่กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวและทำงานลดลง แรงที่กระทำต่อหัวใจเพิ่มขึ้น และความต้องการออกซิเจนมากขึ้นทำให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนเวลา โยเป็นไปตามกระบวนการตายของเซลล์ที่เรียกว่า Apoptosis ภาวะนี้อาจเกิดขึ้นกระจายทั่วกล้ามเนื้อหัวใจจึงทำให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานลดลง

1.3.2 กฎของ Frank-Starling (วิทยา ศรีตามา, 2547)

Frank-Starling law หรือเป็นที่รู้จักในชื่อ Frank-Starling mechanism ถูกค้นพบโดย Otto Frank ชาวเยอรมันและ Ernest Starling ชาวอังกฤษ ในปี ค.ศ. 1915 และแก้ไขเปลี่ยนแปลงในปี ค.ศ. 1919 โดยกฎนี้ได้กล่าวว่า ภายใต้ภาวะทางสรีรวิทยาที่จำกัด แรงของการบีบตัวของหัวใจจะเป็นสัดส่วนโดยตรงกับความยาวของเส้นใยกล้ามเนื้อเริ่มต้น ซึ่งหมายความว่า แรงของการบีบตัวของหัวใจจะเพิ่มขึ้นถ้ามีเลือดในช่องหัวใจมากขึ้น ซึ่งทำให้ความยาวของเส้นใยกล้ามเนื้อหัวใจจะเพิ่มขึ้น ซึ่งคือถ้า end-diastolic volume ของหัวใจห้องล่างซ้ายเพิ่มขึ้น ทำให้ stroke volume เพิ่มขึ้น

กฎของโอห์มกับหัวใจ

จากกฎของโอห์ม Law ที่ว่า $V = I \times R$

หรือความต่างศักย์ไฟฟ้า เท่ากับผลคูณระหว่างกระแสไฟฟ้า กับความต้านทานไฟฟ้า โดยสามารถนำมาใช้กับสรีรวิทยาหัวใจได้ดังนี้

V = ความดันโลหิต (Blood Pressure)

I = Cardiac output ซึ่งเท่ากับ Stroke volume X Heart rate

R = ความต้านทานของเส้นเลือด (Peripheral vascular resistance)

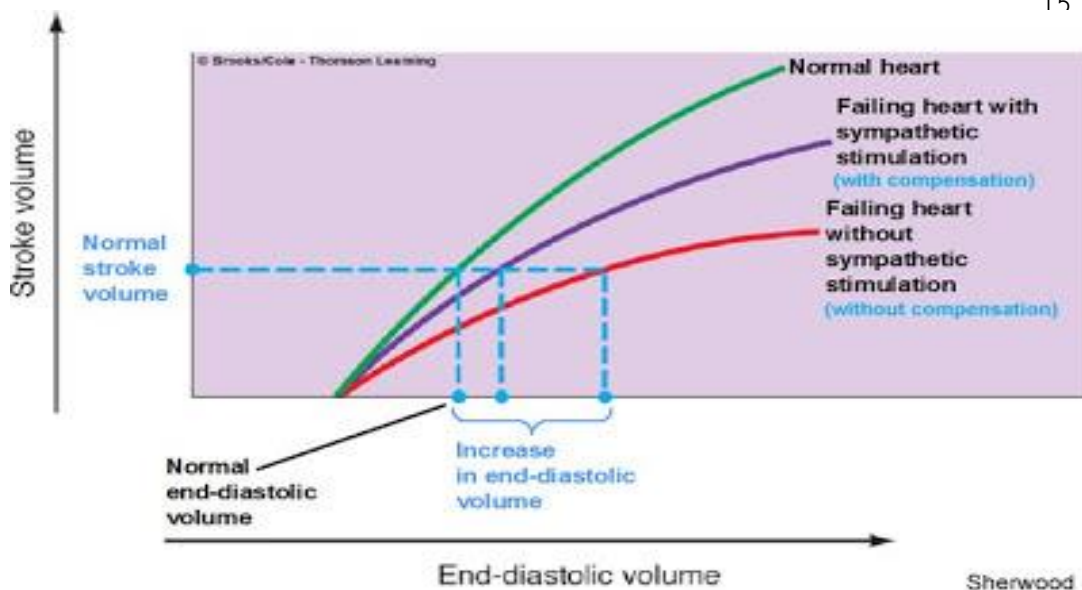
ดังนั้น ถ้าผู้ป่วยมีความดันโลหิตต่ำลง (ค่า V ในสมการลดลง) อาจเป็นผลจาก

1. Cardiac output ลดลง (ค่า I ในสมการลดลง) ที่เกิดจาก Stroke volume ลดลง เช่น กล้ามเนื้อหัวใจตายทำให้บีบตัวได้ลดลง, การเสียเลือดมาก ทำให้ end-diastolic volume ของหัวใจล่างซ้ายลดลง (=Preload ลดลง) ทำให้บีบตัวลดลง (เป็นไปตามกฎ Frank-Starling law) ในรายที่มีความดันโลหิตสูงมาก (afterload เพิ่มขึ้น)

2. Cardiac output ลดลง (ค่า I ในสมการลดลง) ซึ่งเกิดจาก Heart rate ซ้ำลง เช่น เกิด complete heart block พอ Heart rate ซ้ำมาก ก็จะทำให้ความดันโลหิตลดลงตาม

3. Peripheral vascular resistance (ค่า R ในสมการ) ลดลง เช่น ในรายที่ได้รับ ยาลดความดันโลหิต ด้วยการขยายเส้นเลือดด้วยกลุ่ม sodium nitroprusside แล้วดันลดลง

ดังนั้น ทุกครั้งที่พบผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องความดันโลหิตต่ำ จะต้องหาสาเหตุที่เป็น องค์ประกอบทั้งหมด ตามสมการของกฎโอห์ม ด้วยเสมอ เพราะในบางรายอาจไม่ได้มีสภาวะที่ ผิดปกติเพียงสภาวะเดียว เช่น มี diarrhea มี septic shock ร่วมด้วย เป็นกล้ามเนื้อหัวใจตาย ร่วมกับการมี complete heart block เป็นต้น และจากความรู้ดังกล่าว เมื่อนำมาใช้กับโค้งของ Frank-Starling law จะพบ โค้งของ Frank-Starling law ไม่ได้มีเพียง เส้นโค้งเดียว กล่าวคือ ถ้ามีภาวะเพิ่ม afterload หรือมีการบีบตัวของหัวใจลดลงก็จะทำให้ โค้งเบี่ยงไปทางขวาและต่ำลง (คือภาวะไม่ดีต่อหัวใจ เพราะจะทำให้การบีบตัวของหัวใจลดลงกว่าหัวใจปกติ เมื่อเทียบกับ LVEDP เดียวกัน) และ ภาวะที่ลด afterload และเพิ่มภาวะ Inotropy ของหัวใจจะทำให้โค้งเบี่ยงไปทางซ้ายและสูงขึ้น (คือ ภาวะที่ดีต่อหัวใจ เพราะอาจจะทำให้การบีบตัวของหัวใจมากขึ้นกว่าหัวใจปกติเมื่อเทียบกับ LVEDP เดียวกัน)



ภาพที่ 1 โค้ง Frank-Starling Law

(ที่มา : <http://www.phimaimedicine.org/2010/03/420-frank-starling-law-cardiology.html> : 2553)

1.4 อาการและอาการแสดง

ในทางคลินิกนิยมแบ่งอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวออกเป็น 2 ชนิดคือ หัวใจล้มเหลวล้มเหลวข้างซ้ายและหัวใจล้มเหลวข้างขวา (เดือนฉาย ชยานนท์, 2539; สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550; Hoekenga and Abrams, 1986)

1.4.1 อาการและอาการแสดงหัวใจล้มเหลวข้างซ้าย

เกิดจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายลดลง ส่งผลให้หัวใจไม่สามารถบีบตัวให้เลือดไปเลี้ยงร่างกายได้ทั้งหมด ทำให้มีการคั่งค้างของปริมาตรเลือดในหัวใจห้องล่างซ้าย (Left ventricular end diastolic volume) มากขึ้น และความดันในหัวใจห้องบนซ้ายเพิ่มขึ้น (Left atrial pressure) และเกิดความดันย้อนกลับไปที่หลอดเลือดดำ (Pulmonary venous pressure) และหลอดเลือดฝอยในปอด (Pulmonary Capillary Wedge Pressure, PCWP) ทำให้มีการคั่งของเลือดในปอด (Pulmonary congestions) มีอาการแสดง ดังนี้

หอบเหนื่อย (Dyspnea) อาการหอบเหนื่อยของภาวะหัวใจวายล้มเหลวข้างซ้ายจะมีลักษณะ คือ อาการหอบเหนื่อยในท่านอนราบ (Orthopnea) เนื่องจากมีปริมาณเลือดและของเหลวไหลกลับเข้าสู่หัวใจมากขึ้น ทำให้ความดันในปอดสูงขึ้น การแลกเปลี่ยนก๊าซในถุงลมผิดปกติ ผู้ป่วยจึงรู้สึกเหนื่อยเวลานอนราบ และ อาการหอบเหนื่อยในช่วงกลางคืน (Paroxysmal Nocturnal Dyspnea, PND) คือ การหายใจไม่สะดวกอย่างรุนแรง ต้องตื่นขึ้นมาหอบเหนื่อยกลางดึกเกิดเนื่องจากการเพิ่มขึ้นของการไหลกลับของเลือดเข้าสู่หัวใจไปยังปอด (Venous return) ในขณะที่นอนทำให้ผู้ป่วยหายใจไม่ออก

ไอ เกิดจากมีความดันโลหิตหลอดเลือดดำ Pulmonary สูง อาจแตกออกทำให้ไอเป็นเลือดปนฟองอากาศสีชมพู (Pink frothy sputum) โดยพบในภาวะของ Pulmonary edema ได้

เวียนคีรีษะ อ่อนเพลีย เนื่องจากจำนวนเลือดที่ออกจากหัวใจไปเลี้ยงส่วนต่างๆไม่เพียงพอโดยเฉพาะระบบประสาทและสมอง

1.4.2 อาการและอาการแสดงของหัวใจล้มเหลวข้างขวา

เกิดจากการที่หัวใจไม่สามารถบีบเลือดไปยังปอดได้ทำให้มีการคั่งของเลือดที่หัวใจข้างขวา ความดันในหัวใจข้างขวาสูงขึ้น เลือดดำไม่สามารถไหลกลับเข้าสู่หัวใจห้องขวาได้ จึงเกิดการคั่งของน้ำตามหลอดเลือดดำและอวัยวะต่างๆโดยเฉพาะที่ตับ ทำให้เกิดการบวมขึ้น มีอาการแสดงดังนี้

บวม (Edema) ที่พบบ่อยมักพบตามเท้า ข้อเท้าหรือบริเวณหน้าแข้ง และเป็นทั้ง 2 ข้าง เกิดจากการมีการคั่งของน้ำและเกลือโซเดียม ในเวลากลางวันสังเกตว่าจะปัสสาวะน้อยและจะถ่ายปัสสาวะบ่อยและมากในตอนกลางคืน (ทำไม)

อาการทางช่องท้อง เนื่องจากมีเลือดคั่งในตับเพิ่มขึ้นทำให้ตับโต ถ้าเป็นอยู่นานๆอาจมีท้องมาน (ascites) ร่วมด้วย และอาจมีอาการแน่นท้อง อืดอืด บริเวณลิ้นปี่ มีคลื่นไส้ อาเจียน

หลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง(External jugular vein) เนื่องจากมีความดันในหลอดเลือดดำสูง โดยจะพบว่ามีความดันสูงเหนือ sternal angle เกินกว่า 2-3 ซม. ในท่าที่ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 45 องศา

จากอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวที่กล่าวข้างต้น จะพบว่าอาจมีอาการและอาการแสดงเกิดขึ้นเพียงข้างใดข้างหนึ่ง หรืออาจเกิดร่วมกันทั้ง 2 ข้าง (Biventricular failure) โดยหากมีภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งสองข้างจะมีอาการและอาการแสดงดังกล่าวข้างเกิดร่วมกันซึ่งขึ้นอยู่กับสภาวะร่างกายของแต่ละบุคคล

1.5 ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว

การแบ่งระดับความรุนแรงของโรคนอกจากจะมีประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นแล้ว ยังสามารถใช้ติดตามผลการรักษา ในปัจจุบันมี 2 วิธีหลักๆ ได้แก่

1.5.1 การแบ่งตามความทนทานในการทำกิจกรรม (Functional Classification of Heart Failure) New York Heart Association Functional Class (NYHA)แบ่งได้ 4 ระดับ ดังนี้

Functional Class I	ไม่มีอาการผิดปกติ สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ โดยไม่มีอาการเหนื่อยหอบ เหนื่อยล้า หรือใจสั่น
Functional Class II	มีอาการรุนแรงปานกลาง สามารถทำกิจกรรมได้เกือบปกติ โดยที่เหนื่อย หรือใจสั่น หรือแน่นหน้าอกเวลาทำกิจกรรมประจำวัน เมื่อพักแล้วอาการดีขึ้น
Functional Class III	ทำกิจกรรมได้น้อยกว่าปกติมากโดยที่เหนื่อย ใจสั่น หรือแน่นหน้าอกโดยที่ทำกิจกรรมน้อยกว่าปกติ เมื่อพักแล้วดีขึ้น แต่ยังคงมีอาการเพียงเล็กน้อย
Functional Class IV	เมื่อพักยังคงมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว หรือแน่นหน้าอก ไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้

1.5.2 การแบ่งตามความรุนแรงของโรค (Killip classification of heart failure) มี 4 ระดับ คือ

ระดับที่ 1	ไม่มีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว
ระดับที่ 2	มีภาวะหัวใจล้มเหลวล็กน้อย-ปานกลาง คือ มีอาการหัวใจเต้นเร็วขึ้น เริ่มมีการคั่งของเลือดในปอด (Pulmonary congestion) และมีอาการ หอบเหนื่อยเมื่อมีกิจกรรม
ระดับที่ 3	มีภาวะหัวใจล้มเหลว(Pulmonary edema) คือ มีอาการ หอบเหนื่อย
ระดับที่ 4	มีภาวะช็อคจากหัวใจ (Cardiogenic shock) คือ มีความดันซิสโตลิกต่ำกว่า 80 มม.ปรอท ร่วมกับการที่หัวใจเต้นเร็วมาก มีอาการ กระสับกระส่าย สับสน ปลายมือปลายเท้าซีดเย็น เหงื่อออกมาและมีปัสสาวะออกน้อยลง

ในงานวิจัยนี้ ได้ใช้การแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวแบบการแบ่งตามความทนทานในการทำกิจกรรม (Functional Classification of Heart Failure) New York Heart Association Functional Class (NYHA)

1.6 การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว(วิทยา ศรีตามา,2547)

เป้าหมายการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวในปัจจุบัน เป็นการควบคุมอาการและป้องกัน ชะลอการลุกลามของโรค ลดการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล และมีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้น โดยมีเป้าหมายระยะสั้น เพื่อลดการคั่งของน้ำบริเวณรอบนอกและปอด ช่วยทำให้หัวใจทำงานดีขึ้น ส่วนเป้าหมายระยะยาว เพื่อทำให้หัวใจสามารถทำงานได้ดีขึ้นและป้องกันการลุกลามของโรค การรักษาประกอบด้วย

1.6.1 การรักษาโดยใช้ยาสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่สำคัญมีดังนี้

1.6.1.1 เป็นยาช่วยลดการคั่งของน้ำและเกลือโซเดียม ดังนี้

1) ยาขับปัสสาวะกลุ่ม Loop-diuretic เช่น Lasix (Furosemide) Bumax (Bumetanide) เพื่อลดปริมาณเลือดที่ไหลกลับสู่หัวใจ (Preload) ช่วยลดการทำงานของหัวใจ

2) ยาขับปัสสาวะกลุ่ม Thiazide (Dichlotride) เช่น ใช้ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการไม่รุนแรง

3) ยาขับปัสสาวะกลุ่ม spironolactone เช่น Aldactone นิยมใช้ในผู้ป่วยที่มีสภาวะหัวใจล้มเหลวไม่รุนแรง เพื่อต้านฤทธิ์ของอัลโดสเตอโรน ยับยั้งการดูดซึมกลับของโซเดียม คลอไรด์ที่ท่อไตส่วนปลาย ช่วยลดการสูญเสียโพแทสเซียมทางปัสสาวะ

1.6.1.2 ยาช่วยเพิ่มแรงในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ (Contractility) ได้แก่

1) ยากลุ่ม Digitalis ตัวที่ใช้บ่อยคือ digoxin เป็นยาที่มีผลยับยั้งการทำงานของกลไกโซเดียม โพแทสเซียมปั๊ม ทำให้มีแคลเซียมเข้าสู่เซลล์มากขึ้น ซึ่งช่วยให้กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวแรงขึ้น ทำให้ปริมาตรเลือดออกจากหัวใจเพิ่มมากขึ้น ซึ่งผลข้างเคียงของยา คือ ภาวะพิษจากดิจิตา

ลิส ซึ่งได้แก่ หัวใจเต้นผิดจังหวะช้าลงหรือจังหวะผิดปกติ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ซึม สับสน กล้ามเนื้ออ่อนแรง การมองเห็นแปรปรวน

2) ยากลุ่มเบต้า (Beta - blockers) เช่น propranolol (Inderal) เป็นยากั้นเบต้าอะดรีเนอร์จิกทั้งเบต้า-1 และเบต้า-2 ลดการกระตุ้นหัวใจทำให้หัวใจเต้นช้าลงและความดันโลหิตลดลง อาการข้างเคียงคือความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นช้า และอาการภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน เลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายไม่พอ หายใจลำบาก หลอดลมหดเกร็งเกร็ดเลือดต่ำ น้ำตาลในเลือดต่ำ (Human BNP) ช่วยคลายกล้ามเนื้อเรียบและลดการหลั่งอัลโดสเตอโรน (Aldosterone)

1.6.1.3 ยาขยายหลอดเลือด ซึ่งเป็นยาที่ช่วยลดแรงต้านทานของหลอดเลือดและลดการคั่งของเลือดในหัวใจ ซึ่งจะมีทั้งขยายหลอดเลือดดำและขยายหลอดเลือดแดง

1) ยากลุ่ม Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor (ACE-I) เช่น Enalapril (Vasotec), Captopril (Capoten) เป็นยาที่ยับยั้งการเปลี่ยนแปลงของระดับเรนิน-แอนจิโอเทนซิน-แอลโดสเตอโรน (Renin Angiotensin- Aldosterone) เมื่อมีการยับยั้งการเปลี่ยนแปลงของแอนจิโอเทนซินวัน (Angiotensin I) เป็นแอนจิโอเทนซินทู (AngiotensinII) จะส่งผลต่อการยับยั้งการดูดกลับของน้ำและโซเดียมสู่ร่างกาย ร่วมกับขยายทั้งหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ ทำให้มีการลดทั้ง Preload และ Afterload ซึ่งสามารถแก้ไขภาวะหัวใจล้มเหลวได้ดี โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อยาดิจิตาลิสและยาขับปัสสาวะ สามารถลดอัตราการตายจากหัวใจหยุดเต้นได้ (House-Fancher, & Hatice, 2007) นอกจากนั้นจะช่วยให้เกิดการทนต่อการปฏิบัติกิจกรรมดีขึ้น ลดความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ โดยไม่ทำให้หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ จึงยับยั้งการเจ็บหน้าอกได้ด้วย

2) ยาประเภทไนเตรท (Nitrates) เช่น Isordil (Nitroglycerin), Monoket หรือ Ismo, Imdur และ Peritrate เป็นยาที่ลดการทำงานของเวนทริเคิลซ้ายลง (ลด Preload) ทำให้หลอดเลือดแดงขยายตัว ลดแรงต้านการบีบตัวของหัวใจ (ลด Afterload) ผลข้างเคียง ปวดศีรษะ หน้าแดง คอแดง วิงเวียนและอ่อนเพลีย ความดันโลหิตต่ำ ผู้ป่วยอาจเป็นลมได้ (Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult, 2001)

3) ยากลุ่มขยายหลอดเลือดแดง (Direct Vasodilators) เช่น Hydralazine (Apressoline) (Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult, 2001) มีผลในการช่วยลดปริมาตรเลือดในหัวใจก่อนการบีบตัว

1.6.2 การรักษาด้วยการผ่าตัด จะทำในกรณีที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติจากลิ้นหัวใจที่ส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน โดยการผ่าตัดซ่อมแซม หรือผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ

1.6.3 การรักษาด้วยยาทางเส้นเลือดเพื่อช่วยกระตุ้นการบีบตัวของหัวใจอย่างต่อเนื่อง (IV Inotrope) นำมาใช้ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้ายที่ไม่มีทางเลือก หรือผู้ป่วยที่รอการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ ผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลง และมีการยืดขยายของห้องหัวใจมากขึ้น

1.6.4 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับโรคและอาการที่เกิดขึ้น เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการมาตรวจตามนัด เป็นการรักษาแบบ

ประคับประคองเพื่อลดการทำงานของหัวใจที่จะช่วยชะลอความเสื่อมของพยาธิสภาพของโรคไม่ให้รุนแรง (เดือนฉาย ชยานันท์, 2541)

ภาวะแทรกซ้อนของภาวะหัวใจล้มเหลว(วิทยา ศรีตามา,2547).

ภาวะแทรกซ้อนของภาวะหัวใจล้มเหลวที่เกิดขึ้น มีดังต่อไปนี้

1. ภาวะน้ำท่วมปอดอย่างเฉียบพลัน (Acute Pulmonary Edema) เกิดจากประสิทธิภาพของหัวใจเวนตริเคิลซ้ายลดลง จึงทำให้มีเลือดคั่งในเวนตริเคิลซ้ายมาก ความดันในเวนตริเคิลซ้ายสูงขึ้น ส่งผลให้ความดันในหลอดเลือดฝอยของปอดเพิ่มขึ้น จนสารน้ำในระบบไหลเวียนซึมออกสู่ช่องว่างระหว่างเซลล์ผ่านเข้าไปในถุงลม ทำให้เกิดภาวะน้ำท่วมปอดอย่างฉับพลัน ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที ผู้ป่วยอาจเสียชีวิต (House – Fancher, & Hatice, 2007)

2. การติดเชื้อ เป็นการเพิ่มการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ เนื่องจากการติดเชื้อทำให้ผู้ป่วยมีไข้ มีการเผาผลาญในร่างกายสูงขึ้น ปริมาณที่เลือดออกจากหัวใจใน 1 นาทีเพิ่มขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยที่มีการคั่งของหลอดเลือดของปอด และมีปอดบวมน้ำ (พิกุล บุญช่วง, 2541; สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2546)

3. ภาวะตับแข็งจากโรคหัวใจ (Cardiac Cirrhosis) เกิดเนื่องจากที่เลือดไม่สามารถไหลกลับเข้าสู่หัวใจได้ ทำให้เกิดเลือดคั่งตามอวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะตับ จะทำให้เยื่อหุ้มตับขยายออกเนื่องจากมีน้ำคั่งอยู่ระหว่างเซลล์ เมื่อตับโตขึ้นจะกดเส้นเลือดที่มาจากตับ ทำให้เซลล์ตับขาดออกซิเจน จะเกิดภาวะตับแข็ง ทำให้ความสามารถในการขับยาลดลง ผู้ป่วยจึงมีโอกาสดำรงชีวิตจากพิษของยาได้ โดยเฉพาะพิษจากยาจิตาลิส (House – Fancher, & Hatice, 2007)

4. ภาวะไตวาย เนื่องจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงไตน้อยลง ทำให้ไตขับสาร เรนิน (Renin) และกระตุ้นให้ต่อมหมวกไตหลังฮอร์โมนอัลโดสเตอโรน (AldosteroneHormone) ทำให้มีการเก็บกักน้ำและโซเดียมไว้ จึงเกิดภาวะน้ำเกิน และปัสสาวะน้อยลง (House – Fancher, & Hatice, 2007)

5. ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Arrythmias) เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาขับปัสสาวะ ที่อาจส่งผลให้เกิดโปแทสเซียมต่ำ (Hypokalemia) ซึ่งจะก่อให้เกิดพิษข้างเคียงจากยาจิตาลิสได้ง่าย ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรง และเกิดการเต้นของหัวใจผิดจังหวะ (House – Fancher, & Hatice, 2007)

6. เกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น พิษยาจิตาลิส อาการข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ปวดเมื่อยตามตัว กระจกกระสาย มองเห็นผิดปกติ (จกมล เทียงดาห์, 2544; Heart Failure Society of America, 2002)

7. ลิ่มเลือดอุดตันหัวใจห้องล่าง (Ventricular Thrombus) พบได้ทั้งในระยะเฉียบพลันและเรื้อรังจากการที่หัวใจห้องล่างซ้ายโตขึ้นและมีการลดลงของปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจ ทำให้เกิดการรวมตัวของลิ่มเลือดในหัวใจห้องล่างซ้าย หากปริมาตรของเลือดที่หัวใจบีบออกต่อการบีบตัวของหัวใจหนึ่งครั้ง (Ejection Fraction: EF) น้อยกว่าร้อยละ 20 จะมีการแข็งตัวของลิ่มเลือด ก่อนเลือดอาจลอยไปอุดตันในหลอดเลือดสมอง (Stroke) (House – Fancher, & Hatice, 2007)

8. ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย เกิดจากการที่ร่างกายจะใช้กลไกชดเชย ได้แก่การยืดขยายของเวนตริเคิล เวนตริเคิลหนาขึ้น และเพิ่มการกระตุ้นการทำงานของประสาทซิมพาธิติก (Sympathetic) เพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ แต่ถ้าเกินจุดที่ร่างกายจะปรับตัวได้ จะทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายในที่สุด (สมจิต หนูเจริญกุล, 2541)

1.7 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้มีการศึกษาหาวิธีที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพตนเองหลายงานวิจัย ซึ่งผลการวิจัยพบว่า วิธีการเหล่านั้น พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทที่สำคัญยิ่งในการผลักดันให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการซึ่งก็คือ การปรับเปลี่ยนปัจจัยและพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ที่ทำให้เกิดหัวใจล้มเหลวซ้ำ หรือลุกลามรุนแรงมากขึ้น และเพื่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยโดยบทบาทเหล่านั้นได้แก่

1.7.1 การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจถึงสาเหตุ กลไกการเกิด อาการของโรค การรักษาที่ได้รับ และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล ความเครียด และเกิดการปรับตัว เปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำและรุนแรงมากขึ้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) พยาบาลควรสอนให้ผู้ป่วยเข้าใจในโรคของตนเอง เริ่มตั้งแต่การแนะนำถึงรูปร่าง และหน้าที่ของหัวใจโดยใช้ภาพประกอบ ชี้ให้เห็นว่าหัวใจของผู้ป่วย มีความผิดปกติที่ตำแหน่งใด เช่น ลิ้นหัวใจ ผ่นกั้นระหว่างหัวใจ หรือหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ เป็นต้น และผลจากการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ควรให้ผู้ป่วยได้รู้จักอาการแรกของภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น น้ำหนักเพิ่ม ผิวน้ำขุ่น คอเข้าบวม ไอบ่อยขึ้น รู้สึกเพลีย และทำกิจวัตรประจำวันช้าลง

2) พยาบาลควรสอนให้ผู้ป่วยรู้จักการใช้ยา ฤทธิ์ข้างเคียงของยาในแต่ละชนิดที่สำคัญๆ

3) พยาบาลควรให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร และเครื่องดื่มนที่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่มีรสจืด และงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นต้น

4) พยาบาลควรแนะนำให้ผู้ป่วยทราบถึงปัจจัยชักนำที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น การออกกำลังกายมากเกินไป การเปลี่ยนแปลงอารมณ์ที่รุนแรง เช่น อารมณ์โกรธ เป็นต้น

1.7.2 การสนับสนุนด้านจิตใจ ผู้ป่วยที่มีปัญหาภาวะหัวใจล้มเหลว จะมีผลกระทบด้านจิตใจ คือเกิดความวิตกกังวล กลัว เครียด ซึ่งผลของสภาวะจิตใจที่เกิดขึ้นนั้น มีผลต่อร่างกายของผู้ป่วย ส่งผลทำให้โรคดำเนินไปได้เร็วยิ่งขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องได้รับการสนับสนุน ประคับประคองทางด้านจิตใจไปพร้อมกับการดูแลทางด้านร่างกาย พยาบาลต้องอาศัยกระบวนการในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทางด้านจิตใจ และพิจารณากระบวนการในการนำมาใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย การพูดคุยและการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก รับฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยวิตกกังวลและให้ความห่วงใย การร่วมกันแก้ไขปัญหา และให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง (สายรุ้ง บัวระพา, 2547) นอกจากนี้ ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้รู้จักการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยลดการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ และความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถอยู่บ้านได้อย่างมีความสุข

2. แนวคิดทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของ Pender

ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของ Pender พื้นฐานจากทฤษฎีความคาดหวังคุณค่า (Expectancy-value Theory) ซึ่งมีแนวคิดว่าคุณค่าจะเกิดการเปลี่ยนแปลงเมื่อเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นมีคุณค่า และการเปลี่ยนแปลงนั้นจะได้มาซึ่งผลประโยชน์ และจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Cognitive Theory) โดยแบบจำลองทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของ Pender ที่ได้ปรับปรุงในปี ค.ศ. 2006 ดังนี้

2.1 ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล (Individual Characteristics and Experiences) ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม Pender ได้เสนอโมโนทัศน์ย่อย คือ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง (Prior Related Behavior) และปัจจัยส่วนบุคคล โดยมีโมทัศน์ทั้งสองมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพบางพฤติกรรมหรือในบางกลุ่มประชากรเท่านั้น

2.1.1 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง (Prior Related Behavior) ปัจจัยด้านพฤติกรรมในอดีตจะตัวทำนายที่ดีที่สุดคือ ความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมือนกันหรือคล้ายกันกับพฤติกรรมที่ผ่านมาในอดีต ที่แสดงให้เห็นถึงผลกระทบโดยตรงและโดยอ้อมที่นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพผลกระทบโดยตรงของพฤติกรรมในอดีตต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในปัจจุบัน

2.1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) ในแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นตัวทำนายพฤติกรรมเป้าหมายประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) ปัจจัยด้านชีวภาพของบุคคล (Personal biological factors) ประกอบด้วยตัวแปรต่าง ๆ ดังนี้ อายุ ดัชนีมวลกาย สภาวะเจริญพันธ์ สภาวะหมดระดู ความสามารถในการออกกำลังกาย ความแข็งแรงของร่างกาย ความกระฉับกระเฉง และความสมดุลของร่างกาย 2) ปัจจัยด้านจิตวิทยาของบุคคล (Personal psychological factors) ประกอบด้วยตัวแปรต่าง ๆ ดังนี้ ความมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง 3) ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรมของบุคคล (Personal sociocultural factors) ได้แก่ เชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ วัฒนธรรมการศึกษา และสถานะทางสังคมเศรษฐกิจ โดยปัจจัยส่วนบุคคลดังกล่าวมีอิทธิพลโดยตรงต่อปัจจัยด้านอารมณ์และ การคิดรู้อันเฉพาะกับพฤติกรรมและมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

2.2 ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognition and Affect)

เป็นตัวแปรหลักในการสร้างแรงจูงใจให้บุคคลมีการพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองโดยผ่านกิจกรรมการพยาบาล ประกอบด้วยตัวแปรย่อย 6 ตัวแปรดังนี้

2.2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived Benefits of Action) ตัวแปรนี้มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพถึงร้อยละ 61 ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนี้เป็นความเชื่อของบุคคลโดยคาดหวังประโยชน์ที่จะได้รับภายหลังการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จะส่งผลโดยตรงต่อการกระตุ้นให้ปฏิบัติพฤติกรรมโดยคำนึงถึงผลดี

2.2.2 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Barriers to Action) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพถึงร้อยละ 79 ซึ่งการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อาจเป็นการคาดคะเนหรือสิ่งที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งอุปสรรคดังกล่าวประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับความไร้ประโยชน์ ความไม่สะดวกสบาย ค่าใช้จ่าย ความยากลำบาก ใช้เวลามากเกินไปในการปฏิบัติ อุปสรรคเป็นสิ่งขัดขวางทางจิตใจและลดต้นทุนของแต่ละบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น เกิดความไม่พึงพอใจในการล้มเลิกพฤติกรรมที่เป็นผลเสียต่อ การรับรู้อุปสรรคเป็นการขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งส่งผลต่อการส่งเสริมสุขภาพโดยตรง และส่งผลทางอ้อมในการลดความตั้งใจในการวางแผนที่จะกระทำพฤติกรรม

2.2.3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived Self-Efficacy) ตัวแปรนี้มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพถึงร้อยละ 86 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นการตัดสินความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยไม่คำนึงว่าบุคคลนั้นจะมีทักษะหรือไม่ แต่เป็นการตัดสินว่าบุคคลนั้นสามารถใช้ทักษะที่ตนมีได้อย่างไร การตัดสินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแตกต่างจากการคาดหวังผลลัพธ์ (Outcome expectation) การรับรู้ทักษะและแรงจูงใจสำคัญของบุคคลที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีและถูกต้องเหมาะสม ความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถและทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลเป็นสิ่งส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลบรรลุถึงพฤติกรรมได้มากกว่าบุคคลที่มีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถและไม่มีทักษะ

2.2.4 ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม (Activity-Related Affect) ความรู้สึกในทางบวกหรือลบที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และภายหลังการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นพื้นฐานของการกระตุ้นพฤติกรรมของตนเอง การตอบสนองความรู้สึกนี้อาจมีน้อย ปานกลาง หรือรุนแรงและถูกตัดสินด้วยความคิดสุดท้ายถูกเก็บไว้ในความจำและนำมาเป็นกระบวนการคิดต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในเวลาต่อมา

2.2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลนั้น มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 57 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับกลางๆ อิทธิพลระหว่างบุคคล เป็นความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อ หรือทัศนคติของผู้อื่นซึ่งอาจจะเป็นจริงหรือไม่ก็ตามซึ่งแหล่งข้อมูลเบื้องต้นของอิทธิพลระหว่างบุคคลในการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ ครอบครัว (พ่อแม่ พี่น้อง ญาติ) กลุ่มเพื่อน บุคคลากรทางสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคลได้แก่ บรรทัดฐานทางสังคม (เป็นการเรียนรู้จากผู้อื่น) การสนับสนุนทางสังคม (อุปกรณ์และการให้กำลังใจ) การเป็นแบบอย่างที่ดี (เป็นการเรียนรู้จากผู้อื่นโดยผ่านการสังเกตพฤติกรรมเฉพาะนั้น ๆ

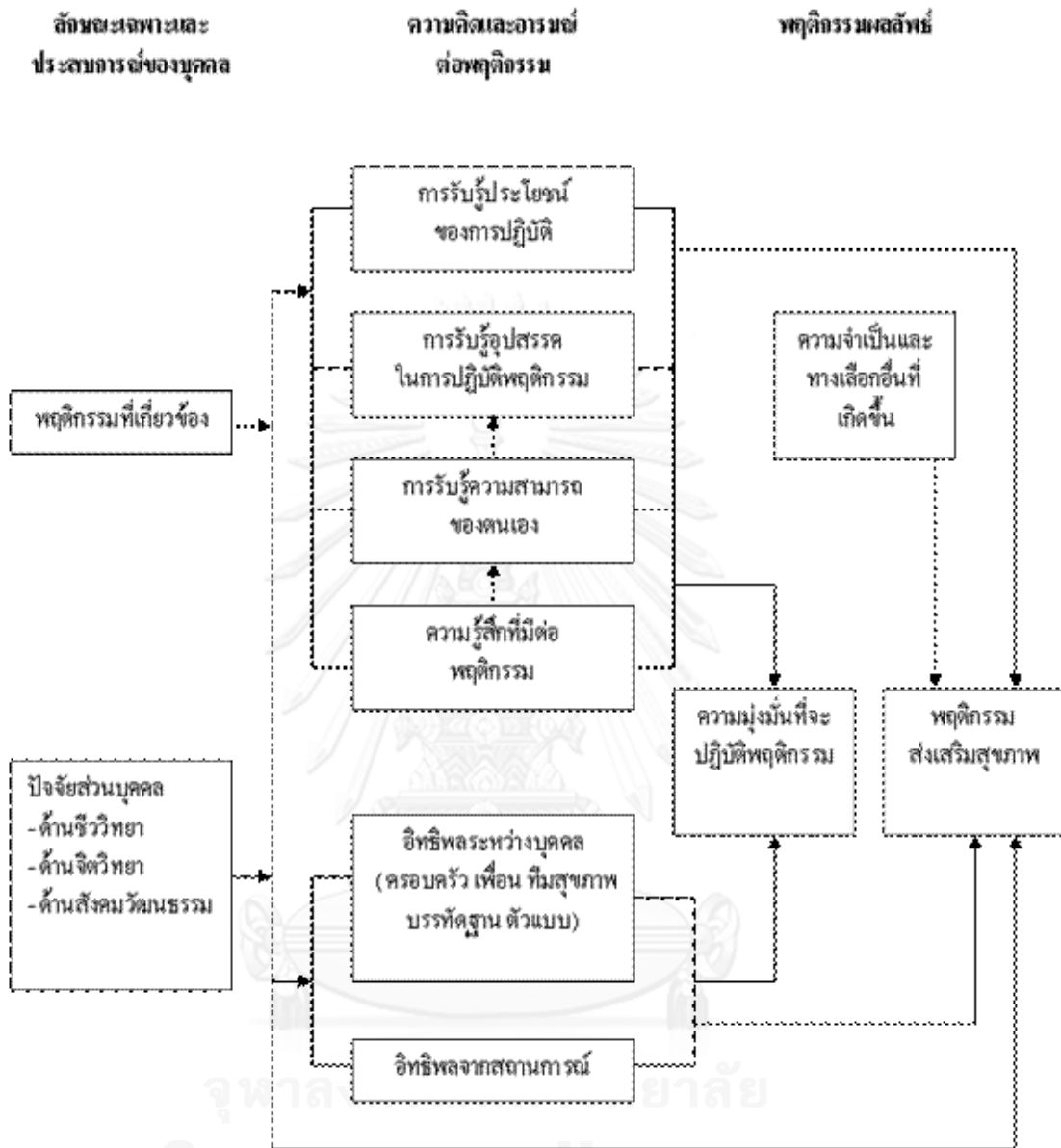
2.2.6 อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situational Influences) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอิทธิพลจากสถานการณ์ เป็นปัจจัยทำนายการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 56 อิทธิพลจากสถานการณ์ เป็นการรับรู้และความคิดของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทที่สามารถเอื้อ หรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อิทธิพลสถานการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ทางเลือก คุณลักษณะที่ต้องการและความราบรื่นสุขสบายของสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติพฤติกรรม

2.3 ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรม (Behavioral Outcome) การเกิดพฤติกรรมผลลัพธ์ประกอบด้วย 3 อย่าง ได้แก่

2.3.1 ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม (Commitment to a Plan of Actions) โดยทั่วไปพฤติกรรมของมนุษย์เริ่มจากการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นกระบวนการคิดที่ประกอบด้วยความตั้งใจที่จริงจังที่จะกระทำพฤติกรรมซึ่งสอดคล้องกับเวลา บุคคล สถานที่ โดยอาจทำร่วมกับผู้อื่น รวมทั้ง มีกลยุทธ์ที่ชัดเจนในการปฏิบัติพฤติกรรมและการให้แรงเสริมทางบวกในการปฏิบัติพฤติกรรม

2.3.2 ความต้องการและความพึงพอใจที่แทรกแซงในทันทีทันใด (Immediate Competing Demands and Preferences) พฤติกรรมอื่นที่เกิดขึ้นทันทีทันใดก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่วางแผนไว้ ความต้องการแทรกแซงถูกมองว่าเป็นพฤติกรรมทางเลือกอื่น ๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งบุคคลสามารถควบคุมได้ในระดับต่ำเนื่องจากเงื่อนไขด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ความรับผิดชอบในงานหรือการดูแลครอบครัว ถ้าไม่ตอบสนองความต้องการนั้นจะส่งผลร้ายต่อตนเองหรือบุคคลสำคัญในชีวิตได้ส่วนความพึงพอใจแทรกแซงถูกมองว่าเป็นพฤติกรรมทางเลือกที่ให้ผลตอบแทนมากกว่าหรือดีกว่าที่บุคคลสามารถควบคุมได้ในระดับสูงซึ่งอาจทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่ได้วางแผนไว้ พฤติกรรมขึ้นอยู่กับสามารถควบคุมตนเอง (Self-Regulation)

2.3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health-Promoting Behavior) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นจุดสุดท้ายและผลจากการปฏิบัติพฤติกรรมในแบบจำลองสร้างเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นตัวบ่งชี้โดยตรงต่อการผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ประสบผลสำเร็จในผู้รับบริการพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพนั้น บางส่วนก็ได้บูรณาการเข้ากับการใช้ชีวิตประจำวัน ผลที่ได้ก็คือการปรับภาวะสุขภาพ การเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกช่วงพัฒนาการของมนุษย์



ภาพที่ 2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จากแนวคิดทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของPender (2006) และการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ประกอบด้วย ความรู้ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยปัจจัยเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งขององค์ประกอบในส่วนของความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมตามแนวคิดทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของPender (2006) โดยองค์ประกอบเหล่านี้จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดดังกล่าว นั่นหมายถึงว่า ปัจจัยทั้งหมดจะส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดและการศึกษาในครั้งนี้

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

3.1 ความรู้

แนวคิดทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2006) ได้กล่าวว่า ความรู้ด้านสุขภาพเป็นกระบวนการให้ความรู้ กระตุ้นและช่วยเหลือบุคคลในการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม ตลอดจนการปรับปรุงรูปแบบการดำเนินชีวิตให้เหมาะสม เพื่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ในมนทัศน์การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึงการที่บุคคลประเมินภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับใด การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองเป็นอย่างไร ต้องมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพก่อนจึงจะสามารถตัดสินใจว่าตนเองควรกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพใดบ้าง ถ้าบุคคลมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ตนต้องปฏิบัติ จะทำให้รับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองเป็นอย่างไร บุคคลที่รับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองดี มีแนวโน้มเพียงที่จะกระทำพฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพบ่อยกว่า และจริงจังกว่าการรับรู้ว่าคุณภาพไม่ดี

3.1.1 ความหมาย

ความรู้เกี่ยวกับโรค หมายถึง ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว สาเหตุชักนำที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว สาเหตุชักนำที่ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวมีความรุนแรงมากขึ้น อาการ การรักษา และการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา เพื่อควบคุมภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง (นวลจันทร์ เครือวานิช, 2531)

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเรื่องโรค หมายถึง ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ ความหมาย สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว สาเหตุชักนำที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการความรุนแรงมากขึ้น การรักษา และการปฏิบัติตนตามการรักษาเพื่อควบคุมภาวะหัวใจล้มเหลว (สุรินทร์ ทองเจิม, 2544)

ดังนั้น ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับเกลือโซเดียม การรับประทานอาหารที่เหมาะสมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยเฉพาะการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมเป็นส่วนประกอบในอาหาร การอ่านฉลากโภชนาการปริมาณเกลือโซเดียมที่เหมาะสม

3.1.2 ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

อาหารเป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจวายล้มเหลว เนื่องจากเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง วัตถุประสงค์ในการบริโภคอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวคือ ต้องเป็นการบริโภคที่ไม่เพิ่มการทำงานของหัวใจ ดังนั้นควรเป็นการบริโภคแบบมีอะลุ่มอล่วย และบ่อยครั้ง เนื่องจากทำให้ต้องใช้พลังงานในการย่อยอาหารสูง ซึ่งทำให้ร่างกายต้องการออกซิเจนมาก และเป็นการเพิ่มสมรรถภาพการทำงานของหัวใจ ดังนั้นผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจึงควรบริโภคอาหารเฉพาะโรค ได้แก่ โปรตีนควรรับประทานให้เพียงพอ 1.0 กรัม/น้ำหนักตัว 1 กก./วัน ประมาณวันละ 60-70 กรัม และการจำกัดเกลือในโซเดียมในอาหาร โดยไม่ควรเกิน 2 กรัมต่อวัน (นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ , 2531)

ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับอาหารอย่างเพียงพอ และในการเผาผลาญอาหาร ร่างกายต้องใช้พลังงานสูง และต้องใช้ออกซิเจนมาก ทำให้หัวใจทำงานหนัก ดังนั้นผู้ป่วยควรรับประทานมื้อละน้อยๆแต่บ่อยครั้ง เพื่อหลีกเลี่ยงอาการแน่นอึดอัดท้อง หายใจลำบาก หลีกเลียงอาหารไขมัน และคอเรสเตอรอลสูง โดยเฉพาะกรดไขมันอิ่มตัว หรืออาหารที่มีแคลอรีสูง อาหารเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยอ้วน ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ควรอ้วนเกินไป เพราะการอ้วนทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น โดยเพิ่มความต้องการออกซิเจนของร่างกาย และยังทำให้มีการเพิ่มขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมักมีความอยากอาหารลดลง อาจจากผลข้างเคียงของยา มีอาการเหนื่อยหอบเป็นสาเหตุของขาดสารอาหารได้ (เยวภา บุญเที่ยง, 2545) นอกจากนี้ นิภาพร ประจันบาน (2550) กล่าวว่า หากผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวบริโภคเกลือโซเดียมในปริมาณมาก ทำให้มีปริมาณโซเดียมมากทั้งภายในและภายนอกเซลล์ จะทำให้มีการดูดซึมน้ำกลับของน้ำและเกลือแร่มีการคั่งของน้ำในร่างกาย โดยเฉพาะในหลอดเลือดฝอยที่ปอดทำให้มีอาการหอบเหนื่อย อาการของโรครุนแรงขึ้น เพื่อป้องกันไม่ให้หัวใจห้องล่างทำงานหนัก การจำกัดเกลือ ควรได้รับวันละ 2 กรัม

3.1.3 ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคเกลือโซเดียม

1) ความหมายของเกลือโซเดียม

โซเดียมเป็นหนึ่งในเกลือแร่ที่สำคัญในร่างกาย ทำหน้าที่ควบคุมสมดุลของเกลือแร่ การกระจายตัวของน้ำในส่วนต่างๆของร่างกาย ควบคุมสมดุลกรดต่าง ควบคุมการเต้นของหัวใจและชีพจร มีผลต่อความดันโลหิต การทำงานของเส้นประสาท กล้ามเนื้อและหัวใจ ร่างกายของเราได้รับจากอาหารซึ่งมักอยู่ในรูปของเกลือโซเดียม มีรสชาติเค็ม มักใช้เพื่อปรุงรสหรือถนอมอาหาร เช่น น้ำปลา กะปิ ซีอิ๊ว นอกจากนี้โซเดียมยังแอบแฝงในอาหารรูปอื่นแต่ไม่มีรสชาติเค็ม เช่น ผงชูรส ผงฟู

2) ผลของการบริโภคเกลือโซเดียมสูง

การบริโภคเกลือโซเดียมในปริมาณที่มากหรือน้อยเกินไปล้วนเป็นผลเสียต่อร่างกาย จากการสำรวจของสถาบันโภชนาศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดลร่วมกับกรมอนามัย (2011) พบว่าคนไทยส่วนใหญ่บริโภคเกลือโซเดียมมากถึงสองเท่าของปริมาณที่แนะนำ ซึ่งผลเสียของการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงมีดังนี้ คือ เกิดการคั่งของเกลือและน้ำในอวัยวะต่างๆ ทำให้ความดันโลหิตสูง ทำให้ไตทำงานหนักขึ้นเพื่อเพิ่มการกรองเกลือโซเดียมและน้ำส่วนเกินของร่างกาย

3) รูปแบบของเกลือโซเดียมที่พบในอาหาร(สถาบันโภชนาศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดลร่วมกับกรมอนามัย, 2011)

อาหารที่มีปริมาณเกลือโซเดียมสูงส่วนใหญ่ก็มีรสชาติเค็ม ดังนั้นจึงควรหลีกเลี่ยงอาหารทุกชนิดที่มีรสชาติเค็ม นอกจากนี้ยังมีอาหารที่มีโซเดียมสูงแต่ไม่เค็ม ซึ่งเรียกว่ามีเกลือโซเดียมแฝง ทำให้ได้รับเกลือโซเดียมโดยไม่รู้ตัวดังนั้นจึงควรทำความรู้จักอาหารประเภทนี้ไว้ด้วยการสำรวจพบว่าปริมาณเกลือโซเดียมที่ได้รับส่วนใหญ่มาจากการปรุงอาหารมากกว่าการเติมน้ำปลาหรือเกลือเมื่ออาหารถูกปรุงเสร็จแล้ว สามารถแบ่งอาหารที่มีเกลือโซเดียมเป็นส่วนประกอบได้ดังนี้

3.1) อาหารแปรรูปหรือการถนอมอาหาร ได้แก่ อาหารกระป๋องทุกชนิด อาหารหมักดอง อาหารเค็ม อาหารตากแห้ง เนื้อเค็ม ปลาเค็ม ปลาร้า ผักดอง ผลไม้ดอง เป็นต้น

3.2) เครื่องปรุงรสชนิดต่างๆ ได้แก่ เกลือ (ทั้งเกลือเม็ดและเกลือป่น) น้ำปลา มีปริมาณเกลือโซเดียมสูง นอกจากนี้ผู้ป่วยไม่ควรทาน ซอสปรุงรสต่างๆ เช่น ซีอิ๊วขาว เต้าเจี้ยว น้ำบูดู กะปิ ปลาร้า ปลาเฒ่า เต้าหู้ยี้ ซอสหอยนางรม ซอสมะเขือเทศ ซอสพริก น้ำจิ้มต่างๆ ที่มีรสเปรี้ยวๆ หวานๆ ซอส เหล่านี้แม้จะมีปริมาณเกลือโซเดียมไม่มากเท่า น้ำปลา แต่ผู้ป่วยที่ต้องจำกัดเกลือโซเดียมก็ต้องระวังไม่กินมากเกินไป

3.3) ผงชูรส แม้เป็นสารปรุงรสที่ไม่มีรสเค็ม แต่ก็มีเกลือโซเดียมเป็นส่วนประกอบอยู่ด้วยประมาณร้อยละ 15 ของส่วนประกอบ

3.4) อาหารกระป๋องต่างๆ เช่น ผลไม้กระป๋อง ปลากระป๋อง และอาหารสำเร็จรูปต่างๆ ขนมหุบกะปิ เป็นต้น ซึ่งอาหารเหล่านี้มีการเติมเกลือหรือสารกันบูด ซึ่งมีเกลือโซเดียมปริมาณมาก

3.5) อาหารกึ่งสำเร็จรูป เช่น บะหมี่ โจ๊ก ข้าวต้ม ซุปต่างๆ ทั้งชนิดกึ่งและชนิดซอง

3.6) ขนมหุ่นต่างๆ ที่มีการเติมผงฟู(Baking Powder หรือ baking Soda) เช่น ขนมเค้ก คุกกี้ แพนเค้ก ขนมหปัง ซึ่งผงฟูที่ใช้ในการทำขนมเหล่านี้มีเกลือโซเดียมเป็นส่วนประกอบ (โซเดียมไบคาร์บอเนต) รวมถึง แป้งสำเร็จรูป ที่ใช้ทำขนมเองก็มีเกลือ โซเดียมด้วย เพราะได้ผสมผงฟูไว้แล้ว

3.7) น้ำและเครื่องดื่ม น้ำฝนเป็นน้ำที่ปราศจากเกลือโซเดียม แต่น้ำบาดาลและน้ำประปามีโซเดียมปนอยู่บ้าง ในจำนวนไม่มากนัก ส่วนเครื่องดื่มเกลือแร่ยี่ห้อต่างๆ มีการเติมสารประกอบของโซเดียมลงไปด้วย เพราะมีจุดประสงค์ให้เป็นเครื่องดื่มสำหรับนักกีฬาหรือผู้ที่สูญเสียเหงื่อมากไม่ใช่ประชาชนทั่วไป ส่วนน้ำผลไม้บรรจุกล่อง ขวด หรือกระป๋อง ก็มักมีการเติมสารกันบูด (โซเดียมเบนโซเอต) ลงไปด้วย ทำให้น้ำผลไม้ เหล่านี้ มีเกลือโซเดียมสูง ดังนั้นหากต้องการดื่มน้ำผลไม้ควรดื่มน้ำผลไม้สดจะดีกว่า

4) หลักการที่สำคัญในการลดปริมาณเกลือโซเดียมที่บริโภค

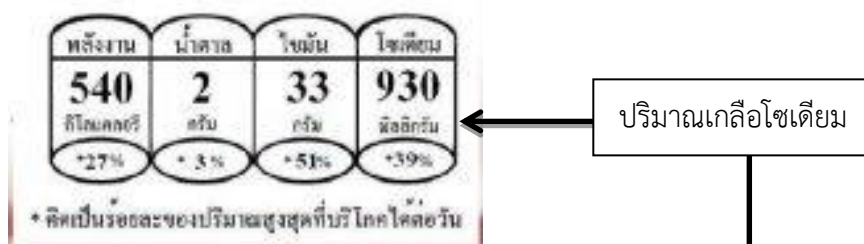
4.1) หลีกเลี่ยงการใช้เกลือในการปรุงอาหาร และเลือกเติมเครื่องปรุงให้โซเดียมไม่เกินปริมาณที่กำหนด การเลือกบริโภคอาหารที่มีหลายรสชาติเช่น แกงส้ม ต้มยำ ในรสหวาน เปรี้ยว หรือเผ็ด เพื่อช่วยเพิ่มรสชาติ

4.2) หลีกเลี่ยงอาหารประเภทดองเค็ม เช่น ไข่เค็ม ปลาเค็ม ปลาแดดเดียว อาหารหมักดองเช่น ปลาส้ม แหนม และอาหารแปรรูปเช่น ไส้กรอก กุนเชียง หมูหยอง

4.3) ไม่เติมผงชูรส

4.4) น้ำซूपต่างๆเช่นก๋วยเตี๋ยวมักมีปริมาณเกลือโซเดียมสูง ควรรับประทานแต่น้อย หรือหน้าซूपออก บางส่วนแล้วเติมน้ำเพื่อเจือจางลง

4.5) ตรวจสอบปริมาณเกลือโซเดียมต่อหน่วยบริโภคบนฉลากของอาหารสำเร็จรูป ขนมหุ่น เพื่อจะได้หลีกเลี่ยงอาหารที่มีปริมาณเกลือโซเดียมสูงได้ถูกต้อง



ข้อมูลโภชนาการ

หนึ่งหน่วยบริโภค : 1/3 ถ้วยตวง (56 กรัม)
จำนวนหน่วยบริโภคต่อกระป๋อง : 2.5

คุณค่าทางโภชนาการต่อหนึ่งหน่วยบริโภค
พลังงานทั้งหมด 100 กิโลแคลอรี (พลังงานจากไขมัน 50 กิโลแคลอรี)

ร้อยละของปริมาณที่แนะนำต่อวัน*		
ไขมันทั้งหมด	6 ก.	9%
ไขมันอิ่มตัว	1 ก.	5%
โคเลสเตอรอล	20 มก.	7%
โปรตีน	12 ก.	
คาร์โบไฮเดรตทั้งหมด	น้อยกว่า 0 ก.	0%
ใยอาหาร	0 ก.	0%
น้ำตาล	0 ก.	
โซเดียม	230 มก.	10%

ร้อยละของปริมาณที่แนะนำต่อวัน*			
วิตามินเอ	0%	วิตามินบี 1	0%
วิตามินบี ๖	๐%	แคลเซียม	0%
เหล็ก	4%		

* ร้อยละของปริมาณสารอาหารที่แนะนำให้บริโภคต่อวันสำหรับคนไทยอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป (Thai RDI) โดยคิดจากความต้องการพลังงานวันละ 2,000 กิโลแคลอรี

ความต้องการพลังงานของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ผู้ที่ต้องการพลังงานวันละ 2,000 กิโลแคลอรี ควรได้รับสารอาหารต่างๆ ดังนี้

ไขมันทั้งหมด	น้อยกว่า	65 ก.
ไขมันอิ่มตัว	น้อยกว่า	20 ก.
โคเลสเตอรอล	น้อยกว่า	300 มก.
คาร์โบไฮเดรตทั้งหมด		300 ก.
ใยอาหาร		25 ก.
โซเดียม	น้อยกว่า	2,400 มก.

พลังงาน (กิโลแคลอรี) ต่อกรัม ไขมัน = ๙ ; โปรตีน = 4 ; คาร์โบไฮเดรต = 4

ภาพที่ 3 ตัวอย่างปริมาณเกลือโซเดียมบนฉลากโภชนาการ

(ที่มา : www.fda.moph.go.th : 2552)

3.1.4 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ดังนี้

เพนเดอร์ (Pender, 1987 อ้างในปริยรัตน์ รัตนวิบูลย์, 2542) ได้ศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ (The Lifestyle and health habit assessment) ของบุคคลทั่วไปโดยสร้างแบบวัด 100 ข้อ เป็นแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพทางบวก 10 ด้าน ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเอง การปฏิบัติโภชนาการ การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน รูปแบบการ

นอนหลับ การจัดการความเครียด ความภาคภูมิใจในตนเอง จุดมุ่งหมายในชีวิต การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การควบคุมสภาพแวดล้อม และการใช้บริการสุขภาพ

Lennie et al. (2008) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ความรู้ต่อการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยได้นำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จากแบบสอบถาม DSRQ (the Dietary Sodium Restriction Questionnaire) จำนวน 8 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน ความตรงตามเนื้อหาได้ .79 และความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาคอนบาค .88

เยาวภา บุญเที่ยง (2545) สร้างแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุ โดยแบบสอบถามเป็นแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพและปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมในแต่ละด้าน ประกอบด้วยพฤติกรรมสุขภาพ 10 ด้าน จำนวน 37 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ นำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้ .87 และเพื่อหาค่าความเที่ยง นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 15 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาคอนบาค .75

นิภาพร ประจันบาน (นิภาพร ประจันบาน, 2550 อ้างใน เสาวลักษณ์ ท่ามาก, 2552) สร้างแบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ตนเองต้องปฏิบัติเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว ครอบคลุมความรู้ในการปฏิบัติดูแลตนเองที่จำเป็นในช่วงที่กลับไปดูแลต่อที่บ้าน จำนวน 25 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ เลือกตอบความความเห็นและความสำคัญ เมื่อแบบสอบถามนี้ไปหาค่าความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ดัชนีความตรงตามเนื้อหา .91 และเพื่อหาค่าความเที่ยง นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาคอนบาค .83

3.2 การรับรู้อุปสรรค (Perceived barrier)

การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งในรูปแบบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) Pender(2006) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่งคือ การรับรู้และทัศนคติที่จำเพาะต่อพฤติกรรม เป็นปัจจัยที่นำไปสู่การตอบสนองต่อการรับรู้และทำให้เกิดการตกลงใจ การวางแผนการกระทำที่จะแสดงพฤติกรรมต่างๆออกมา ปัจจัยด้านการรับรู้และทัศนคติที่จำเพาะต่อพฤติกรรม ประกอบด้วย 6 ปัจจัยย่อย คือ การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติกิจกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์

การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ เป็นเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ การคาดการณ์ถึงอุปสรรคจะมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรม ทำให้ไปลด หรือหยุดพฤติกรรมสุขภาพ ขณะเดียวกันมีผลทางอ้อม คือไปลดพันธะสัญญาของบุคคลที่วางแผนจะกระทำพฤติกรรมนั้น (จิตติมา ภูริทัต, 2547)

3.2.1 ความหมาย

การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด หรือความเข้าใจถึงสิ่งขัดขวางในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (หทัยรัตน์ เวชมนัส, 2547)

การรับรู้อุปสรรค หมายถึง ความคิดเห็น หรือการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับปัจจัยและ กิจกรรมต่างๆที่มีผลขัดขวางการทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว ประกอบกับการรับประทานยา การควบคุมอาหารและน้ำดื่ม การออกกำลังกายและออกกำลังกาย การพักผ่อน การหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวมีความรุนแรงขึ้น การสังเกตอาการที่ผิดปกติ และการมาตรวจตามนัด (เสาวลักษณ์ ท่ามาก, 2552)

ดังนั้น การรับรู้อุปสรรคต่อการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม หมายถึง การรับรู้หรือความเข้าใจของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ต่อสิ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สะดวกสบาย เกิดความลำบากใจหรือเป็นสิ่งที่ขัดขวางการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม

3.2.2 การรับรู้อุปสรรคต่อการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

เป็นการรับรู้ถึงสิ่งที่ขัดขวางต่อพฤติกรรม เมื่อบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคในการกระทำมากขึ้น มีความพร้อมในการกระทำต่ำ การจะกระทำจะไม่เกิด ตรงข้ามกับบุคคลที่รับรู้อุปสรรคน้อย มีความพร้อมในการกระทำสูง ความเป็นไปได้ในการกระทำจะมากขึ้น ซึ่งการรับรู้อุปสรรคเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริง หรือเป็นสิ่งที่คาดคะเนไว้ก่อน อุปสรรคเปรียบเหมือนสิ่งที่คอยขัดขวาง ไม่ให้บุคคลปฏิบัติ เมื่อบุคคลมีอุปสรรคในการทำงานมาก มีความพร้อมในการกระทำต่ำ การกระทำจะไม่เกิด ตรงข้ามกัน ถ้าบุคคลมีอุปสรรคน้อย มีความพร้อมในการกระทำสูง ความเป็นไปได้ของการกระทำจะมากขึ้น การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ เป็นการรับรู้ถึงสิ่งที่ขัดขวางต่อพฤติกรรม (อรอนงค์ สารธรรม, 2551) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bennett et al (2005) พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวย้อยละ 62 รับรู้อุปสรรคในบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม กล่าวหาอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมรสชาติไม่ดี เมื่ออยู่นอกบ้านหารับประทานยาก และขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการจำกัดเกลือโซเดียมในอาหาร ทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคของหัวใจของผู้ป่วยเอง มีแนวโน้มที่ผู้ป่วยจะไม่บริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมสูง ซึ่งการศึกษาของ Lennie et al (2008) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้เกี่ยวกับอุปสรรคในการบริโภคอาหาร และแบบวัดความร่วมมือการรับประทานอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงเติมเกลือในอาหารที่รับประทานร้อยละ 66 นอกจากนี้ พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวขาดความร่วมมือในการรับประทานอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม การจำกัดน้ำ การติดตามน้ำหนัก และการออกกำลังกาย (Marje et al,2006) ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่รับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (เสาวลักษณ์ ท่ามาก,2552)

3.2.2 แบบประเมินการรับรู้อุปสรรคต่อการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบแบบประเมินการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้

เกศกนก เข้มคง (2550) ได้สร้างแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ของ ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Becker (1974) แบบสอบถามมีทั้งหมด 38 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ นำแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพมาทำการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำนวน 88 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาคอนบาค โดยรวม .96

เสาวลักษณ์ ท่ามาก (2552) ได้สร้างแบบประเมินการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นหรือการรับรู้ของผู้ป่วย

เกี่ยวกับปัจจัยและกิจกรรมต่างๆที่มีผลขัดขวางการทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยอาศัยทฤษฎีแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender,1996) จำนวน 13 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ หาค่าความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แต่ไม่ได้รับมูลค่าไว้ในเล่มวิทยานิพนธ์ และเพื่อหาค่าความเที่ยง นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาคอนบาค .54

Bennett et al. (2011) ได้ดัดแปลงแบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อด้านความร่วมมือในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker,1987) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคต่อการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 5 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ได้มีการนำแบบสอบถามนี้ไปหาค่าความตรงเชิงโครงสร้างจากการวิเคราะห์องค์ประกอบ ได้ 2 องค์ประกอบ และมีความแปรปรวนร่วม 50% และค่าความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาคอนบาค .68, .66 และ .77

3.3 การรับรู้ประโยชน์ (Perceive benefit)

มโนทัศน์ด้านการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพนเดอร์ (Pender, 2006) ได้กล่าวว่า การรับรู้ประโยชน์เป็นการจูงใจต่อพฤติกรรมทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยกำหนดความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามพันธะสัญญา หรือข้อผูกมัดเพื่อวางแผนการกระทำ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมที่คาดหวังว่าจะเกิดประโยชน์ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพถึงร้อยละ 55 ของการศึกษาทั้งหมดของเพนเดอร์ การที่บุคคลจะกระทำการใดๆมักจะคำนึงถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับ การคาดการณ์ถึงผลประโยชน์ของการกระทำ หรือพฤติกรรมเป็นสิ่งจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ

3.3.1 ความหมาย

การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง หมายถึง การรับรู้ผลดีต่อภาวะสุขภาพจากการได้รับการรักษา และมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องซึ่งป็นสิ่งชักนำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น (Rosentock, 1990)

การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ และการรับรู้ด้านต่างๆ ของบุคคลว่าสามารถป้องกันอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนอันเกิดขึ้นเมื่อบุคคลร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นส่วนประกอบหนึ่งด้านความรู้ การรับรู้ ที่มีผลต่อการเลือกกระทำกิจกรรมของบุคคล (Pender, 2006)

ดังนั้น การรับรู้ประโยชน์ต่อการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม หมายถึงการรับรู้หรือความเข้าใจของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวถึงประโยชน์ของการควบคุมอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมว่าสามารถช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและป้องกันไม่ให้อาการกำเริบรุนแรง เมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึงประโยชน์ของควบคุมอาหารว่าเป็นสิ่งที่ดีต่อสุขภาพ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

3.3.2 การรับรู้ประโยชน์ต่อการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา เป็นการวางแผนของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมเฉพาะใดๆโดยขึ้นอยู่กับ การคาดการณ์ ถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับ หรือผลที่เกิดขึ้น โดยคำนึงผลบวกหรือแรงเสริมของการกระทำนั้นๆ (อรอนงค์ สารธรรม, 2551) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยที่ภาวะหัวใจล้มเหลวที่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา และการรับประทานอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม คือผู้ป่วยที่รับรู้ประโยชน์ในการรักษาด้วยยา และประโยชน์จากการรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมปริมาณน้อย (Marje et al, 2006) และในการศึกษาของ Bennett et al.(2005) กล่าวว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวย้อยละ 96 รับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับความร่วมมือในการจำกัดเกลือโซเดียมในอาหาร เนื่องจากยาสามารถทำให้ผู้ป่วยดีขึ้น ลดอาการบวม ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย ลดความวิตกกังวล ลดการนอนโรงพยาบาล และทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

3.3.3 แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ต่อการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบแบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ ดังนี้

หทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) ได้ดัดแปลงแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในวัยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวของศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542) ที่ใช้ศึกษากับผู้สูงอายุทั่วไปในเรื่องการรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยสร้างตามแนวคิดของ Pender (2006) จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ เมื่อแบบสอบถามนี้ไปหาค่าความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ดัชนีความตรงตามเนื้อหา 1 และเพื่อหาค่าความเที่ยง นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 15 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาคอนบาค .85

เกศกนก เข้มคง (2550) แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Becker (1974) แบบสอบถามมีทั้งหมด 38 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ นำแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพมาทำการศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในโรงพยาบาลสุโขทัย จำนวน 88 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ครอนบาค โดยรวม .96

Bennett et al. (2011) ได้ดัดแปลงแบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อด้านความร่วมมือในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1987) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ต่อการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 7 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ได้มีการนำแบบสอบถามนี้ไปหาค่าความตรงเชิงโครงสร้างจากกาวีเคราะห์องค์ประกอบ ได้ 2 องค์ประกอบ และมีความแปรปรวนร่วม 52% และค่าความ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาคอนบาค .84, .83 และ .88

3.4 การสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

Pender (2006) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นส่วนหนึ่งของอิทธิพลระหว่างบุคคลซึ่งเป็นความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อ หรือทัศนคติของคนอื่นซึ่งอาจจะเป็นจริงหรือไม่ก็ตามซึ่งแหล่งข้อมูลเบื้องต้นของอิทธิพลระหว่างบุคคลในการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ ครอบครัว (พ่อแม่ พี่น้อง ญาติ) กลุ่มเพื่อน บุคคลากรทางสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคลได้แก่ บรรทัดฐานทางสังคม (Norm) (เป็นการเรียนรู้จากผู้อื่น) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) (อุปกรณ์และ

การให้กำลังใจ) การเป็นแบบอย่างที่ดี (Modeling) (เป็นการเรียนรู้จากผู้อื่นผ่านการสังเกตพฤติกรรมเฉพาะนั้น ๆ) กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทั้ง 3 กระบวนการนี้ แสดงให้เห็นถึงแรงจูงใจของบุคคลที่นำไปสู่การส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวควรมีการสนับสนุนทางสังคม เพื่อกระตุ้นให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

3.4.1 ความหมาย

มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ต่าง ๆ มากมาย บางครั้งมีความหมายคล้ายกัน บางครั้งมีความหมายต่างกัน ดังนี้

เฮาส์ (House, 1981 cited in Tilden, 1987) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วยความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงานการให้ข้อมูลข่าวสารตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับ และข้อมูลเพื่อการเรียนและประเมินตนเอง

ขจร เพียรสุพรรณ (2545) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึงการที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุนจากบุคคลอื่นในเรื่องต่างๆ ที่ช่วยให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข โดยแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมิน การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านสิ่งขิงการเงินและแรงงาน

หทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ ระหว่างบุคคลที่ก่อให้เกิดความรัก ความผูกพัน การได้รับการดูแลเอาใจใส่ ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทำให้บุคคลนั้นได้รับการช่วยเหลือด้านต่างๆ โดยแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากร

ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง การที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดได้แก่ สามี ภรรยา บุตรญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการช่วยเหลือหรือดูแลให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถควบคุมอาหารที่จำกัดปริมาณเกลือโซเดียมได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

3.4.2 การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

การสนับสนุนทางสังคม เป็นความสัมพันธ์ที่เกิดจากการทำหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวและสังคม โดยมีการสนับสนุนกันในด้านต่างๆ เช่น ความรัก ความผูกพันที่ทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัย และเป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ รวมทั้งการให้คำแนะนำ การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ความมีคุณค่าในตนเอง และรวมถึงการเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น หรือการมีโอกาสดูแลผู้อื่น (Weiss, 1974 อ้างถึงใน ระพิน ผลสุข, 2548) ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวนับเป็นโรคเรื้อรังที่ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมรวมทั้งความสามารถดูแลตนเอง (Oka et al., 1993) โดยเฉพาะการจัดเตรียมอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม ซึ่งมีความยุ่งยาก ซับซ้อน (Lennie et al., 2008) ดังนั้นผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจึงจำเป็นต้องพึ่งพาครอบครัวและบุคคลอื่นรอบข้างเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม (สายรุ้ง บัวระพา, 2547) โดยเฉพาะการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม โดยเฉพาะในด้านการจัดเตรียมอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม นอกจากนี้ ระพิน ผลสุข (2548)

พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับ Sabate (2003) พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความร่วมมือในการรับประทานอาการจำกัดเกลือโซเดียมมากขึ้น ในทางตรงกันข้ามจากการศึกษาของ Artinian et al (2002) พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่ไม่ได้จัดเตรียมอาหารด้วยตนเอง ขาดปัจจัยสนับสนุนทางสังคม ซึ่งก่อให้เกิดภาวะเสี่ยงที่จะเกิดความไม่ร่วมมือขึ้น

3.4.3 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมได้ดังนี้

Norkbeck Social Support Questionnaire (NSSQ) เป็นแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ที่สร้างโดย นอร์เบค ลินเซย์และคาร์เรียรี (Norbeck, Linsey & Carrieri, 1981) ซึ่งสร้างตามแนวคิดของคาน์น (Kahn, 1979) ประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน คือ ด้าน อารมณ์ ด้านการยืนยันรับรองพฤติกรรมของกันและกัน และด้านการให้ความช่วยเหลือ

เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมสร้างตามแนวคิดของของคอบบ์ (Cobb, 1976) ร่วมกับ เชฟเฟอร์ คอยน์และลาซารัส (Schaefer, Coyne, & Lasarus, 1981) ซึ่งนักวิจัยชาวไทยหลายคนได้แปล และดัดแปลงให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และสอดคล้องกับสังคมและวัฒนธรรมไทย

ฉัตรวัลย์ ใจอารีย์ (2533) ได้นำมาจาก แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ส่วนที่ 2 (The Personal Resource Questionnaire : PRQ-Part 2) ของแบรนด์และไวน์เนอร์ท (Brandt & Weinert 1981) ที่อาศัยแนวความคิดของไวส์ (Weiss 1974) โดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ด้าน คือ ความรักใคร่ผูกพัน การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ การแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และ การรับรู้คุณค่าในตนเอง มีทั้งหมด 25 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 7 ระดับ เมื่อแบบสอบถามนี้ไปหาค่าความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ท่าน แต่ไม่ได้ระบุค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาไว้ในเล่มวิทยานิพนธ์ และเพื่อหาค่าความเที่ยง นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาคอนบาค .84

หทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ดัดแปลงแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ น้ำเพชร หล่อตระกูล (2543) ที่ใช้ศึกษาในผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยสร้างขึ้นตามแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) ที่ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร คำถามทั้งหมดมี 16 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ เมื่อแบบสอบถามนี้ไปหาค่าความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา .83 แต่ไม่กล่าวถึงค่าความเที่ยง ของแบบทดสอบการสนับสนุนทางสังคมในเล่มวิทยานิพนธ์

พวงพกา กรีทอง (2550) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคหัวใจโดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ของเอ็นริช (The ENCRICH Social Support Questionnaire) เป็นแบบสอบถามที่ใช้สำหรับประเมินการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคหัวใจของมีข้อคำถาม 7 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .87 และนำแบบสอบถามหาความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาคอนบาค.86

3.5 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self efficacy)

Bandura (1997) ได้ใช้คำว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) โดยให้คำจำกัดความว่า เป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยมีความเชื่อว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีผลต่อการกระทำของบุคคล 2 คนอาจมีความสามารถไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่ต่างกันได้ ถ้าพบว่าคน 2 คนมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่แตกต่างกัน ดังนั้น หากผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูงจะมีความมั่นใจและเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองต่อการทำกิจกรรมได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับต่ำ

Pender (2006) กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นการตัดสินใจความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยไม่คำนึงว่าบุคคลนั้นจะมีทักษะหรือไม่ แต่เป็นการตัดสินใจว่าบุคคลนั้นสามารถใช้ทักษะที่ตนมีได้อย่างไร ในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเสนอว่า ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม (Activity-Related Affect) มีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เมื่อมีความรู้สึกทางบวกต่อพฤติกรรมมากขึ้นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนก็จะมากขึ้นด้วย ในทางกลับกันการรับรู้สมรรถนะแห่งตนก็มีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพถ้าบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในพฤติกรรมควบคุมอาหารจะทำให้บุคคลมีแรงจูงใจในการเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้อง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการออกกำลังกายจะทำให้บุคคลมีการออกกำลังกายที่เหมาะสมมากขึ้นเป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ควรมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมเพื่อกระตุ้นให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

3.5.1 ความหมาย

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามความหมายของ Pender (2006) คือการตัดสินใจในความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติพฤติกรรมได้ในระดับใด ซึ่งเป็นการตัดสินใจถึงผลลัพธ์ที่จะแสดงพฤติกรรมออกมา โดยมีทักษะหรือไม่มีทักษะก็ได้

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามความหมายของ Bandura (1997) คือความสามารถในการตัดสินใจของบุคคลที่จะปฏิบัติพฤติกรรมได้ประสบผลสำเร็จ

สายรุ้ง บัวระพา (2547) กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้ประสบความสำเร็จ

นิภาพร ประจันบาน (2550) กล่าวถึงการรับรู้ความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง ความมั่นใจของผู้ป่วยในการดูแลตนเองและความมั่นใจของญาติในการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลในเรื่องรับประทานยา การควบคุมอาหารและน้ำดื่ม การพักผ่อน การทำกิจกรรมออกแรงและการออกกำลังกาย การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การประเมินและการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ และการมาตรวจตามนัด

เสาวลักษณ์ ทำมาก (2552) กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวคือ ความมั่นใจของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ทำพฤติกรรมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว

ดังนั้น การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อการบริโภคอาหารจำกัดเกลือโซเดียม หมายถึง การรับรู้ความสามารถของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่สามารถการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

3.5.2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

รับรู้สมรรถนะแห่งตน คือการที่บุคคลตัดสินความสามารถของตนเอง ด้วยทักษะที่ตนมีอยู่ และคาดหวังผลของสิ่งที่กระทำนั้นจะสำเร็จได้ตามเป้าหมาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีบทบาทสำคัญต่อการริเริ่มการกระทำพฤติกรรมใหม่หรือคงไว้พฤติกรรมเดิม (Bandura, 1986 อ้างถึงใน อรอนงค์ สารธา, 2551) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งสอดคล้องการกับศึกษาของ Haobin (2000) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และ Oka, Gortner, Stotts, & Haskell (1996); Pothikanun (2000) พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร นอกจากนี้ จุริภรณ์ เจริญพงศ์ (2550) พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น ก็ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

3.5.3 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ดังนี้
อรนุช เขียวสะอาด (2544) ได้สร้างแบบสมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ตามแนวความคิดการดูแลตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) ซึ่งประกอบด้วย การดูแลตนเอง 5 ด้าน มีข้อความทั้งหมด 37 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ เมื่อแบบสอบถามนี้ไปหาค่าความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา .84 และเพื่อหาค่าความเที่ยง นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาคอนบาค .82

นิภาพร ประจันบาน (2550) ได้ใช้แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้วยแบบวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ของ อวยพร พิษยมงคล (2544) ตามแนวความคิดการรับรู้ทางสังคม ของ แบนดูรา (Bandura, 1986)ร่วมกับทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเรม (Orem, 1955) ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับความมั่นใจของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในการทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีข้อความทั้งหมด 25 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นการให้ค่าคะแนนความมั่นใจ 0-10 เมื่อแบบสอบถามนี้ไปหาค่าความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา .97 และเพื่อหาค่าความเที่ยง นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 25 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาคอนบาค .85

พิกุล ดินามาส (2550) ได้สร้างแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวความคิดการดูแลตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) ซึ่งครอบคลุมเกี่ยวกับสมรรถนะแห่งตนเพื่อประเมินความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ค่าถามทั้งหมด 27 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ เมื่อแบบสอบถามนี้ไปหาค่าความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา .91 และเพื่อหาค่าความเที่ยง นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 15 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาคอนบาค .92

อัลเบิร์ต (Albert, 2005) ได้ประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจากแบบสอบถาม The Low Sodium Eating Behaviors Scale ซึ่งพัฒนาจากแนวคิด Common Sense Model of Illness Representation framework (Leventhal, Meyer, & Nerenz, 1980) ทั้งหมด 29 ข้อ โดยแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมจำนวน 12 ข้อ คือข้อที่ 1-12 เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ เมื่อแบบสอบถามนี้ไปหาค่าความตรงเชิงโครงสร้างโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบ ได้ค่า eigenvalue >2 แต่ละองค์ประกอบมีแปรปรวนร่วม 48.3% เพื่อหาค่าความเที่ยง นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 104 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาคอนบาค .95

3.6 พฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียม

ตามทฤษฎีอาหารและโภชนาการเชื่อว่าปริมาณความต้องการเกลือของร่างกายในสภาวะปกติของบุคคลจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปริมาณการสูญเสียเกลือของร่างกาย 3 ทาง คือ ทางปัสสาวะ ทางเหงื่อ และทางอุจจาระ ผู้เชี่ยวชาญจากองค์การอนามัยโลก ได้แนะนำประชาชนบริโภคเกลือได้ประมาณวันละ 6 กรัมต่อวัน การบริโภคเกลือน้อยเกินไปจะทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เป็นตะคริว เลือดมีการสะสมของเสียมากผิดปกติ ซึ่งจะพบได้น้อย เพราะปัจจุบันอาหารที่บริโภคเข้าไปในแต่ละวันมีปริมาณของเกลือเกินความต้องการ คือ ประมาณ 2-20 กรัม (เกลือขาว วนรัตน์ และกองโภชนาการ, 2537) แต่อาจพบได้ในคนที่สูญเสียเกลือไปมากเนื่องจากเหงื่อออกมาก อาเจียน หรือท้องร่วงรุนแรง

การบริโภคเกลือมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย และผู้ที่มีนิสัยรับประทานเค็ม จะทำให้กลไกการควบคุมระดับโซเดียมไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ถ้าได้รับเกลือในปริมาณเกินมาตรฐานมากๆ เป็นเวลานานๆ ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง โรคไต โรคหัวใจ และมะเร็งกระเพาะอาหารได้ (เกษมวัฒน์ชัย, 2542)

3.6.1 ความหมาย

วรลักษณ์ หนูคง (2542) กล่าวว่า พฤติกรรมการบริโภคเกลือ หมายถึงการบริโภคอาหารที่มีเกลือ หรือการประพฤติปฏิบัติหรือการแสดงออกที่ทำอยู่เป็นเวลานานจนเกิดความเคยชิน และหล่อหลอมกลายเป็นพฤติกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีเกลือมาก เกลือปานกลาง เกลือน้อย หรืออาหารที่ไม่มีเกลือ ความถี่ในการรับประทานอาหารที่มีเกลือ หรือไม่มีเกลือ ตลอดจนความพึงพอใจในการเติมเกลือและผลิตภัณฑ์จากเกลือในระหว่างการรับประทานอาหาร

เกศกนก เข้มคง (2550) กล่าวว่า พฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียม หมายถึง การปฏิบัติตัว หรือกิจกรรมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวโรคไตในการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียม การรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม หรืออาหารที่มีส่วนผสมของเกลือโซเดียม

ธีระพล ชัยสงคราม (2552) กล่าวว่า พฤติกรรมการบริโภคเกลือ หมายถึง การกระทำใดๆของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงการประพฤติปฏิบัติหรือการแสดงออกที่ทำอยู่เป็นเวลานานจนเกิดความเคยชินในการบริโภคอาหารที่มีเกลือ ความถี่ในการรับประทานอาหารที่มีเกลือ ตลอดจนความพึงพอใจในการเติมเกลือและผลิตภัณฑ์จากเกลือในระหว่างการรับประทานอาหาร

ดังนั้น พฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง การกระทำใดๆ ของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ตลอดจนการแสดงออก การกระทำในการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียม หรืออาหารที่มีส่วนผสมของเกลือโซเดียม

3.6.2 พฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

การบริโภคอาหารที่จำกัดโซเดียม และอาหารที่มีรสเค็ม หรือมีเกลือ ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวนั้น เพื่อลดการดูดน้ำกลับเข้าสู่ร่างกาย ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่เข้าใจว่าอาหารที่มีโซเดียมสูง จะเป็นอาหารที่มีรสเค็ม ปปรุงด้วยน้ำปลา เกลือ ซอสที่มีรสเค็ม แต่ไม่ทราบว่า ในส่วนของอาหารประเภท ขนมปัง เค้ก อาหารที่ใส่สารกันบูดในอาหาร ผงชูรส มีส่วนผสมของโซเดียมอยู่มาก โดยปกติคนทั่วไปควรรับประทานเกลือน้อยกว่า 4 กรัมต่อวัน ถ้าเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องจำกัดเกลือน้อยกว่า 2 กรัมต่อวัน ในระยะโรครุนแรงหรือมีอาการหอบเหนื่อยมาก (ริงสฤกษ์ กัญจนะวณิชย์, 2524; อัจฉรา เตชสุทธิพิทักษ์, 2547) วันชัย ตันไพจิตร (2531) แนะนำให้ควบคุมเกลือโซเดียม โดยให้ระบุเป็นมิลลิกรัม (มก.) หรือมิลลิกรัม (มก.) ไม่ควรระบุเป็นกรัมของเกลือเพราะโซเดียมจากอาหารไม่ได้มาจากเกลือเพียงอย่างเดียว แต่ยังได้จากอาหารอื่นๆ

ปริมาณเกลือโซเดียมที่เหมาะสมในอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว คือ 2 กรัม/วัน (Grady et al., 2000) และมีอีกหลายการศึกษาวิจัยที่แนะนำให้ปริมาณเกลือโซเดียม โดยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มีความรุนแรงระดับ mild สามารถบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียม มากที่สุด 2-3 กรัม/วัน และผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ความรุนแรงระดับ severe ควรจำกัดปริมาณเกลือโซเดียมในอาหารให้น้อยกว่า 2 กรัม/วัน (House-Fancher et al., 2004; Grady et al., 2000) และปัจจุบันนี้ สมาคมภาวะหัวใจล้มเหลวแห่งอเมริกา ได้ออกแนวปฏิบัติในการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม สำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวความรุนแรงระดับ mild ควรบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมน้อยกว่า 3 กรัม/วัน และผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ความรุนแรงระดับ moderate-severe ควรบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมน้อยกว่า 2 กรัม/วัน (Heart Failure Society of America, 2010) ในทางปฏิบัติ ปริมาณเกลือโซเดียมที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ความรุนแรงระดับ mild-moderate สามารถจำกัดได้ คือ ไม่เกิน 3 กรัม/วัน (Grady et al., 2000; House-Fancher et al., 2004)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการไม่จำกัดเกลือโซเดียมในอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า การบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมมากเกินไป ทำให้เกิดภาวะน้ำเกินในร่างกาย ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Bennett, et al., 1998; Michalsen, Koning, Thimme, 1998; Opanish, et al., 2001; Tsuyuki, et al, 2001) นอกจากนี้ ยังพบว่า การไม่ให้ความร่วมมือในการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำยังเป็นสาเหตุให้อาการของภาวะหัวใจล้มเหลวกำเริบ หรือมีอาการมากขึ้นอีกด้วย (Bennett, et al., 1998; Tsuyuki, et al, 2001; Vinson et al., 1990; Welsh, et al., 2002) ดังนั้น การให้ความร่วมมือในการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมมีความสัมพันธ์กับการกำเริบของอาการ, การมารับการรักษาที่โรงพยาบาลเพิ่มขึ้น และเป็นปัจจัยทำนายที่ทำให้เกิดการนอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 วัน (Evangelista, Berg, & Dracup, 2001; Bennett, et al., 1998; Evangelista et al., 2003) และการให้ร่วมมือในการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำ สามารถลดอุบัติการณ์การนอนโรงพยาบาลซ้ำได้อย่างน้อยร้อยละ 50 (Kimmelstiel & Konstam, 1995)

โดยทั่วไปแล้ว ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมก่อนกลับบ้าน แต่ก็ยังพบความร่วมมือในการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมอยู่ในระดับต่ำ อัตราความร่วมมืออยู่ระหว่างร้อยละ 22 – ร้อยละ 70 (Kravitz et al., 1993; Happ, Naylor, & Roe-Prior, 1997; Bennett et al., 1998; Evangelista, Berg, & Dracup, 2001) และมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 40 เท่านั้นที่จำกัดเกลือโซเดียมในอาหาร 3 กรัม/วัน (Lennie et al., 2008) ที่มากไปกว่านั้นคือร้อยละ 35 – ร้อยละ 70 ไม่ให้ความร่วมมือในการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม (Evangelista, Berg, & Dracup, 2001; Evangelista, 2003)

3.6.3 แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียม

จากการทบทวนวรรณกรรมได้พบว่าเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินปริมาณเกลือที่บุคคลได้รับจากการบริโภคอาหาร แบ่งเป็น 2 วิธี คือ

1) เครื่องมือที่ใช้วัดโดยตรง (Direct estimation of salt consumption) การวัดปริมาณเกลือที่บุคคลบริโภคใน 1 วัน ด้วยสารทางชีวเคมี โดยการตรวจหาปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ ซึ่งเชื่อว่าปริมาณโซเดียมที่ขับออกมาเท่ากับปัสสาวะใน 24 ชั่วโมง จะเท่ากับปริมาณโซเดียมที่บริโภคใน 1 วัน ในภาวะที่ร่างกายปกติ ผู้ที่บริโภคเกลือมากจะตรวจพบเกลือโซเดียมในปัสสาวะมากกว่าผู้ที่บริโภคเกลือในระดับปกติ ซึ่ง โซเดียมที่ถูกขับออกมาในปัสสาวะ 24 ชั่วโมงในคนปกติไม่ควรเกิน 120 mlq

ข้อดี คือ มีความเที่ยงตรงของข้อมูลมากกว่าการวัดโดยวิธีอื่นๆ เพราะปริมาณโซเดียมที่วัดได้ จะมีความใกล้เคียงกับปริมาณโซเดียมที่บริโภคจริงใน 1 วัน

ข้อด้อย คือ ต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในการตรวจ และแปลผล ไม่เหมาะสมกับงานวิจัยภาคสนามที่ต้องเก็บข้อมูลจำนวนมากเพราะใช้งบประมาณสูง (Philip & Kathleen, 1990 อ้างใน วรลักษณ์ คงหนู, 2542)

2) เครื่องมือที่ใช้วัดโดยวิธีอ้อม (Indirect estimation of salt consumption) เป็นการประเมินเกลือที่บริโภคจากอาหารในรูปของสารโซเดียมคลอไรด์แล้วนำมาคำนวณเปรียบเทียบกับข้อกำหนดความต้องการสารอาหารที่บุคคลควรได้รับใน 1 วัน จะทำให้ทราบว่าบุคคลนี้ได้รับเกลือในปริมาณที่เหมาะสมหรือไม่ และเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือไม่ ทำได้ 4 วิธี คือ

2.1) แบบบันทึกอาหารที่บริโภคใน 1 วัน (Food Record) เป็นการประเมินเกลือที่บริโภคจากอาหาร โดยการจดบันทึกรายการอาหาร ปริมาณอาหาร และส่วนประกอบของอาหารที่บริโภคใน 1 วัน โดยแบ่งเป็นมื้ออาหาร อาหารคาว อาหารหวาน ผลไม้ เครื่องดื่ม ตลอดจนปริมาณเกลือและผลิตภัณฑ์จากเกลือที่เติมในระหว่างมื้ออาหารแต่ละมื้อ แล้วนำมาหาค่าเฉลี่ยปริมาณเกลือที่ได้รับใน 1 วัน

ข้อดี คือ สามารถคำนวณหาปริมาณได้อย่างถูกต้องเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกับปริมาณการบริโภคจริงมากที่สุด เหมาะสำหรับใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุเพราะจะได้ข้อมูลที่ถูกต้องด้านชนิดอาหารและสัดส่วนอาหารที่บริโภค ปริมาณอาหารที่ได้รับต่อวัน สามารถประเมินแบบแผนการบริโภคเกลือของบุคคลได้ การให้กลุ่มตัวอย่างจดบันทึกอาหารที่บริโภคช่วงเวลา 2-3 วัน จะทำให้เห็นความแตกต่างด้านชนิดอาหารที่บริโภค ปริมาณที่บริโภค

ข้อด้อย คือ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาต้องสามารถอ่านออก เขียนได้ และได้รับความร่วมมืออย่างสูง ถ้ากลุ่มตัวอย่างบริโภคอาหารนอกบ้าน อาจไม่สามารถบอกสัดส่วนหรือปริมาณอาหารที่บริโภคได้ถูกต้อง รายการอาหารบริโภคแต่ละวันอาจไม่ใช่แผนการบริโภคที่แท้จริง การเก็บข้อมูลต้องเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างมากกว่าที่คำนวณไว้ เพราะ อาจได้รับแบบบันทึกไม่ครบถ้วน การให้กลุ่มตัวอย่างจดบันทึกอาหารที่บริโภคใน 1 วัน ไม่เพียงพอต่อการวัดแบบแผนการบริโภคของบุคคล ความเที่ยงตรงของข้อมูลจะลดลง ถ้าจำนวนวันในการบันทึกเพิ่มมากขึ้น

2.2) แบบบันทึกการบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง (Twenty-four – hour-Food Recall) เป็นการประเมินการบริโภคอาหารของบุคคล โดยสัมภาษณ์ถึงชนิดอาหาร ปริมาณ และส่วนประกอบของอาหารเพื่อประเมินปริมาณเกลือจากการบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง

ข้อดี คือ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาเป็นกลุ่มเล็กๆ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ไม่เกิน 15-30 นาที กลุ่มตัวอย่างสามารถจดจำอาหาร และสัดส่วนอาหารที่บริโภคได้เพราะยังอยู่ในช่วงระยะเวลาที่จดจำได้

ข้อด้อย คือ ความถูกต้องของข้อมูลที่ได้ขึ้นอยู่กับความจำของกลุ่มตัวอย่าง โดยเฉพาะสัดส่วนอาหาร ยากต่อการกะประมาณได้ถูกต้อง การบริโภคอาหารอื่นๆ ในปริมาณเล็กน้อย อาจไม่ได้รับการรายงานเมื่อเทียบกับวิธีอื่นๆ ความเพียงพอของอาหารที่บริโภค หรือการวัดการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคของแต่ละบุคคลไม่สามารถวัดได้จากการบริโภคอาหาร 1 วัน

2.3) แบบบันทึกความถี่ในการบริโภคอาหาร (Food Frequency) ใช้ในการประเมินการบริโภคเกลือ พิจารณาความถี่ในการบริโภคอาหารใน 1 สัปดาห์ 1 เดือน หรือ 1 ปี ซึ่งนิยมใช้ในการศึกษาระบาดวิทยา เพื่อดูปริมาณเกลือที่บริโภคระยะยาว

ข้อดี คือ ใช้ในการศึกษาทางระบาดวิทยาเพื่อทำนายการเกิดโรค กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเอง โดยพิจารณาจากแบบแผนการบริโภคอาหารที่มีเกลือในรอบ 1 สัปดาห์ 1 เดือน หรือ 1 ปี กลุ่มตัวอย่างจะหิความร่วมมือในการตอบสูง เนื่องจากไม่มีความยุ่งยากในการตอบ

ข้อด้อย คือ ไม่สามารถบอกปริมาณอาหารที่บริโภคในแต่ละมื้อ หรือแต่ละวันได้เพราะสอบถามเฉพาะความถี่ของอาหารที่บริโภคในรอบสัปดาห์ เดือน หรือปี เนื่องจากระยะเวลาผ่านไป การบริโภคอาหารในอดีต อาจถูกรบกวนด้วยการบริโภคอาหารในปัจจุบัน เป็นวิธีวัดความเที่ยงตรงของข้อมูลได้ยาก

2.4) แบบบันทึกประวัติการบริโภคอาหาร (Diet History Method) นิยมใช้ในการศึกษาระบาดวิทยาเพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคอาหารกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยในการสอบถามจะมีรายการอาหารให้เลือกตอบตามแบบบันทึกความถี่ในการบริโภคอาหาร

ข้อดี คือ เป็นวิธีที่สามารถเป็นตัวแทนแบบแผนการบริโภคอาหารที่มีเกลือในอดีตได้ดีกว่าวิธีอื่นๆ เพราะสะท้อนให้เห็นถึงการสะสมอาหารที่เสี่ยงต่อโรค โดยไม่จำเป็นต้องสัมภาษณ์ สามารถใช้แบบสอบถามในลักษณะภาพรวมของอาหารที่บริโภค

ข้อด้อย คือ การเก็บข้อมูลจำเป็นต้องฝึกอบรมผู้เก็บข้อมูลให้เกิดความชำนาญและมีทักษะในการสัมภาษณ์ ต้องได้รับความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างสูงเพราะใช้เวลามาก

ชนิดของอาหารที่บริโภคจะเกินความจริงเมื่อเปรียบเทียบกับวิธีอื่นๆ การเลือกรายการอาหารที่บริโภคย้อนหลังอาจถูกรบกวนด้วยอาหารที่บริโภคในปัจจุบัน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียม ดังนี้ อัลเบิร์ต (Albert, 2005) ได้ประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจากแบบสอบถาม The Low Sodium Eating Behaviors Scale ซึ่งพัฒนาจากแนวคิด Common Sense Model of Illness Representation framework (Leventhal, Meyer, & Nerenz, 1980) จากทั้งหมด 29 ข้อ โดยแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม จำนวน 17 ข้อ คือข้อที่ 13-29 เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ เมื่อแบบสอบถามนี้ไปหาค่าความตรงเชิงโครงสร้างโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบ ได้ค่า eigenvalue >2 แต่ละองค์ประกอบมีแปรปรวนร่วม 48.3% เพื่อหาค่าความเที่ยง นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 104 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค .95

ธีระพล ชัยสงคราม (2552) ใช้แบบวัดพฤติกรรมการบริโภคเกลือที่ดัดแปลงจากแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมของ ดลรัตน์ รุจิวัฒนากร (2547) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่พัฒนามาจากแบบสัมภาษณ์การจัดการดูแลตนเองของ อรสา พันธุ์ภักดี (2542) ซึ่งแบบวัดนี้มีข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือทั้งหมด 15 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 4 ระดับ คือ บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆครั้ง และไม่เคย เมื่อแบบสอบถามนี้ไปหาค่าความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา .93 และเพื่อหาค่าความเที่ยง นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค .83

4. บทบาทพยาบาลปฏิบัติการขั้นสูงเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นอาการที่มักพบในระยะสุดท้ายของโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี โรคลิ้นหัวใจพิการ ไตวายเรื้อรัง เบาหวาน เป็นต้น และเป็นภาวะที่มีอาการทางคลินิกที่มีความซับซ้อน มีการรักษาที่ต้องใช้เวลานานและมีการติดตามอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้น ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมกับทีมสุขภาพ เนื่องจากจึงผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ สามารถใช้วิจารณญาณในการตัดสินใจทางคลินิกที่ซับซ้อน สามารถให้การดูแลผู้ป่วย ให้คำปรึกษา ชี้แนะแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2553) ในการดูแลและให้การพยาบาลเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวผู้วิจัยประยุกต์จากบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงทั้ง 9 บทบาท (สภาการพยาบาล, 2551 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2553) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมและสนับสนุนผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวนั้นมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมในปริมาณที่เหมาะสม และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยลดอาการแทรกซ้อน ลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและยืดชีวิตผู้ป่วยให้ยืนยาวมากขึ้น ดังนี้

4.1 การพัฒนา จัดการ และกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือเฉพาะกลุ่ม/เฉพาะโรค (Care management) ในบทบาทนี้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสามารถประเมินความพร้อมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวว่าผู้ป่วยมีความพร้อมในการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ซึ่งครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้ดูแล รักษาพยาบาล และให้ความรู้ รวมถึงคำแนะนำต่างๆ ที่เกี่ยวกับการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุดตามความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวหลังจากประเมินความพร้อมของผู้ป่วยแล้วนั้น ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงควรสอนให้ผู้ป่วยเข้าใจในโรคของตนเอง เริ่มตั้งแต่การแนะนำถึงรูปร่างและหน้าที่ของหัวใจโดยใช้ภาพประกอบ ซึ่งให้เห็นว่าหัวใจของผู้ป่วย มีความผิดปกติที่ตำแหน่งใด เช่น ล้นหัวใจ ผนังกันระหว่างหัวใจ หรือหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ เป็นต้น และผลจากการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ควรให้ผู้ป่วยได้รู้จักอาการแรกของภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น น้ำหนักเพิ่ม ผิวหนังตึง ข้อเท้าบวม ไอบ่อยขึ้น รู้สึกเพลีย และทำกิจวัตรประจำวันช้าลงและเน้นย้ำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการรับประทานยา การออกฤทธิ์ของยา ฤทธิ์ข้างเคียงของยาในแต่ละชนิดที่สำคัญๆ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงควรให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร และเครื่องดื่มที่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่มีรสจืด และงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มชูกำลัง เป็นต้น

4.2 การดูแลกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน (Direct care) ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นอาการทางคลินิกที่มีความซับซ้อนที่มีการรักษาที่ยาวนานและต่อเนื่องตลอดชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งการจำกัดอาหารที่มีเกลือโซเดียมถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวที่ช่วยลดการทำงานของหัวใจลง (ศุภชัย ไชยธีระพันธุ์และปรีชา วิชิตพันธุ์, 2536; เดือนฉาย ชยานนท์, 2539; สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2551) ในบทบาทนี้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง จะทำหน้าที่เป็นผู้ให้ข้อมูลและความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับการจำกัดอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวว่าต้องมีการปฏิบัติตัวอย่างไร เช่น มีการจำกัดอาหารที่มีปริมาณเกลือโซเดียมมาก การรับประทานอาหารไขมันต่ำ การงดรับประทานอาหารรสเค็มจัด และมีการสนับสนุนด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยในการจำกัดอาหารให้เกิดการปฏิบัติเป็นพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งนำไปเห็นถึงความสำคัญของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม ด้วยช่วยให้อาการของโรคทุเลาลง ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ลดลง จากการใช้พฤติกรรมที่เหมาะสม

4.3 การประสานงาน (Collaboration) ในบทบาทนี้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงจะทำหน้าที่ในการประสานงานกับทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ แพทย์ นักโภชนาบำบัด เป็นต้น เพื่อร่วมแก้ไขปัญหาที่ผู้ป่วยอาจพบได้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และทำหน้าที่ประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่สะดวก รวดเร็วและต่อเนื่อง เช่น ทำกิจกรรมกลุ่ม หรือจัดนันทนาการการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับภาวะหัวใจล้มเหลว โดยร่วมกันกับแพทย์ นักโภชนาบำบัด นักกายภาพบำบัด และทีมสหสาขาอื่นๆ

4.4 การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowering) การสอน (Educating) การฝึกทักษะ (Coaching) การเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ (Mentoring) พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง จะต้องมีการชี้แนะ ให้ความรู้ความเข้าใจในเหตุผลและประโยชน์ของการจำกัดอาหารที่มีเกลือโซเดียม เพื่อก่อให้เกิดสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติการในการควบคุมอาหาร ซึ่งเป็นพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ในการสอนและฝึกทักษะจำกัดอาหารที่มีเกลือโซเดียม โดยมีการใช้สื่อที่เหมาะสม เพื่อช่วยในการสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวที่เกิดขึ้น เช่น อาการบวม อาการหายใจหอบเหนื่อย ได้ด้วยตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถประเมินอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวและมีการจำกัดอาหารประเภทเกลือโซเดียมได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

4.5 การให้คำปรึกษาทางคลินิก (Consultation) ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงจะให้คำปรึกษา ช่วยเหลือ และแนะนำถึงแหล่งประโยชน์แก่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในการจำกัดอาหารที่มีเกลือโซเดียม เช่น เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการจำกัดอาหาร การหาเครื่องปรุงรสชนิดอื่นที่อาจใช้แทนการเติม เกลือ น้ำปลา หรือซีอิ๊ว ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสามารถให้คำปรึกษาที่ถูกต้องได้ทั้งการพูดคุยโดยตรงและทางโทรศัพท์ เป็นต้น

4.6 การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agent) ในบทบาทนี้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงจะต้องเป็นผู้พัฒนากลยุทธ์ในการจำกัดอาหารประเภทเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวให้มีแนวทางปฏิบัติที่สอดคล้องและทันกับการเปลี่ยนแปลงการรักษาของผู้ป่วย และมีการสร้างนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวให้สามารถจำกัดอาหารและเลือกรับประทานอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมได้อย่างเหมาะสม เช่น การทำช้อนตวงในการตักเครื่องปรุง หรือการทำสัญลักษณ์เตือนใจ

4.7 การให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical reasoning and ethical decision making) ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงจะปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดหลักคุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพพยาบาลและกฎหมายที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาและร่วมตัดสินใจในประเด็นปัญหาที่ซับซ้อนทางจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงจึงต้องอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงความสำคัญของการควบคุมอาหารและการจำกัดเกลือโซเดียม เพื่อหาแนวทางในเลือกรับประทานให้สอดคล้องกับวัฒนธรรม และวิถีชีวิตการบริโภคอาหารของผู้ป่วย

4.8 การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice) ในบทบาทนี้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงจะมีการทบทวนวรรณกรรมและศึกษางานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดูแลและส่งเสริมผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมอย่างต่อเนื่อง

4.9 การจัดการและการประเมินผลลัพธ์ (Outcome management and evaluation)

ในบทบาทนี้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงจะจัดทำฐานข้อมูล เพื่อบันทึกและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว นอกจากนี้ยังมีการให้ข้อมูล การสอน การเป็นที่ปรึกษา ดังสมรรถนะต่างๆที่กล่าวมา และมีแนวทางการจัดการให้ผู้ป่วยสามารถเลือกบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมได้อย่างถูกต้อง และมีการกำหนดผลลัพธ์และสร้างตัวชี้วัดหลังจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เช่น อัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 1 เดือน เป็นต้น

ภายหลังจากผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามแล้ว หากกลุ่มตัวอย่างรายใด มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ที่ประเมินได้จากแบบสอบถามพฤติกรรมบริโภคเกลือโซเดียม และจากการซักประวัติ ผู้วิจัยได้เสนอแนะ ชี้แนะ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น ในกลุ่มตัวอย่างบางราย ยังคงใช้ผงชูรสในการปรุงอาหาร เนื่องจากว่า ไม่ทราบมาก่อนว่า ผงชูรสมีส่วนประกอบของเกลือโซเดียม เป็นต้น

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้สรุปการศึกษา ดังนี้

น้ำเพชร หล่อตระกูล (2543) เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จำนวน 100 ราย ที่มารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในด้านการควบคุมอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .51$)

หทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย จำนวน 200 ราย ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่และโรงพยาบาลนครพิงค์ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะ แห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกและเป็นปัจจัยร่วมทำนายกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .46$, $R^2 = 0.214$ และ $r = .46$, $R^2 = 0.303$ ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.09$)

จิตติมา ภูริทัตกุล (2547) เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ จำนวน 90 ราย ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .68$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, .001, .05 ตามลำดับ ($r = .32$, $r = .71$, $r = .22$ ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = -.59$)

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลพฤติกรรมการเกี่ยวข้องกับการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ดังนี้

Albert (2005) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการบริโภคอาหารในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 219 รายในผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการรักษาที่ The Cleveland Clinic Foundation ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ (ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร) และระดับความรุนแรงไม่ส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการบริโภคอาหาร ที่ระดับนัยสำคัญ $P = .01$

Price, Witham, และ McMurdo (2007) ศึกษาภาวะโภชนาการและการควบคุมอาหารที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุ ที่จำหน่ายออกจากแผนกอายุรกรรม แผนกโรคหัวใจ และแผนกอายุรกรรมผู้สูงอายุ ใน Royal Victoria Hospital และ Ninewells Hospital ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 82 มีการบริโภคเกลือโซเดียมมากกว่า 2000mg/day และจากจำนวน 2 ใน 3 ของผู้ป่วยที่ศึกษาพบว่าการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงเกินกว่ามาตรฐานที่โภชนาการกำหนด

Chung และคณะ (2006) ศึกษาเกี่ยวกับความแตกต่างของเพศต่อความร่วมมือในการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้ป่วยชาย 41 รายและหญิง 27 ราย พบว่าผู้ป่วยเพศหญิงให้ความร่วมมือในการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมมากกว่าเพศชาย ($P = .01$) และและเพศหญิงมีความรู้เข้าใจและความสำคัญในการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมมากกว่าเพศชาย ($P = .01$) ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมไม่มีความแตกต่างกัน

Marje และคณะ (2006) ศึกษาเกี่ยวกับความสำคัญของความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพต่อความร่วมมือของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 501 รายที่มารับบริการใน the Co-ordinating study evaluating Outcomes of Advising and Counselling in HF (COACH) พบว่าความร่วมมือโดยรวมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุที่ระดับร้อยละ 72 โดยความร่วมมือด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง (> ร้อยละ 90) ในทางตรงกันข้ามความร่วมมือในการรับประทานอาหาร การจำกัดน้ำดื่ม การออกกำลังกาย และการควบคุมน้ำหนัก อยู่ในระดับร้อยละ 83, 73, 39 และร้อยละ 35 ซึ่งอยู่ในระดับต่ำความร่วมมือมีความสัมพันธ์กับความรู้ที่ระดับ $OR=5.67$ (CI 2.87-1119) มีความสัมพันธ์กับความเชื่อที่ระดับ $OR=1.78$ (CI 1.18-2.69) และมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าที่ระดับ $OR = 0.53$ (CI 0.38-0.78)

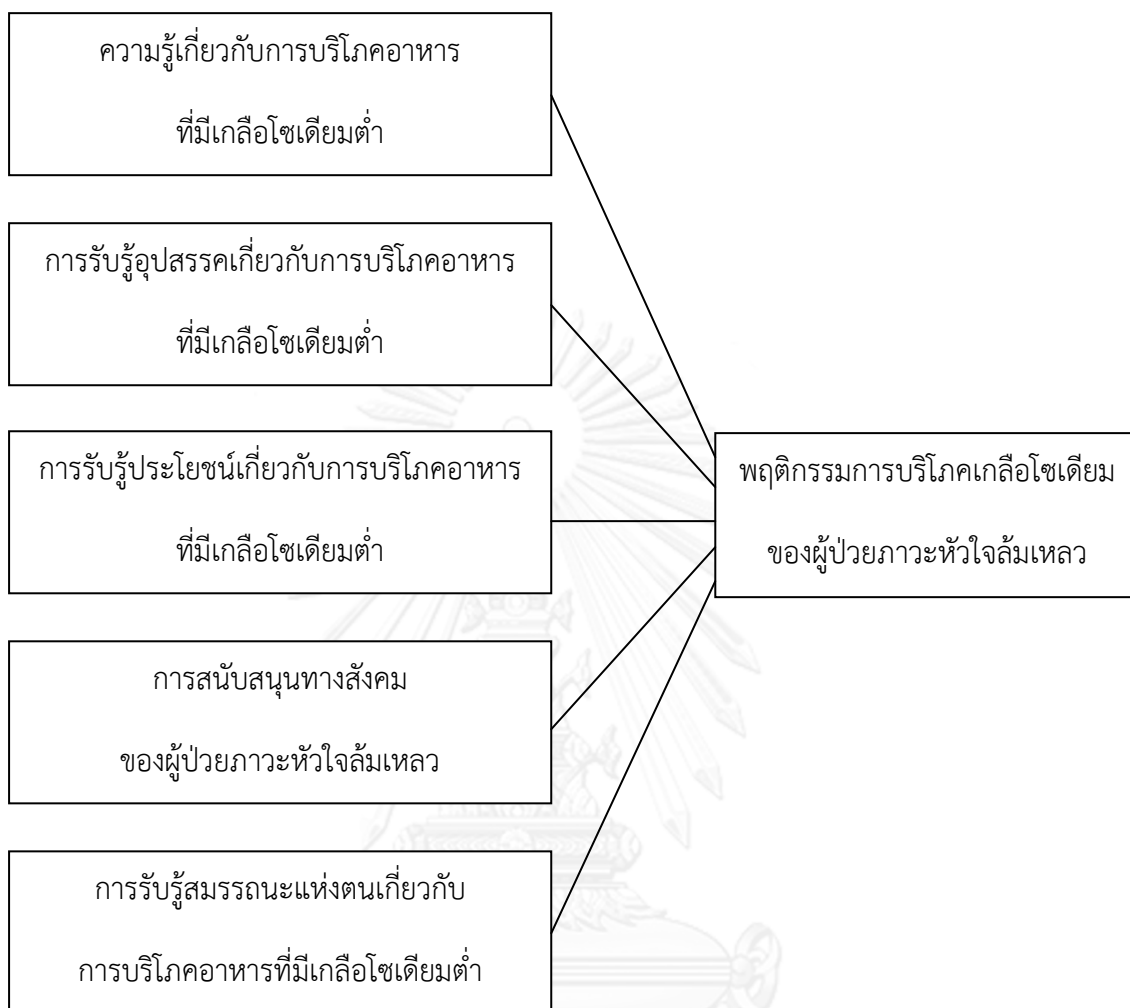
Lennie และคณะ (2008) ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของความรู้ การรับรู้อุปสรรค และเจตคติ ต่อความร่วมมือในการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาใน academic medical centers ในสหรัฐอเมริกาและออสเตรเลีย จำนวน 246 ราย พบว่าผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมร้อยละ 90 ให้ความร่วมมือในการบริโภคอาหาร ($P = .001$) และในทางตรงกันข้าม การรับรู้อุปสรรคไม่มีความสัมพันธ์การบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือที่ระดับนัยสำคัญ $P = .023$

Bennett และคณะ (2011) ศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับยาและความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้ป่วย 2 กลุ่มคือกลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มผู้ป่วยมารับบริการที่ Veterans Affairs medical center (101 ราย) และกลุ่มที่ 2 คือกลุ่มผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน (205 ราย) พบว่าผู้ป่วย 1 ใน 3 ของทั้งหมดไม่ทราบประโยชน์ของการรับประทานยาขับปัสสาวะที่ช่วยลดภาวะการหายใจหอบเหนื่อย จึงมีโอกาที่จะไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา และทำให้เกิดอาการหอบเหนื่อยเพิ่มขึ้น และผู้ป่วย 2 ใน 3 ของทั้งหมดไม่จำกัดการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียม เนื่องจากรสชาติไม่อร่อย มียุ่งยากในการจัดหาเมื่อต้องออกไปรับประทานอาหารนอกบ้านขาดงบประมาณในการทำอาหารและไม่มีเวลาประกอบอาหารเอง

Bentley และคณะ (2005) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่ให้ความร่วมมือในการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพในกลุ่มตัวอย่าง 20 ราย พบว่าปัจจัยหลัก 3 อย่างที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม คือ การขาดความรู้ มีอุปสรรคในการดำรงชีวิตในสังคม และมีอาหารให้เลือกน้อย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ทั้งตำรา เอกสาร และงานวิจัย ผู้วิจัยได้ปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว คือ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำ การรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำ การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำ การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำ

กรอบแนวคิด



บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research) เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ปัจจัยคัดสรรระหว่างความรู้ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ เป็นผู้ป่วยอายุ 20-60 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มารับการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด ด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวโรงพยาบาลรัฐระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยอายุ 20-60 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มารับการตรวจรักษาคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ซึ่งได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยได้กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ได้จากการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ โดยใช้โปรแกรม Power Analysis Size for sample Size ทั้งนี้เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 (Type II error) ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ โดยใช้ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม (เสาวลักษณ์ ทำมาก, 2552) จากนั้นใช้โปรแกรม PASS โดยกำหนดอำนาจทดสอบที่ 80% ระดับนัยสำคัญที่ .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 122 คนและมีการเพิ่มความคลาดเคลื่อนการผิดพลาดของการเก็บข้อมูลอีกร้อยละ 10 (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2553) ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้คือ 134 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) ดังนี้

1.1 สุ่มสังกัดต่างๆ ของโรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ซึ่งมีทั้งหมด 6 สังกัด ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดองค์การการกุศล โรงพยาบาลสังกัดคณะกรรมการอุดมศึกษากระทรวงศึกษาธิการและโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร โดยใช้การสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ (Sampling without replacement) โดยเลือกสุ่มมา 3 สังกัดจาก 6 สังกัด ดังนี้ สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสังกัดกรุงเทพมหานคร

1.2 สุ่มโรงพยาบาลในแต่ละสังกัดทั้ง 3 สังกัด สังกัดละ 1 โรงพยาบาล โดยเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งหมด 3 โรงพยาบาลโดยใช้การสุ่ม

อย่างง่าย (Simple random Sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ (Sampling without replacement) ได้โรงพยาบาลจากการสุ่มดังนี้

สังกัด	โรงพยาบาล
สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี	โรงพยาบาลตำรวจ
สังกัดกระทรวงสาธารณสุข	สถาบันโรคทรวงอก
สังกัดกรุงเทพมหานคร	คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

1.3 เลือกตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาลโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random Sampling) โดยกำหนดเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ (คนเว้นคน) โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยที่มารับการตรวจเพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดจนกระทั่งครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งรวมทั้งสิ้น 134 คน ดังนี้

โรงพยาบาล	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
โรงพยาบาลตำรวจ	45 คน
สถาบันโรคทรวงอก	44 คน
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช	45 คน

2. การกำหนดคุณสมบัติของผู้ป่วยที่จะคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) ดังนี้

2.1 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างน้อย 6 เดือน

2.2 มีความรุนแรงของภาวะหัวใจวายที่ระดับ 1-3 (Functional Classification of Heart Failure) ของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (American Heart Association New York) (Hudak & Gallo, 1994 อ้างถึงใน ทิพมาศ ชินวงศ์, 2545)

2.3 ไม่มีอาการแทรกซ้อนทางคลินิก

2.4 สามารถสื่อสารเข้าใจ ฟังรู้เรื่อง

2.5 ผู้ป่วยลงชื่อยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

3. การกำหนดเกณฑ์การคัดผู้ป่วยออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) ได้แก่

3.1 ผู้ป่วยที่มีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวและมีโรคร่วมแทรกซ้อนที่มีความรุนแรงในระดับ 4

3.3 ผู้ป่วยที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามด้วยตนเองได้

3.3 ผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพผิดปกติ เช่น ความดันโลหิตต่ำกว่า 50 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจมากกว่า 28 ครั้ง/นาที และมีไข้ อุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 38 องศาเซลเซียส ข้อมูลดังกล่าวได้จากการวัดในแฟ้มประวัติ

3.4 ผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติขณะเข้าร่วมวิจัย เช่น เจ็บแน่นหน้าอก เหนื่อยหอบ ให้กลุ่มตัวอย่างยุติการทำแบบสอบถามทันที และผู้วิจัยให้การพยาบาลเบื้องต้น และนำกลุ่มตัวอย่างพบแพทย์เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป

4. ทำการสุ่มโดยการจัดลำดับการมารับบริการการตรวจรักษาในวันและเวลาที่แผนกเปิดให้บริการและเป็นวันที่อนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาล จากการศึกษาแฟ้มประวัติของผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาเพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 1 วันและเวลาของโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

โรงพยาบาล	วัน	เวลา
โรงพยาบาลตำรวจ	พุธ	7.30-16.00
สถาบันโรคทรวงอก	จันทร์	8.00-12.00
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล	อังคาร	8.00-12.00
มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช	พฤหัสบดี ศุกร์	

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ครอบครัว เฉลี่ย/เดือน เศรษฐกิจครอบครัว ลักษณะครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย โรคประจำตัว ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว โดยลักษณะการบันทึกข้อมูลคือ ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ เป็นข้อความให้เลือก 2 ข้อ อายุ รายได้ และระยะเวลาการเจ็บป่วย โรคประจำตัว เป็นแบบเติมคำลงในช่องว่าง ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ลักษณะครอบครัวเป็นข้อความให้เลือก 2-6 ข้อ ระดับความรุนแรงของโรค ผู้วิจัยเป็นผู้ลงบันทึกโดยการวินิจฉัยจากแพทย์

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยใช้แบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ของ Lennie et al. (2008) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ความรู้ต่อการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยได้นำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จากแบบสอบถาม DSRQ (the Dietary Sodium Restriction Questionnaire) จำนวน 8 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อคำถาม 8 ข้อ เป็นการวัดมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยน้อยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง แต่ละข้อมีเกณฑ์ในการให้คะแนน 1-5 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนและแปลความหมาย มีดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบเลย	1
ไม่เห็นด้วย	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบได้บ้างเล็กน้อย	2
เห็นด้วยปานกลาง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบได้เพียงครึ่งหนึ่ง	3
เห็นด้วย	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบได้เป็นส่วนใหญ่	4
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบได้ทั้งหมด	5

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

การแปลผลคะแนนโดยนำคะแนนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน มารวมกันหาค่าเฉลี่ย คะแนนรวมแต่ละคนจะอยู่ในช่วง 8-40 คะแนน โดยให้คะแนนตามเกณฑ์ของ สุชีรา ภักทรายุทธวรรตน์ (2551) แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	8 - 18	หมายถึง	มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำน้อย
คะแนนเฉลี่ย	19 - 29	หมายถึง	มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	30 - 40	หมายถึง	มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1.1 นำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ดังนี้

1.1.1 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 1 คน

1.1.2 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านโรคหัวใจ จำนวน 3 คน

พยาบาลผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านโรคหัวใจจำนวน 1 คน

1.2 นำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) และใช้เกณฑ์ค่า Content Validity Index $\geq .80$ (Polits & Hungler, 1999) โดยคำนวณค่า CVI จากการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามหรือกรอบทฤษฎี โดยกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Hambleton et al., 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547: 224)

- 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม
- 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
- 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
- 4 หมายถึง ข้อคำถามความสอดคล้องกับคำนิยาม

สูตรคำนวณ CVI = $\frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$

ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เท่ากับ 0.88

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่ผ่านมาตรฐานตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเรียบร้อยแล้วไปหาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีคุณสมบัติเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชินี และนำข้อมูลที่ได้ไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .94 และหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างครบ 134 คน ผู้วิจัยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ .94

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคต่อการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการรับรู้อุปสรรคต่อการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของ Bennett et al. (2011) ได้ดัดแปลงแบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อด้านความร่วมมือในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1987) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคต่อการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 5 ข้อ เป็นมาตรฐานวัดประมาณค่า 5 ระดับ

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อคำถาม 5 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยน้อยอย่างยิ่งไม่เห็นด้วย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง แต่ละข้อมีเกณฑ์ในการให้คะแนน 1-5 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนและแปลความหมาย มีดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบเลย	1
ไม่เห็นด้วย	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบได้บ้างเล็กน้อย	2
เห็นด้วยปานกลาง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบได้เพียงครึ่งหนึ่ง	3
เห็นด้วย	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบได้เป็นส่วนใหญ่	4
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบได้ทั้งหมด	5

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

การแปลผลคะแนนโดยนำคะแนนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน มารวมกันหาค่าเฉลี่ย คะแนนรวมแต่ละคนจะอยู่ในช่วง 5 - 25 คะแนน โดยให้คะแนนตามเกณฑ์ของ สุชีรา ภัทรายุทธวรรธน์ (2551) แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	5 - 11	หมายถึง	การรับรู้อุปสรรคต่อการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำอยู่ในระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย	12 - 18	หมายถึง	การรับรู้อุปสรรคต่อการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	19 - 25	หมายถึง	การรับรู้อุปสรรคต่อการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำอยู่ในระดับสูง

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1.1 นำแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคต่อการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ดังนี้

1.1.1 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 1 ท่าน

1.1.2 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านโรคหัวใจ จำนวน 3 ท่าน

1.1.3 พยาบาลผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านโรคหัวใจจำนวน 1 ท่าน

1.2 นำแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคต่อการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) และใช้เกณฑ์ค่า Content Validity Index $\geq .80$ (Polits & Hungler, 1999) โดยคำนวณค่า CVI จากการพิจารณาความ

สอดคล้องระหว่างข้อความคำถามกับคำนิยามหรือกรอบทฤษฎี โดยกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Hambleton et al., 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2547: 224)

- 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม
- 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
- 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
- 4 หมายถึง ข้อคำถามความสอดคล้องกับคำนิยาม

สูตรคำนวณ CVI = จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4
จำนวนข้อคำถามทั้งหมด

ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคต่อการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เท่ากับ 0.8

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคต่อการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่ผ่านมาตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเรียบร้อยแล้วไปหาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีคุณสมบัติเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชินี และนำข้อมูลที่ได้ไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .77 และหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างครบ 134 คน ผู้วิจัยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ .70

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ต่อการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ต่อการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของ Bennett et al. (2011) ได้ดัดแปลงแบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อด้านความร่วมมือในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1987) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ต่อการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 7 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อคำถาม 7 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยน้อยอย่างยิ่งไม่เห็นด้วยเห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง แต่ละข้อมีเกณฑ์ในการให้คะแนน 1-5 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนและแปลความหมาย มีดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบเลย	1
ไม่เห็นด้วย	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบได้บ้างเล็กน้อย	2
เห็นด้วยปานกลาง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบได้เพียงครึ่งหนึ่ง	3
เห็นด้วย	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบได้เป็นส่วนใหญ่	4
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบได้ทั้งหมด	5

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

การแปลผลคะแนนโดยนำคะแนนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน มารวมกันหาค่าเฉลี่ย คะแนนรวมแต่ละคนจะอยู่ในช่วง 7 - 35 คะแนน โดยให้คะแนนตามเกณฑ์ของ สุชีรา ภัทรายุทธวรรตน์ (2551) แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	7 - 16	หมายถึง	การรับรู้ประโยชน์ต่อการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำอยู่ในระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย	17 - 26	หมายถึง	การรับรู้ประโยชน์ต่อการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	27 - 35	หมายถึง	การรับรู้ประโยชน์ต่อการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำอยู่ในระดับสูง

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1.1 นำแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ต่อการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ดังนี้

1.1.1 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 1 คน

1.1.2 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านโรคหัวใจ จำนวน 3 คน

1.1.3 พยาบาลผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านโรคหัวใจจำนวน 1 คน

1.2 นำแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ต่อการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) และใช้เกณฑ์ค่า Content Validity Index $\geq .80$ (Polits & Hungler, 1999) โดยคำนวณค่า CVI จากการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อความกับคำนิยามหรือกรอบทฤษฎี โดยกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Hambleton et al., 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย่นรากูร, 2547: 224)

- 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับค่านิยาม
- 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับค่านิยาม
- 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับค่านิยาม
- 4 หมายถึง ข้อคำถามความสอดคล้องกับค่านิยาม

สูตรคำนวณ CVI = จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4
จำนวนข้อคำถามทั้งหมด

ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ต่อการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเท่ากับ 0.86

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคต่อการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่ผ่านมาตรฐานตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเรียบร้อยแล้วไปหาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีคุณสมบัติเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชินี และนำข้อมูลที่ได้ไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .83 และหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างครบ 134 คน ผู้วิจัยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ .86

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยดัดแปลงแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของเอ็นริช (The ENCRICH Social Support Questionnaire) ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ใช้สำหรับการประเมินการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ ข้อคำถามที่ 1-6 มีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ ไม่มีเลย มีบ้างเล็กน้อย บางครั้ง เกือบตลอดเวลา และตลอดเวลา ผู้ป่วยจะถูกสอบถามว่าความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นบ่อยเพียงใดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามมีมาตรวัดเป็นแบบ Likert scale 5 ระดับคือ ไม่มีเลย มีบ้างเล็กน้อย บางครั้ง เกือบตลอดเวลา และตลอดเวลา แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนนรวมข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนนโดยค่าคะแนนตั้งแต่ 1-10 มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย คะแนน 11-20 มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลางและคะแนน 21-30 มีการสนับสนุนทางสังคมมาก

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อคำถาม 6 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่มีเลย มีบ้างเล็กน้อย บางครั้ง เกือบตลอดเวลา และตลอดเวลา แต่ละข้อมีเกณฑ์ในการให้คะแนน 1-5 ส่วนข้อที่ 7 เป็นคำถามแบบเลือกตอบใช่ หรือไม่ โดยในคำถามข้อที่ 7 ไม่นำมาคิดคะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนและแปลความหมาย มีดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
ไม่มีเลย	ได้รับการสนับสนุนจากสังคมในระดับต่ำมาก	1
มีบ้างเล็กน้อย	ได้รับการสนับสนุนจากสังคมในระดับต่ำ	2
บางครั้ง	ได้รับการสนับสนุนจากสังคมในระดับปานกลาง	3
เกือบตลอดเวลา	ได้รับการสนับสนุนจากสังคมในระดับดี	4
ตลอดเวลา	ได้รับการสนับสนุนจากสังคมในระดับดีมาก	5

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

การแปลผลคะแนนโดยนำคะแนนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน มารวมกันหาค่าเฉลี่ย คะแนนรวมแต่ละคนจะอยู่ในช่วง 6 - 30 คะแนน โดยให้คะแนนตามเกณฑ์ของ สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์ (2551) แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	6 - 14	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย	14 - 22	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	23 - 30	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1.1 นำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ดังนี้

- 1.1.1 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 1 ท่าน
- 1.1.2 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านโรคหัวใจ จำนวน 3 ท่าน
- 1.1.3 พยาบาลผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านโรคหัวใจจำนวน 1 ท่าน

1.2 นำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) และใช้เกณฑ์ค่า Content Validity Index \geq .80 (Polits & Hungler, 1999) โดยคำนวณค่า CVI จากการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามหรือกรอบทฤษฎี โดยกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Hambleton et al., 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2547: 224)

1	หมายถึง	ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม
2	หมายถึง	ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
3	หมายถึง	ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
4	หมายถึง	ข้อคำถามความสอดคล้องกับคำนิยาม

สูตรคำนวณ CVI = $\frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$

ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเท่ากับ 1.0

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่ผ่านมาตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเรียบร้อยแล้วไปหาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีคุณสมบัติเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช และนำข้อมูลที่ได้ไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .92 และหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างครบ 134 คน ผู้วิจัยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ .89

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยดัดแปลงแบบสอบถามของ อัลเบิร์ต (Albert, 2005) ได้ประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจากแบบสอบถาม The Low Sodium Eating Behaviors Scale ซึ่งพัฒนาจากแนวคิด Common Sense Model of Illness Representation framework (Leventhal, Meyer, & Nerenz, 1980) จำนวน 12 ข้อ จาก 29 ข้อ (ข้อ 1-12) เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด แต่ละข้อมีเกณฑ์ในการให้คะแนน 1-5 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนและแปลความหมาย มีดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
น้อยที่สุด	ไม่มีความมั่นใจเกี่ยวกับการทำกิจกรรมนั้นๆ	1
น้อย	มีความมั่นใจเกี่ยวกับการทำกิจกรรมนั้นๆ น้อย	2
ปานกลาง	มีความมั่นใจเกี่ยวกับการทำกิจกรรมนั้นๆ ปานกลาง	3
มาก	มีความมั่นใจเกี่ยวกับการทำกิจกรรมนั้นๆ มาก	4
มากที่สุด	มีความมั่นใจเกี่ยวกับการทำกิจกรรมนั้นๆ มากที่สุด	5

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

การแปลผลคะแนนโดยนำคะแนนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน มารวมกันหาค่าเฉลี่ย คะแนนรวมแต่ละคนจะอยู่ในช่วง 12 - 60 คะแนน โดยให้คะแนนตามเกณฑ์ของ สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์ (2551) แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	12 - 28	หมายถึง	ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำอยู่ในระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย	29 - 45	หมายถึง	ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	46 - 60	หมายถึง	ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำอยู่ในระดับสูง

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1.1 นำแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ดังนี้

- 1.1.1 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 1 ท่าน
- 1.1.2 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านโรคหัวใจ จำนวน 3 ท่าน
- 1.1.3 พยาบาลผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านโรคหัวใจจำนวน 1 ท่าน

1.2 นำแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) และใช้เกณฑ์ค่า Content Validity Index $\geq .80$ (Polits & Hungler, 1999) โดยคำนวณค่า CVI จากการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามหรือกรอบทฤษฎี โดยกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Hambleton et al., 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2547: 224)

- 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม
- 5 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
- 6 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
- 7 หมายถึง ข้อคำถามความสอดคล้องกับคำนิยาม

สูตรคำนวณ CVI = $\frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$

ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเท่ากับ 0.83

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเรียบร้อยแล้วไปหาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีคุณสมบัติเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลบรมมหาราชวิทยาลัยนวมินทราชินราชมงคล และนำข้อมูลที่ได้ไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้

เท่ากับ .98 และหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างครบ 134 คน ผู้วิจัยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบราค ได้เท่ากับ .97

ส่วนที่ 7 แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
ผู้วิจัยดัดแปลงแบบสอบถามของ อัลเบิร์ต (Albert, 2005) ได้ประเมินพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจากแบบสอบถาม The Low Sodium Eating Behaviors Scale ซึ่งพัฒนาจากแนวคิด Common Sense Model of Illness Representation framework (Leventhal, Meyer, & Nerenz, 1980) จำนวน 17 ข้อ จาก 29 ข้อ (ข้อ 13-29) เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อคำถาม 17 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด แต่ละข้อมีเกณฑ์ในการให้คะแนน 1-5 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนและแปลความหมาย มีดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
น้อยที่สุด	ไม่ทำกิจกรรมนั้นๆเลย	1
น้อย	กิจกรรมนั้นๆน้อย	2
ปานกลาง	ทำกิจกรรมนั้นๆปานกลาง	3
มาก	ทำกิจกรรมนั้นๆมาก	4
มากที่สุด	ทำกิจกรรมนั้นๆมากที่สุด	5

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

การแปลผลคะแนนโดยนำคะแนนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน มารวมกันหาค่าเฉลี่ย คะแนนรวมแต่ละคนจะอยู่ในช่วง 17 - 85 คะแนน โดยให้คะแนนตามเกณฑ์ของ สุชีรา ภัทรายุทธวรรตน์ (2551) แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	17 - 40	หมายถึง	ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย	41 - 63	หมายถึง	ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในระดับระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	64 - 85	หมายถึง	ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในระดับ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1.1 นำแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ดังนี้

1.1.1 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 1 คน

1.1.2 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านโรคหัวใจ จำนวน 3 คน

2.1.1 พยาบาลผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านโรคหัวใจจำนวน 1 คน

1.2 นำแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) และใช้เกณฑ์ค่า Content Validity Index $\geq .80$ (Polits & Hungler, 1999) โดยคำนวณค่า CVI จากการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามหรือกรอบทฤษฎี โดยกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Hambleton et al., 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2547: 224)

1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม

2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

4 หมายถึง ข้อคำถามความสอดคล้องกับคำนิยาม

สูตรคำนวณ CVI = $\frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$

ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเท่ากับ 0.82

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่ผ่านมาตรฐานตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเรียบร้อยแล้วไปหาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีคุณสมบัติเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช และนำข้อมูลที่ได้ไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .96 และหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างครบ 134 คน ผู้วิจัยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราค ได้เท่ากับ .96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลตำรวจ สถาบันโรคทรวงอก และคณะบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคนของแต่ละโรงพยาบาล ขออนุญาตเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งขออนุญาตศึกษาข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนผู้ป่วยเพื่อคัดกรองผู้เข้าร่วมวิจัย

2. หลังจากได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบและติดต่อประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและรายละเอียด

ขั้นตอนการเก็บข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานประจำแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด ในเวลาทำการในแต่ละโรงพยาบาล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำงานวิจัย

3. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกหัวใจและหลอดเลือด เพื่อกำหนดวัน เวลา และสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

3.1 ก่อนการเข้าเก็บข้อมูล ผู้วิจัยสำรวจข้อมูลผู้ป่วยที่แพทย์ตรวจจากเวชระเบียนที่ จัดเตรียมไว้ล่วงหน้า 1 วันก่อนการนัดตรวจคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด

3.2 วันที่เก็บข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างชี้แจง วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงานการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัยและเพื่อเป็นการ พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยพร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างอ่าน เอกสารชี้แจงข้อมูลและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4. หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของแบบสอบถาม พร้อมทั้งอธิบายวิธีตอบแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจ และให้เวลาในการทำแบบสอบถาม ประมาณ 30- 45 นาทีและสามารถสอบถามข้อสงสัยกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่ทำแบบสอบถาม

5. ผู้วิจัยดำเนินการดังเช่นข้อ 3.1 ถึงข้อ 4 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 134 คน แล้วนำข้อมูลที่ ได้มาทำการวิเคราะห์ข้อมูล

6. กรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเลือก แต่ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบทีละข้อโดยละเอียด โดยไม่มีการชี้แนะ ชัดแจ้ง หรือโน้มน้าวให้กลุ่มตัวอย่างตอบในระหว่างทำแบบสอบถาม

7. ภายหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามทั้งหมดเสร็จแล้ว กลุ่มตัวอย่างคนใดที่มีความเสี่ยง ทางด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องไม่ว่าจะด้านใดก็ตาม ผู้วิจัยได้ใช้เวลาหลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบ แบบสอบถามแล้วให้ความรู้ และแนะนำเกี่ยวกับโรค อาการ ยาที่ผู้ป่วยได้รับ และผลข้างเคียงของยา รวมถึงการปฏิบัติตัวในด้านต่างๆ โดยเฉพาะการรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำซึ่งเป็นอาหาร เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ทั้งนี้ ยังให้ความรู้เกี่ยวกับอาหาร ของขบเคี้ยว เครื่องปรุง เครื่องดื่มที่มีเกลือโซเดียม อันเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80 ไม่ทราบว่า ผงฟู ผงชูรส มีส่วนประกอบของเกลือโซเดียม ดังนั้น จึงพบกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากยังคงใช้ผงชูรสในการปรุง อาหาร และรับประทานขนมปัง นอกจากนี้ ยังให้ความรู้เกี่ยวกับการอ่านฉลากโภชนาการ เพื่อดู ปริมาณสารอาหารต่างๆ โดยเฉพาะปริมาณเกลือโซเดียมที่เหมาะสมในแต่ละวัน

เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเล็งเห็นความสำคัญของการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำ และการ สังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ และเปิดโอกาสให้พูดคุยซักถามเพิ่มเติมเป็นรายบุคคล เพื่อให้ ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในการเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสม ผู้วิจัยได้กล่าวให้กำลังใจเพื่อเพิ่มสมรรถนะ ให้แก่ผู้ป่วยในการดำรงชีวิตต่อไป

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การทำวิจัยในมนุษย์ กลุ่มสหสัมพันธ์ ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และจริยธรรมของโรงพยาบาลที่จะเข้าร่วมรวบรวมข้อมูลทั้ง 3 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลตำรวจ สถาบันโรคทรวงอก และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จากนั้นผู้วิจัยได้แนะนำตัวและขอความร่วมมือในการวิจัย โดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบเป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลต่อการรักษาตามปกติของแพทย์และพยาบาลในโรงพยาบาล ซึ่งแจ้งให้ทราบถึงสิทธิและอิสระของกลุ่มตัวอย่างที่จะเข้าร่วมวิจัย เมื่อยินดีเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ ขณะตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างสามารถไม่ตอบคำถามใดๆ ได้ เมื่อไม่สะดวกใจในคำถาม หรือยุติการให้ความร่วมมือในงานวิจัยในขั้นตอนใดๆ ก็ได้ ซึ่งไม่ต้องให้เหตุผล และไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลตามปกติในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยไม่ได้อ้างถึงชื่อของกลุ่มตัวอย่าง แต่จะนำเสนอในเชิงวิชาการภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยกำหนดระดับสำคัญทางสถิติที่ .05 มีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่หาค่าร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ความรู้ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความรู้ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's moment correlation)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล กรุงเทพมหานคร จำนวน 134 คน ผู้วิจัยเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามรายละเอียด ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของประชากรกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาอาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย โรคร่วม ยาที่ได้รับการรักษา ความดันโลหิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในเขตกรุงเทพมหานคร

ตอนที่ 2 ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ความรู้ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในเขตกรุงเทพมหานคร

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในเขตกรุงเทพมหานคร

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของประชากรกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุระดับการศึกษาอาชีพ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว ระยะเวลาการเป็นโรคโรคประจำตัว ระดับความรุนแรงของโรคกลุ่มยาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ และความดันโลหิต (n = 134)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	74	55.2
หญิง	60	44.8
อายุ (ปี)		
31-40	1	0.7
41-50	13	9.7
51-60	120	89.6
$\bar{X} = 56.34$ SD = 4.27		
ระดับการศึกษา		
ไม่รู้หนังสือ	7	5.2
ประถมศึกษา	38	28.4
มัธยมศึกษา	52	38.8
อนุปริญญา	6	4.5
ปริญญาตรี	30	22.4
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.7
สถานภาพ		
โสด	20	4.9
คู่	89	66.4
หม้าย	22	16.4
หย่า	2	1.5
แยกกันอยู่	1	0.7
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	26	19.4
ข้าราชการ	37	27.6
เกษตรกร	4	3.0
รับจ้าง	22	16.4
ค้าขาย	16	11.9
อื่นๆ	29	21.6

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้		
รายได้เฉลี่ย ($\bar{X} = 21,983.58$ SD =14781.30)		
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	95	70.9
ครอบครัวใหญ่	36	29.1
ระยะเวลาที่ป่วย		
น้อยกว่า 5 ปี	45	33.6
5-10 ปี	70	52.2
11-15 ปี	10	7.5
16-20 ปี	9	6.7
โรคประจำตัว		
มีโรคประจำตัว	134	100
โรคประจำตัวที่พบ ได้แก่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
หลอดเลือดหัวใจตีบ	19	6.1
ไขมันในเลือดสูง	35	11.2
ความดันโลหิตสูง	74	23.7
เบาหวาน	106	34.0
โรคไต	64	20.5
เก๊าท์	10	3.2
อื่นๆ	4	1.3
ยาที่ใช้ปัจจุบัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
จำนวนคำตอบทั้งหมด = 302 คำตอบ)		
Antihypertensivedrug	99	32.8
Antidiabetic	51	16.9
Diuretic	56	18.5
Lipid loweringagents/Statin	50	16.6
Antiplatelet	40	13.4
Antiarrhythmia	1	0.3
อื่นๆ	5	1.7
ระดับความรุนแรงของโรค		
ระดับ 1	40	29.9
ระดับ 2	94	70.1
ความดันโลหิต		
ความดันโลหิตปกติ	81	60.4
ความดันโลหิตสูงกว่าปกติ	53	39.6

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ส่วนใหญ่มีอายุ 51-60 ปี และรองลงมาคือ 30-40 ปี 89.6 และ 9.7 ตามลำดับ ($\bar{X} = 56.34$ $SD = 4.27$) ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 55.2 และเพศหญิงร้อยละ 44.8 มีสถานภาพสมรสถึงร้อยละ 66.4 รองลงมาสถานภาพหม้าย คิดเป็นร้อยละ 16.4 และระดับการศึกษาคือจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 38.8 รองลงมาคือ ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 28.4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาชีพรับราชการ คิดเป็นร้อยละ 27.6 รองลงมาคือ รัฐวิสาหกิจและอื่นๆร้อยละ 21.6 ส่วนรายได้เฉลี่ยต่อครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างคือ 21,983.58 บาท/เดือน ($SD = 14781.30$) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะครัวเดียว คิดเป็นร้อยละ 70.9 ระยะเวลาที่ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5-10 ปี รองลงมาคือน้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.2 และ 36.6 ตามลำดับ

ในการศึกษาครั้งนี้พบผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทุกคนมีโรคประจำตัวอย่างอื่นร่วมด้วยคิดเป็นร้อยละ 100 โดยโรคประจำตัวที่พบสูงสุดคือโรคความเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 34 รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคเก๊าท์ และโรคอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 23.7, 20.5, 11.2, 6.1, 3.2 และ 1.3 ตามลำดับ กลุ่มยาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับส่วนใหญ่เป็นยาในกลุ่มลดความดันโลหิต คิดเป็นร้อยละ 32.8 รองลงมาคือยาขับปัสสาวะ และยาเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 18.5 และ 18.9 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคระดับที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 70.1 รองลงมาคือระดับที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 29.9 ระดับความดันโลหิตของตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 60.4 ความดันโลหิตสูงกว่าปกติ คิดเป็นร้อยละ 39.6 และไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีความดันโลหิตต่ำกว่าปกติ

ตอนที่ 2 ศึกษาความรู้ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการบริโภคเกลือโซเดียมและพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในเขตกรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำและพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มตัวอย่าง (n=134คน)

ตัวแปร	\bar{X}	SD
ความรู้	27.63	8.59
การรับรู้อุปสรรค	12.72	4.06
การรับรู้ประโยชน์	25.08	5.36
การสนับสนุนทางสังคม	19.28	4.66
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	38.89	12.62
พฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียม	57.86	16.23

จากตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยในตัวแปรต่างๆ ดังนี้ ความรู้ต่อการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำ $\bar{X} = 27.63$, $SD = 8.59$ (คะแนนเต็มเท่ากับ 40 คะแนน) การรับรู้อุปสรรคต่อการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำ $\bar{X} = 12.72$, $SD = 4.06$ (คะแนนเต็มเท่ากับ 20คะแนน) การรับรู้ประโยชน์ต่อการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำ $\bar{X} = 25.08$, $SD = 5.36$ (คะแนนเต็มเท่ากับ 35 คะแนน) การสนับสนุนทางสังคมต่อการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำ $\bar{X} = 19.28$, $SD = 4.66$ (คะแนนเต็มเท่ากับ 30คะแนน) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม $\bar{X} = 38.89$, $SD = 12.62$ (คะแนนเต็มเท่ากับ 60คะแนน) และพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว $\bar{X} = 57.86$, $SD = 16.23$ (คะแนนเต็มเท่ากับ 85คะแนน)

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนรวมสูงสุด คะแนนรวมต่ำสุด และผลรวมรายข้อของพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มตัวอย่าง (n=134คน)

ข้อ	คำถาม	\bar{X}	SD
1	ท่านรับประทานผักสด แทนขนมปัง คุกกี้ และขนมขบเคี้ยวอื่นๆ	3.57	1.20
2	ท่านลดปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มที่มีเกลือผสม	3.51	1.34
3	ท่านเติมเกลือผงชูรส/น้ำปลา/ซีอิ๊วในอาหารลดลง	3.61	1.16
4	ท่านรับประทานถั่วลิสงอบมันฝรั่ง และขนมปังอบต่างๆที่ไม่ใส่เกลือ	3.49	1.27
5	ท่านหลีกเลี่ยงการเติมเครื่องปรุงเกลือ น้ำปลาหรือ ซีอิ๊ว บนโต๊ะอาหาร	3.60	1.20
6	ท่านรับประทานข้าวโพดคั่วไม่ใส่เนยและเกลือ	3.49	1.40
7	สูตรอาหารของท่านปริมาณเกลือน้อยกว่าสูตรอาหารทั่วไป	3.59	1.34
8	ท่านเก็บขวดเกลือน้ำปลา และเครื่องปรุงรสออกจากโต๊ะอาหาร	3.32	1.27
9	ท่านซื้อขนมขบเคี้ยวที่มีเกลือน้อยลง	3.63	1.22
10	ท่านลดการใช้เกลือ ผงชูรส น้ำปลา หรือซีอิ๊วในการปรุงอาหาร	3.75	1.45
11	ท่านรับประทานอาหารเช้าที่มีเกลือน้อย	3.40	1.28
12	ท่านอ่านฉลากโภชนาการเพื่อดูปริมาณเกลือในอาหาร	2.63	1.33
13	ถึงแม้ว่ามีแขกมาบ้าน ท่านก็จะปรุงอาหารที่มีเกลือน้อย	3.43	1.20
14	ท่านจดบันทึกรายการอาหารเป็นเวลา 1 สัปดาห์ เมื่อท่านจะเริ่มรับประทานอาหารที่มีเกลือน้อย	2.16	1.37
15	ท่านให้กำลังใจตนเอง ในช่วงเวลาที่ท่านเริ่มรับประทานอาหารที่มีเกลือน้อย	3.59	1.10
16	ท่านเก็บอาหารที่มีเกลือน้อยไว้ให้พ้นสายตาของท่าน	3.50	1.15
17	ท่านบอกกับพนักงานเสิร์ฟทุกครั้งว่าอาหารที่ท่านสั่งไม่ใส่ผงชูรส	3.54	1.21
Min = 17 , Max =84			
\bar{X} = 57.86, SD = 16.23			

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 134 คน ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีทั้งหมด 17 ข้อ คะแนนต่ำสุด 17 คะแนน คะแนนสูงสุด 84 คะแนน คะแนนเฉลี่ยทั้งหมด 57.86 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.23 โดยจากการวิเคราะห์รายข้อ พบว่า ข้อคำถามข้อที่ 14 มีคะแนนเฉลี่ยน้อยสุด คือ 2.16 ส่วนข้อคำถามข้อที่ 10 มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ 3.75 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.37 และ 1.45 ตามลำดับ สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีการจัดบันทึกรายการอาหารเป็นเวลา 1 สัปดาห์ ค่อนข้างน้อย ส่วนการลดเกลือ ผงชูรส น้ำปลา หรือซีอิ๊วในการปรุงอาหาร มีระดับค่อนข้างมาก

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในเขตกรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 5 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างความรู้ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในเขตกรุงเทพมหานคร 134 คน

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
ความรู้	.43*
การรับรู้อุปสรรค	-.18*
การรับรู้ประโยชน์	.45*
การสนับสนุนทางสังคม	.22*
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.54*

* $p < .05$

การพิจารณาระดับความสัมพันธ์ ใช้เกณฑ์ในการแปลผลสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Cohen (Runyon and et al., 1996 : 2538 อ้างอิงมาจาก Cohen. 1988) ดังตารางที่ 4

จากตารางที่ 5 พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .43$)

การรับรู้อุปสรรคต่อการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = -.18$)

การรับรู้ประโยชน์ต่อการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = .45$)

การสนับสนุนทางสังคมต่อการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .22$) และ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .54$)



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในเขตกรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

โดยมีสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำ การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
2. การรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยโรคหัวใจภาวะหัวใจล้มเหลว

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาลตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาลตำรวจ สถาบันโรคทรวงอก คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช โดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างการวิจัยครั้งนี้แบบเจาะจง (purposive sampling) จากคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ ดังนี้ (inclusion criteria)

1. อายุ 20-60 ปี
2. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว
3. สามารถสื่อสาร อ่านเขียนภาษาไทยได้ตามปกติ
4. ไม่มีภาวะผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น การได้ยิน และประสาทสัมผัสอื่นๆ
5. ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของระบบจิตประสาท
6. ไม่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย
7. ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

และมีกำหนดเกณฑ์คัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่มีอาการทางด้านร่างกายไม่คงที่ คือ มีอาการเจ็บหน้าอก หายใจเหนื่อย ภายใน 24 ชั่วโมงก่อนทำการเก็บข้อมูล
2. ผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพผิดปกติ เช่น ความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรเต้นช้ากว่า 50 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจมากกว่า 28 ครั้ง/นาที และมีไข้ อุณหภูมิกายสูงกว่า 38 องศาเซลเซียส ข้อมูลดังกล่าวได้มาจากแฟ้มประวัติวันมาตรวจตามนัด
3. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถามมีทั้งหมด 7 ชุดประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 3) แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคต่อการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 4) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ต่อการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 5) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 6) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และ 7) แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คนได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) และตรวจสอบความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภาวะล้มเหลวที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด คณะแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .94, .77, .83, .92, .98 และ .96 ตามลำดับและเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 134 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .94, .70, .86, .89, .97 และ .96 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว การรับรู้อุปสรรคต่อการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว การรับรู้ประโยชน์ต่อการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความรู้ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์ของเพียร์สัน (Pearson 's product moment correlation)

สรุปผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในเขตกรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 57.86$, $SD = 16.23$)
2. ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .43$)
3. การรับรู้อุปสรรคต่อการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = -.18$)
4. การรับรู้ประโยชน์ต่อการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = .45$)
5. การสนับสนุนทางสังคมต่อการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .22$)
6. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .54$)

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมเฉลี่ยเท่ากับ 57.86 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 16.23 โดยกลุ่มตัวอย่างเล็งเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเหล่านี้รับทราบประโยชน์ ของการจำกัดเกลือโซเดียมในการบริโภค และผลเสียที่ไม่จำกัดเกลือโซเดียมในอาหาร ซึ่งตรงกับการศึกษาของ Kimmelstiel & Konstam (1995) พบว่า การให้ร่วมมือในการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำ สามารถลดอุบัติการณ์การนอนโรงพยาบาลซ้ำได้อย่างน้อยร้อยละ 50 และการให้ความร่วมมือในการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมมีความสัมพันธ์กับการกำเริบของอาการ, การมารับการรักษาที่โรงพยาบาลเพิ่มขึ้น และเป็นปัจจัยทำนายที่ทำให้เกิดการนอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 วัน (Evangelista, Berg, & Dracup, 2001; Bennett et al., 1998; Evangelista et al., 2003 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังตระหนักถึงบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมมากเกินไป ทำให้เกิดภาวะน้ำเกินในร่างกาย อาการของโรครุนแรงมากขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดการกลับเข้า

การรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Bennett et al., 1998; Michalsen, Koning, Thimme, 1998; Opanish, et al., 2001; Tsuyuki, et al, 2001)นอกจากนี้ยังพบว่า การไม่ให้ความร่วมมือในการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำยังเป็นสาเหตุให้อาการของภาวะหัวใจล้มเหลวกำเริบ หรือมีอาการมากขึ้นอีกด้วย(Bennett et al., 1998)

นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ และอาศัยอยู่กับคู่สมรส และรายได้โดยเฉลี่ย 21,983.58 บาทต่อเดือนมีแหล่งรายได้ที่มั่นคงรวมถึงได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือในเรื่องค่าใช้จ่ายจากบุคคลในครอบครัว ทั้งนี้ รายได้นั้นเป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิตของคนในสังคมปัจจุบันเพราะช่วยให้มนุษย์นั้นสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานต่างๆได้ไม่ว่าจะเป็น อาหารที่มีคุณค่า ที่อยู่อาศัยในสภาพที่ดี สิ่งอำนวยความสะดวกและสิ่งจำเป็นในการดูแลตนเอง ที่สำคัญคือการรักษาพยาบาล ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพโดยเฉพาะพฤติกรรมบริโภคเกลือโซเดียม (ธีระพล ชัยสงคราม, 2552)

วัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับพฤติกรรมบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

3.1 ความรู้ การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

1) จากการศึกษาพบว่าความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวหากมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่เหมาะสม โดยเฉพาะอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำจะทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคได้อย่างถูกต้อง ซึ่งตรงกับการศึกษาของ Lennie at al. (2008) กล่าวว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือ ทำให้มีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกต้องและช่วยลดอัตราการกลับเข้าไปรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ จากการศึกษาพบว่าในกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำอยู่ในระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 12.7 ส่วนใหญ่จะไม่ทราบเกี่ยวกับอาหาร เครื่องปรุงรสที่มีเกลือโซเดียมผสมอยู่ เช่น ผงฟู ผงชูรส กลุ่มตัวอย่างยังใช้ผงชูรสในการประกอบอาหารและยังรับประทานขนมปัง โดยกลุ่มตัวอย่างจะรับรู้เพียงแค่การจำกัดอาหารที่มีรสชาดเค็มเท่านั้น จึงทำให้ยังมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องภายหลังจากการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาหารและ ส่วนประกอบของอาหารที่มีเกลือโซเดียมในปริมาณสูง รวมถึงเครื่องปรุงรส เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของเกลือโซเดียม ที่กลุ่มตัวอย่างควรหลีกเลี่ยงและลดปริมาณการบริโภค

การรับรู้ประโยชน์ต่อการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 48.5 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคเกลือโซเดียม ซึ่งตรงกับการศึกษาของ Bennett at al. (2011) กล่าวว่าทำให้รับรู้ประโยชน์ในการบริโภค

อาหารที่มีเกลือต่ำ จะช่วยให้หัวใจสามารถทำงานได้ตามปกติ และมีระบบไหลเวียนโลหิตที่ดีขึ้น ภาวะน้ำเกินในร่างกายลดลงโดยกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำนั้น จะทำให้อาการบวมลดลง อาการเหนื่อยน้อยลง สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆได้ตามปกติ โดยปราศจากอาการหอบเหนื่อย และสามารถนอนหลับในเวลากลางคืนได้ตลอดคืน โดยไม่มีการตื่นระหว่างนอน ซึ่งตรงกับการศึกษาของ Marje et al.(2006)

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งตรงกับการศึกษาของ Sabate (2003) พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะมีความร่วมมือในการรับประทานอาการจำกัดเกลือโซเดียมมากขึ้น จะพบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและครอบครัว จะได้รับการดูแล และการให้กำลังใจจากครอบครัวในการการดูแลตัวเอง การจัดหาอาหารที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วย และในทางตรงกันข้าม ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะมีความรู้สึกหมดหวัง ความยุ่งยากในการจัดหาอาหาร ซึ่งตรงกับการศึกษาในทางตรงกันข้ามของ Artinian et al. (2002) พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่ไม่ได้จัดเตรียมอาหารด้วยตนเอง ขาดปัจจัยสนับสนุนทางสังคม ซึ่งก่อให้เกิดภาวะเสี่ยงที่จะเกิดความไม่ร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และกลุ่มตัวอย่างนี้ส่วนใหญ่ร้อยละ 70.9 เป็นครอบครัวเดี่ยว ซึ่งประกอบด้วย พ่อแม่ และลูก จากการสอบถามพบว่าการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือสมาชิกในครอบครัว ซึ่งสมาชิกในครอบครัวมีบทบาทในการจัดสรรอาหาร คอยให้กำลังใจ และในบางรายสมาชิกในครอบครัวร่วมรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกแตกต่างไปจากบุคคลในครอบครัว และไม่รู้สึกถึงความเป็นภาระให้บุคคลในครอบครัว

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากกลุ่มตัวอย่างพบว่า บุคคลที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารที่เหมาะสม จะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมได้อย่างถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับ Pothikanun (2000) พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร นอกจากนี้ จูริภรณ์ เจริญพงศ์ (2550) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น ก็จะส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นและจากการพูดคุยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างพบว่า มีความเชื่อมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในทางที่เหมาะสมโดยเฉพาะการเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสม

3.2 การรับรู้อุปสรรคต่อการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ว่าการจัดเตรียมอาหาร การเลือกรับประทานที่จำกัดเกลือโซเดียม เป็นสิ่งที่ใช้เวลาและสร้างความยุ่งยากในการจัดสรร รวมถึงรสชาติอาหารที่ไม่อร่อย ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่จำกัดเกลือโซเดียมในอาหารซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bennett et al (2005) พบว่า ร้อยละ 62 ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว กล่าวว่า อาหารที่จำกัดเกลือรสชาติไม่ดี เมื่ออยู่นอกบ้านหาซื้อยาก และขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการจำกัดเกลือโซเดียมในอาหารทำให้ขาดความร่วมมือ

ในการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง ซึ่งการศึกษาของ Lennie et al. (2008)พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่รับรู้เกี่ยวกับอุปสรรคในการบริโภคอาหารเกิดความท้อแท้ในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคที่ถูกต้องทั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาวิจัยเป็นกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง ซึ่งต้องมีการเร่งรีบในการดำเนินกิจวัตรประจำวันต่างๆ ทำให้เวลาในการประกอบอาหารเองน้อย ส่วนใหญ่พบว่ากลุ่มตัวอย่างซื้ออาหารปรุงสำเร็จรับประทาน หรือรับประทานอาหารนอกบ้าน เพราะที่ใช้เวลาน้อยกว่าประกอบอาหารเองที่บ้าน ทำให้การควบคุมอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำค่อนข้างยาก แต่กลุ่มตัวอย่างหลีกเลี่ยงการเติมเครื่องปรุงรสที่มีรสเค็มเพิ่ม เช่น เกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรมีการจัดให้คำปรึกษาทั้งในเรื่องของความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเกลือโซเดียม การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม โดยให้บุคลากรทางการแพทย์ในด้านต่างมีส่วนร่วมในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย
2. พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยการส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับอาหาร ส่วนผสมและเครื่องปรุงรส ต่างๆที่เป็นส่วนประกอบของเกลือโซเดียม อาจจัดทำสื่อในรูปแบบวิดีโอการหรือเอกสารแผ่นพับ ที่ระบุปริมาณของเกลือโซเดียมในอาหาร เครื่องดื่มแต่ละชนิด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกรับประทานอาหารได้อย่างถูกต้อง

รายการอ้างอิง

- เกศกนก เข้มคง. (2550). *ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในโรงพยาบาลสุโขทัย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เกษม รัตนชัย. (2542). *การดูแลรักษาความดันโลหิตสูง*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์พัฒนศึกษา.
- ขจร เพ็ญพรรณ. (2545). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ. (2548). *การดูแลและรักษากลุ่มโรคไม่ติดต่อด้านพฤติกรรมและวิถีชีวิต 1*. นนทบุรี: สำนักพิมพ์กระทรวงสาธารณสุข.
- จกมล เทียงดาห์. (2544). *ความก้าวหน้าทางเภสัชวิทยา*. กรุงเทพมหานคร: นิวไทยมิตรการพิมพ์.
- จิตติมา ภูริทัต. (2547). *ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิราภรณ์ มีชูสิน. (2552). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จวีร์ภรณ์ เจริญพงศ์. (2550). *ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เดือนฉาย ชยานนท์. (2544). *ตำราอายุรศาสตร์ 2*. วิทยา ศรีมาตา (บรรณาธิการ). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ยูนิตี้ พับลิเคชั่น.
- ทิพมาส ชินวงศ์. (2545). *ตำราการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ(อายุรศาสตร์) เล่ม 1*. พัชรียา ไชยลังกา, ทิพมาส ชินวงศ์ และ นवलจันทร์ รมณารักษ์ (บรรณารักษ์). พิมพ์ครั้งที่ 2 สงขลา: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอส. ซี. วี. ปัสสิเนสส์.
- ธีระพล ชัยสงคราม. (2552). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ ต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นवलจันทร์ เครือวานิชกิจ. (2531). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตัวเอง และความเชื่อด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- น้ำเพชร หล่อตระกูล. (2543). *การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- นิตยา ภาสุนันท์. (2543). *ความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิภาพร ประจันบาน. (2550). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปราณี ทัพไพเราะ และคณะ. (2552). *การพยาบาลอายุรศาสตร์ 1*. ปราณี ทัพไพเราะ (บรรณาธิการ). กรุงเทพมหานคร: หจก.เอ็นพีเพรส.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2551). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด*. พิมพ์ครั้งที่ 4 ขอนแก่น: หจก. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- พิกุล บุญช่วง. (2541). *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว*. โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์: ครั้งที่ 2 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพ็ญจันทร์ สมโน. (2551). *ความร่วมมือในการรักษาและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลเชียงใหม่ราม*. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ระพีณ ผลสุข. (2548). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์. (2546). *Heart: Cardiac Diagnosis And Treatment* อภิชาติ สุคนธสรรพ์ & และ ศรีณีย์ การประเสริฐ (บรรณาธิการ). เชียงใหม่: อินเดนตีตี้กรุ๊ป.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). *การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์ : แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้*. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศุภชัย ไชยธีระพันธ์, & และปรีชา วิจิตพันธ์. (2536). *ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด*. สมชาติ โลจายะ (บรรณาธิการ). พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.
- สถาบันโภชนาการศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดลร่วมกับกรมอนามัย. *ภาวะโภชนาการที่เหมาะสม* (ออนไลน์). 2554.แหล่งที่มา <http://www.inmu.ahidol.ac.th/th/> (2555.1 เมษายน).
- สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. (2550). *A practical Approach in Internal Medicine* (ชูชญา สวนกระต่าย & กมล แก้วกิติณรงค์ Eds.). โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: กรุงเทพมหานคร.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2541). *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2*. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร: วี. เจ. พรินติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2553). *การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง : บุรณาการสู่การปฏิบัติ*. สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี (บรรณาธิการ). กรุงเทพมหานคร: บริษัท จุดทอง จำกัด.
- สมศรี ธรรมโม. (2544). *ผลการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายต่อความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัยโรคปอด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- สายรุ้ง บัวระพา. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความรุนแรงของอาการการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคมและกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยหัวใจวายเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. *ฉลากโภชนาการ อ่านให้เป็น เห็นประโยชน์* (ออนไลน์). 2554. แหล่งที่มา <http://www.fda.moph.go.th>. (2557, 20 กรกฎาคม).
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. *สถิติการป่วยพ.ศ.2551-2553* (ออนไลน์). 2554. แหล่งที่มา <http://bps.moph.go.th/>. (2554, 28 มิถุนายน).
- สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์. (2551). *คู่มือการวัดทางจิตวิทยา*. กรุงเทพมหานคร: เมติคัล มีเดีย.
- สุมาลี พร้มพลาย. (2549). *ผลของการจัดทำนอกร่วมกับการบริหารการหายใจแบบเป่าปากต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- เสาวนีย์ จักรพิทักษ์. (2526). *โภชนาการสำหรับครอบครัวและผู้ป่วย*. พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.
- เสาวลักษณ์ ท้ามาก. (2552). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล).
- หทัยรัตน์ เวชมนัส. (2547). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรอมณ ศรียุคศุทธ. (2546). *การสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเรื้อรัง*. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 21(2), 8-18.
- อรอนงค์ สารธรรม. (2551). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Grady et al. (2000). Team Management of Patients with Heart Failure: A Statement for Healthcare Professionals from the Cardiovascular Nursing Council of the American Heart Association. *Circulation*, 102(19), 2443-2456.
- House-Fancher et al. (2004). Nursing management heart failure and cardiomyopathy. In Lewis, Heitkenper & Dirksen (Ed). *Medication-Surgical nursing: asses sment and management of clinical problem*, 6, 838-853.
- Neily B.J. et al. (2002). Potential contributing factors to noncompliance with dietary sodium restriction in patients with heart failure. *American Heart Journal*, 143(1), 29-33.
- Sabate E. et al. (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2, 323.

- Albert., Nancy N. (2005). *Predictors of perceived diet self-efficacy in patient with heart failure*. (Master-degree Faculty of Nursing), Kent State University.
- Heart Failure Society of America. (2010). *HFSA 2010 Comprehensive Heart Failure Practice Guideline*. Retrieved June, 9, 2011, from http://www.hfsa.org/hf_guidelines.asp
- Artinian, N.T., Magnan, M., Sloan, M., & Lange, P. (2002). Self-care behaviors among patients with heart failure. *Heart & Lung, 31*, 161-172.
- American College of Cardiology & American Heart Association,. (2001). *ACC/AHA Guidelines for the Evaluation and Management of chronic Heart Failure in the Adult*. Philadelphia: Lippincott.
- Bennett, S.J., Hackward, L., & Blackburn, S. (1998). Characterization of the precipitants of hospitalization for heart failure decompensation. *American Journal of Critical Care, 7*, 168-174.
- Bennett, S.J., Lane K.A., Welch, J., Perkins, S.M., Brater, D.C., & Murry, M.D. (2005). Medication and dietary compliance beliefs in heart failure. *Western Journal of Nursing Research, 27*, 977-993.
- Bentley, B., Lennie, T.A., Boddle, M., Chung, M.L., & Moser, D.K. (2009). Demonstration of psychometric soundness of the dietary sodium restriction questionnaire in patients with heart failure. *Heart&Lung, 38*(2), 121-128.
- Braunwald, E. (2003). The new staging system for heart failure. *Geriatrics, 56*(8), 31-36.
- Changperk, C. (2001). *The effects of transitional care on health perception and health behaviors in coronary artery disease patients*. (master's thesis), Mahidol University.
- Chung, M.L., Moser, D.K., Lennie. T.A., Worrall-Carter, L., Bentley, B., Trupp, R., & Armentano, D.S. (2006). Gender differences in adherence to Sodium-Restricted Diet in Patients With Heart Failure. *Journal of Cardiac Failure, 12*(8), 628-643.
- Cohen, J. (1988). *Statistic power analysis for the behavioral sciences* (2 ed.). Hillsdale: Lawrence Earlbaum Associates.
- DeWald, T., Gualden, L., Beyler, M., Whellan, D., & Bowers, M. (2000). Current trends in the management of Heart Failure. *Nursing Clinics of North America, 35*(4), 855-875.
- EstherS.T.F.Smeulders, J. C. M. v. H., Josiane J.J.Janssen-Boyne, Henri E.J.H.Stoffers, Jacques Th.M.van Eijk, & I.J.M.Kempen, Gertrudis. (2009). Feasibility of a group-based self-management program among congestive heart failure patients. *Heart&Lung, 38*(6), 499-512.
- Evangelista, L.S., Berg, J., & Dracup, K. (2001). Relationship between psychosocial variables and compliance in patient with heart failure. *Heart & Lung, 3*, 294-301.

- Evangelista, L.S., Doering, L.V., Drecup, K., Westlake, C., Hamilton, M., & Fonaroe, G.C. (2003). Compliance behaviors of elderly patients with advanced heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing, 18*(3), 197-206.
- Gallagher, R. (2010). Self management, symptom monitoring and associated factors in people with heart failure living in the community. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 9*(3), 153-160.
- Granger, B.B., Sandelowski, M., Tahshjain, H., Swedberg, K., & Ekman, I. (2009). A qualitative descriptive study of the work of adherence to a chronic heart failure regimen: patient and physician perspectives. *Journal of Cardiovascular Nursing, 24*(4), 308-315.
- Haobin, Y. (2000). *Self-efficacy and health behaviors among myocardial infarction patients*. Master's Thesis, Faculty of Nursing Mahidol University.
- Happ, M.B., Naylor, M.D., & Roe-Prior, P. (1997). Factors contributing to rehospitalization of elderly patients with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing, 11*, 75-84.
- Kimmelstiel, C.D., & Konstam, M.A. (1995). Heart failure in women. *Cardiology, 89*, 304-309.
- Kravitz, R., Hays, R., Sherbourne, D., DiMatteo, R., Rogers, W., & Ordwat, L. (1993). Recall of recommendations and adherence to advice among patients with chronic medical conditions. *Arch Intern Med, 153*, 1869-1878.
- Lasater, M. (1996). The effect of a nurse-managed CHF clinic on patient readmission and length of stay. *Home Health Care Nursing, 14*(5), 351-356.
- Lennie, T.A., Warrall-Carter, L., Hammash, M., Odom-Forren, J., Roser, L.P., Smith, C.S., . . . & Moser, D.K. (2008). Relationship of heart failure patients' knowledge, perceived barriers, and attitudes regarding low-sodium diet recommendation to adherence. *Progress in Cardiovascular Nursing, 23*, 6-11.
- Macklin, M. (2001). Managing heart failure: A case study approach. *Critical Care Nurse, 21*(2), 36-48.
- Marje, H.L. vander Wal., Jaarsma, T., Moser, D.K., Veeger, N.J.G.M., VanGlist, W.H., & Van Veldhuisen, D.J. (2006). Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. *European heart Journal, 27*, 434-440.
- Michalsen, A., Koning, G., & Thimme, W. (1998). Preventable causative factors leading to hospital admission with decompensated heart failure. *Heart & Lung, 80*, 437-441.
- Oka, R.K., Stotts, N.A., Dae, M.W., Haskel, l W.L., & Gortner, S.R. (1993). Daily physical activity levels in congestive heart failure. *American Journal of Cardiology, 1*(70), 921-955.

- Pender, N.J. (2006). *Health Promotion in Nursing Practice. (3 ed)*. Stamford, Connecticut: Appleton&Lange.
- Phimaimedicineblogspot. (2553). Frank-Starling Law. Retrieved 19 July, 2014, from <http://www.phimaimedicine.org/2010/03/420-frank-starling-law-cardiology.html>.
- Phuritakul, C. (2004). *Heart belief and health behaviors among coronary artery disease patients with dyslipidemia*. Master's Thesis Faculty of Nursing Chiang Mai University.
- Pothikanun, N. (2000). *Perceive benefits and barriers of health-promoting behaviors in nutrition of coronary heart disease patients*. Master's Thesis Faculty of Nursing Mahodol University.
- Redfield, M. M. (2003). Burden of systolic and diastolic ventricular dysfunction in the community: Appreciating the scope of the heart failure epidemic. *Journal Advanced Medicine Administration*, 289, 194-202.
- Tsuyuki, R.T., McKelvie, R.S., & Arnold, J.M., et al. (2001). Acute precipitants of congestive heart failure exacerbations. *Arch Intern Med*, 161, 2337-2342.
- Vinson, J.M., Rich, M.W., Sperry, J.C., Shah, A.S., & McNamara, T. . (1990). Early readmission of elderly patients with congestive heart failure. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38, 1290-1295.
- 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.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY




ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
1. นายแพทย์ยงเกษมวรเศรษฐการกิจ	แพทย์เฉพาะทางสาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทนา หล่อตจะกุล	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พวงผกา กรีทอง	อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์- ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ก่อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราชินราชมงคล
4. อาจารย์ ดร.ศรินรัตน์ ศรีประสงค์	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
5. คุณนงลักษณ์ ทองอินทร์	พยาบาลปฏิบัติการขั้นสูง (ด้านโรคหัวใจ) ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร



ภาคผนวก ข
จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/ 1๐55.



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๕ มิถุนายน 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจิรัญญา คมเฉียบ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้ อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์นายแพทย์ยงเกษม วรเศรษฐการกิจ แพทย์เฉพาะทางสาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

อาจารย์นายแพทย์ยงเกษม วรเศรษฐการกิจ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

นางสาวจิรัญญา คมเฉียบ โทร. 086-5438980

ที่ ศธ 0512.11/1055



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

25 มิถุนายน 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชียแปซิฟิก

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจริญญา คมเฉียบ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร. จันทนา หล่อตจะกุล คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

อาจารย์ ดร. จันทนา หล่อตจะกุล
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154
นางสาวจริญญา คมเฉียบ โทร. 086-5438980

ที่ ศธ 0512.11/ 1๐55



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒5 มิถุนายน 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจริญญา คมเฉียบ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้ อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พวงผกา กรีทอง อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ - ศัลยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารุณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พวงผกา กรีทอง
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154
นางสาวจริญญา คมเฉียบ โทร. 086-5438980

ที่ ศธ 0512.11/1055



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๘ มิถุนายน 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจริญญา คมเฉียบ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร. ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

อาจารย์ ดร. ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154
นางสาวจริญญา คมเฉียบ โทร. 086-5438980

ที่ ศธ 0512.11/1095



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒ มิถุนายน 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจิรัญญา คมเดียบ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวนงลักษณ์ ทองอินทร์ พยาบาลปฏิบัติการชั้นสูง ภาควิชาอายุรศาสตร์ - ศัลยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

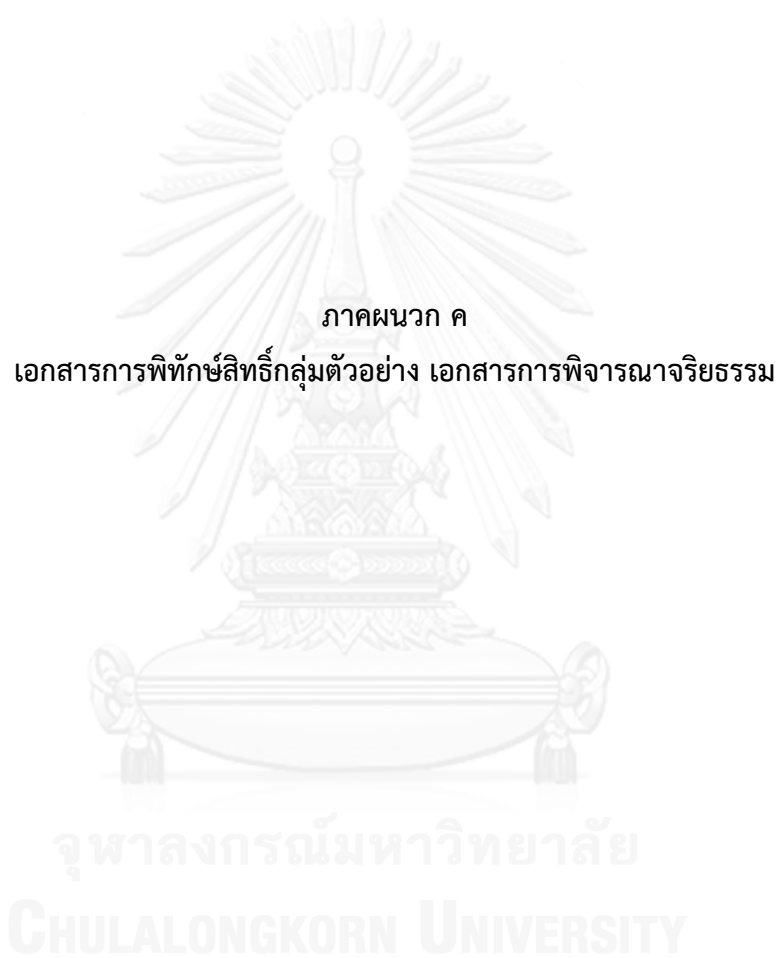
(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

นางสาวนงลักษณ์ ทองอินทร์
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154
นางสาวจิรัญญา คมเดียบ โทร. 086-5438980



ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/ Participant Information Sheet)

1. ชื่อโครงการวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
2. ชื่อผู้วิจัย นางสาวจริญญา คมเฉียบ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
3. สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) หอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ1 คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300 โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-2443500, 02-2443501 (มือถือ) 086-5438980 E-mail: yungyungying@hotmail.co.th
4. ข้อมูลประกอบการให้คำยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย
 - 4.1 โครงการวิจัยนี้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในโรงพยาบาลรัฐในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล
 - 4.2 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียม ของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 4.3 ประชากรในการวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยอายุ 20-59 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มารับการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวโรงพยาบาลรัฐในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 134 คน
 - 4.4 ผู้วิจัยจะใช้การสอบถามโดยตรงกับกลุ่มประชากรและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30 นาที ต่อคน โดยมีแบบสอบถามทั้งหมด 7 ชุด คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ย/เดือน ลักษณะครอบครัว ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคต่อการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ต่อการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และส่วนที่ 7 แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งหากในช่วงตอบแบบสอบถามกลุ่มประชากรและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยจะให้การพยาบาลเบื้องต้น และรายงานให้แพทย์รับทราบทันทีเพื่อได้รับการดูแลต่อไป
 - 4.5 ในการขอข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน ผู้วิจัยจะดำเนินการขออนุมัติผู้อำนวยการของโรงพยาบาลที่จะศึกษาก่อน

4.6 การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะเป็นโดยสมัครใจและสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ

4.7 หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลาจนกว่าจะได้รับคำตอบเป็นที่พอใจ และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

4.8 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มประชากรและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัย จะเสนอเป็นภาพรวมและเชิงวิชาการ

4.9 ในการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย

4.10 หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการวิจัย	ปัจจัยความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
ชื่อผู้วิจัย	นางสาวจริญญา คมเฉียบ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย	(ที่ทำงาน) หอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ1 คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300 โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-2443500, 02-2443501 (มือถือ) 086-5438980 E-mail: yungyungying@hotmail.co.th

เลขที่ประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**คำอธิบายอย่างชัดเจนจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้จนเข้าใจอย่างดี ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยตลอด และ **ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมการวิจัยและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยนี้ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิ**ถอนตัว**ออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น เป็นต้นว่า ไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษา

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกัข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147

E-mail:eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและหนังสือยินยอมโดยตลอดแล้ว ได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(นางสาวจริญา คมเนียบ)

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

พยาน

พยาน



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



โรงพยาบาลตำรวจ
สำนักงานแพทยศาสตรศึกษา
๔๙๒/๑ ถนนพระรามที่ ๑ แขวงวังใหม่
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดย

คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของโรงพยาบาลตำรวจ

เลขที่หนังสือรับรอง ๐๙-๓๑/๒๕๕๖

ชื่อโครงการ/ภาษาไทย	- ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
ชื่อโครงการ/ภาษาอังกฤษ	- RELATIONSHIPS AMONG KNOWLEDGE, PERCEIVED BARRIERS, PERCEIVED BENEFIT, SOCIAL SUPPORT, SELF EFFICACY AND SODIUM CONSUMPTION BEHAVIORS IN HEART FAILURE PATIENTS.
ชื่อหัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด	- น.ส.จริญญา คมเฉียบ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
รหัสโครงการ	-
สถานที่ทำการวิจัย	โรงพยาบาลตำรวจ
เอกสารรับรอง	๑. รายละเอียดโครงการวิจัย ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๒๖ เมษายน พ.ศ.๒๕๕๖ (Version ๑.๐ Date ๒๖ April ๒๐๑๓) (ฉบับภาษาไทย) ๒. แบบฟอร์มการให้ข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๒๖ เมษายน พ.ศ.๒๕๕๖ (Version ๑.๐ Date ๒๖ April ๒๐๑๓) (ฉบับภาษาไทย) ๓. เอกสารชี้แจงข้อมูลและเอกสารลงนามยินยอม ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๒๖ เมษายน พ.ศ.๒๕๕๖ (Version ๑.๐ Date ๒๖ April ๒๐๑๓) (ฉบับภาษาไทย) ๔. แบบสอบถาม ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๒๖ เมษายน พ.ศ.๒๕๕๖ (Version ๑.๐ Date ๒๖ April ๒๐๑๓) (ฉบับภาษาไทย) ๕. อัดประวัติผู้วิจัย
รับรองโดย	คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของโรงพยาบาลตำรวจ
วันที่รับรอง	๒๖ เมษายน พ.ศ.๒๕๕๖
วันหมดอายุ	๒๕ เมษายน พ.ศ.๒๕๕๗

หนังสือรับรองฉบับนี้ออกโดยความเห็นชอบในการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของโรงพยาบาล
ตำรวจ ตามกฎเกณฑ์สากล

ผู้วิจัยสามารถเข้าเก็บข้อมูลเพื่อทำการวิจัยได้ตั้งแต่วันที่ออกเอกสารรับรองโครงการวิจัย

พันตำรวจเอก

(เสรี อีรพงษ์)

เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย
ของโรงพยาบาลตำรวจ

พลตำรวจตรี

(ธนา อูระเจน)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย
ของโรงพยาบาลตำรวจ

เลขที่ 101/2556



คณะกรรมการจริยธรรมเพื่อการวิจัยสถาบันโรคทรวงอก
กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข

โครงการวิจัย : “ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว” (RELATIONSHIPS AMONG KNOWLEDGE, PERCEIVED BARRIERS, PERCEIVED BENEFIT, SOCIAL SUPPORT, SELF EFFICACY AND SODIUM CONSUMPTION BEHAVIORS IN HEART FAILURE PATIENTS.)


ผู้ดำเนินการวิจัย : นางสาวจริญญา คมเดียบ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ทำการวิจัย : สถาบันโรคทรวงอก


เอกสารที่ได้รับการพิจารณามีดังนี้

1. แบบเสนอโครงการวิจัย
2. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
3. ใบแสดงการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
4. เครื่องมือในการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมเพื่อการวิจัยสถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข อนุมัติในแจ้งจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้



.....
(นายแพทย์ชูศักดิ์ เกษมศานต์)

ประธานกรรมการ


.....
(นายแพทย์เฉลียว พูลศิริปัญญา)

เลขานุการกรรมการ

รับรองวันที่ : 08 เม.ย. 2556
วันหมดอายุ : 07 เม.ย. 2557

๖๘๑ ถนนสามเสน เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐ โทรศัพท์ ๐-๒๒๕๔-๓๘๕๐ โทรสาร ๐-๒๒๕๔-๓๘๕๓		COA 24/2556
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล เอกสารรับรองโครงการวิจัย		
<p>คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP</p> <p>ชื่อโครงการภาษาไทย : ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว</p> <p>ชื่อโครงการภาษาอังกฤษ : Relationships among Knowledge, Perceived Barriers, Perceived Benefit, Social Support, Self Efficacy and Sodium Consumption Behaviors in Heart Failure Patients</p> <p>เลขที่โครงการ : ๐๑๕/๕๖</p> <p>ผู้วิจัยหลัก : นางสาวจริญญา คมเสียบ</p> <p>สังกัดหน่วยงาน : ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร</p> <p>เอกสารที่รับรอง:</p> <ul style="list-style-type: none"> - แบบเสนอโครงร่างการวิจัย Version 2 ลงวันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๕๖ - เอกสารชี้แจงอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยการตอบแบบสอบถามและการที่กษลิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย Version 2 ลงวันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๕๖ - ส่วนที่ ๑ แบบสอบถามส่วนบุคคล Version 2 ลงวันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๕๖ - ส่วนที่ ๒ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว Version 2 ลงวันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๕๖ - ส่วนที่ ๓ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคต่อการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว Version 2 ลงวันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๕๖ - ส่วนที่ ๔ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ต่อการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว Version 2 ลงวันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๕๖ - ส่วนที่ ๕ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว Version 2 ลงวันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๕๖ - ส่วนที่ ๖ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว Version 2 ลงวันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๕๖ - ส่วนที่ ๗ แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว Version 2 ลงวันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๕๖ 		
<p>ลงนาม.....<i>Mr</i>..... (รองศาสตราจารย์พิเศษนายแพทย์สมชาย เอื้อรัตนวงศ์) ประธาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย</p> <p>วันที่รับรอง : ๐๓/๐๕/๒๕๕๖ วันหมดอายุ : ๐๒/๐๕/๒๕๕๗</p> <p>ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)</p>	<p>ลงนาม.....<i>Ms</i>..... (นางสาวบุษบา ศุภวัฒน์ธนบดี) กรรมการและเลขานุการ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย</p>	

สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (ศึกษาโครงการฯ ชั้น ๒)

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

๖๘๑ ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐

โทรศัพท์: ๐-๒๒๕๔-๓๕๒๒ โทรสาร: ๐-๒๖๖๘-๗/๐๘๘



ภาคผนวก ง
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เลขที่แบบสอบถาม.....

เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามประกอบด้วย 7 ส่วน จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 51 ข้อ รายละเอียดมีดังนี้
 - ส่วนที่ 1 แบบสอบถามส่วนบุคคล
 - ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
 - ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคต่อการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
 - ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ต่อการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
 - ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
 - ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
 - ส่วนที่ 7 แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
2. โปรดอ่านคำชี้แจงก่อนตอบข้อคำถามในแต่ละส่วน
3. กรุณาตอบคำถามให้ครบทุกข้อตามความเป็นจริงมากที่สุด โดยไม่ต้องเขียนชื่อ/นามสกุลลงไปแบบสอบถามชุดนี้
4. ข้อมูลทั้งหมดจะถือเป็นความลับและใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่มีผลต่อการรักษาของท่าน

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นางสาวจริญญา คมเฉียบ
 นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
 สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามส่วนบุคคล

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 8 ข้อโปรดเติมข้อความลงในช่องว่างที่กำหนดไว้ หรือเขียนเครื่องหมาย / ลงในช่องให้ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. เพศ
 ชาย หญิง
2. อายุ ปี
3. ระดับการศึกษา
 1. ไม่รู้หนังสือ 2. ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 3. มัธยมศึกษาปีที่ 1-6
 4. อนุปริญญา 5. ปริญญาตรี 6. สูงกว่าปริญญาตรี
4. สถานภาพสมรส
 1. โสด 2. คู่ 3. หม้าย 4. หย่า 5. แยก
5. อาชีพ
 1. ไม่ได้ทำงาน 2. ข้าราชการ 3. เกษตรกร ระบุ.....
 4. รับจ้าง 5. ค้าขาย 6. อื่นๆ ระบุ.....
6. รายได้ครอบครัวเฉลี่ย/เดือน ระบุ (บาท)
7. ลักษณะครอบครัว
 1. ครอบครัวเดี่ยว มีพ่อ แม่ ลูก
 2. ครอบครัวใหญ่ มี พ่อ แม่ ลูก ปู่ย่า ตายาย ญาติพี่น้องต่างๆ
8. ระยะเวลาที่ป่วย
9. โรคประจำตัว อื่นๆ (ผู้วิจัยกรอก)
10. ยาที่ใช้ในปัจจุบัน
11. (สำหรับผู้วิจัย)ระดับความรุนแรงของโรค.....
 ความดันโลหิต

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

คำชี้แจง ท่านมีความคิดเห็นกับข้อความต่อไปนี้ อย่างไร

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านทั้งหมด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านได้เป็นส่วนใหญ่
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านได้เพียงครึ่งหนึ่ง
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านได้บ้างเล็กน้อย
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เห็นด้วย ปาน กลาง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
1. การรับประทานอาหารที่จำกัดเกลือมีความสำคัญอย่างมากสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว					
2. ท่านรู้วิธีเลือกอาหารที่จำกัดเกลือจากร้านค้าทั่วไปได้อย่างถูกต้อง					
3. ท่านสามารถดูปริมาณเกลือในอาหารจากการอ่านฉลากโภชนาการ					
4. ท่านรู้ปริมาณของเกลือที่ท่านรับประทานในแต่ละวัน					
5. เมื่อท่านรับประทานอาหารนอกบ้าน ท่านสามารถสั่งอาหารที่มีเกลือต่ำในเมนูของร้านอาหารได้					
6. การรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำ จะทำให้การทำงานของหัวใจท่านดีขึ้น					
7. การรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำ จะช่วยให้อาการบวมของท่านลดลง					
8. การรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำ จะช่วยให้ระบบทางเดินหายใจท่านสะดวกขึ้น					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคต่อการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

คำชี้แจง ท่านมีความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อความต่อไปนี้ อย่างไร

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านทั้งหมด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านได้เป็นส่วนใหญ่
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านได้เพียงครึ่งหนึ่ง
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านได้บ้างเล็กน้อย
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงช่องที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เห็นด้วย ปาน กลาง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
1. อาหารที่มีเกลือต่ำเป็นอาหารที่ไม่อร่อย					
2. ท่านไม่สามารถเดินทางไปไหนได้เลยเพราะว่าต้องรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำ					
3. อาหารที่มีเกลือต่ำราคาแพง					
4. อาหารที่มีเกลือต่ำใช้เวลาในปรุงนาน					
5. การเลือกรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำเป็นสิ่งที่เข้าใจยาก					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ต่อการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำของผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลว

คำชี้แจง ท่านมีความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อความต่อไปนี้ อย่างไร

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านทั้งหมด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านได้เป็นส่วนใหญ่
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านได้เพียงครึ่งหนึ่ง
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านได้บ้างเล็กน้อย
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงช่องที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เห็นด้วย ปาน กลาง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
1. อาหารที่มีรสเค็ม เป็นอาหารที่ไม่เหมาะสมสำหรับท่าน					
2. การรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำ ช่วยให้ระบบไหลเวียนเลือดดีขึ้น					
3. การรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำ ช่วยให้อาการบวมของร่างกายลดลง					
4. การรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำ ทำให้หัวใจทำงานได้ดีขึ้น					
5. การรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำ ทำให้สุขภาพแข็งแรงขึ้น					
6. ท่านรู้สึกว่าการดีขึ้น เมื่อรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำ					
7. การรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำ ทำให้หายใจสะดวกขึ้น					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ประกอบไปด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของท่าน

ไม่มีเลย	หมายถึง	ไม่มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเลย (<1วัน/สัปดาห์)
มีบ้างเล็กน้อย	หมายถึง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 1-2 วัน/สัปดาห์
บางครั้ง	หมายถึง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 3-4วัน/สัปดาห์
เกือบตลอดเวลา	หมายถึง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 5-6วัน/สัปดาห์
ตลอดเวลา	หมายถึง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 7วัน/สัปดาห์

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ไม่มีเลย	มีบ้างเล็กน้อย	บางครั้ง	เกือบตลอดเวลา	ตลอดเวลา
1.ท่านมีคนที่พร้อมจะรับฟังท่านในเวลาที่ท่านต้องการ					
2.ท่านมีคนที่พร้อมจะให้คำแนะนำที่ดีเวลาท่านมีปัญหา					
3.ท่านมีคนที่พร้อมจะให้ความรักท่าน และห่วงใยท่าน					
4.ท่านมีคนที่พร้อมจะช่วยท่านทำงานบ้านประจำวัน					
5.ท่านสามารถวางใจใครสักคนที่จะพูดคุยเรื่องปัญหาต่างๆหรือช่วยท่านตัดสินใจในเรื่องยากๆ					
6.ท่านมีการติดต่อกับคนที่ท่านรู้สึกไว้วางใจและไว้วางใจได้มากเท่าที่ท่านต้องการ					
7.ปัจจุบันท่านแต่งงานแล้ว หรืออาศัยอยู่กับคู่ของท่าน	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่				

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

คำชี้แจง ท่านมั่นใจว่าสามารถกระทำกิจกรรมหรือปฏิบัติได้มากน้อยเพียงใดในข้อความต่อไปนี้

น้อยที่สุด	หมายถึง	ไม่มีความมั่นใจเกี่ยวกับการทำกิจกรรมนั้นๆ
น้อย	หมายถึง	มีความมั่นใจเกี่ยวกับการทำกิจกรรมนั้นๆน้อย
ปานกลาง	หมายถึง	มีความมั่นใจเกี่ยวกับการทำกิจกรรมนั้นๆปานกลาง
มาก	หมายถึง	มีความมั่นใจเกี่ยวกับการทำกิจกรรมนั้นๆมาก
มากที่สุด	หมายถึง	มีความมั่นใจเกี่ยวกับการทำกิจกรรมนั้นๆมากที่สุด

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถรับประทานอาหารที่จำกัดเกลือแม้ว่าจะมีความรู้สึกซีมเศร้า เบื่อ ตึงเครียด					
2. ท่านมั่นใจว่าท่านรับประทานอาหารที่จำกัดเกลือแม้อยู่ในงานเลี้ยงสังสรรค์					
3. ท่านมั่นใจว่าท่านรับประทานอาหารที่จำกัดเกลือเมื่อต้องรับประทานมือเย็นกับเพื่อนหรือเพื่อนร่วมงาน					
4. ท่านมั่นใจว่าท่านรับประทานอาหารว่างหรือของขบเคี้ยวที่มีเกลือต่ำเมื่อแม้ว่าอาหารว่างทั่วไปหาซื้อได้ง่ายกว่า					
5. ท่านมั่นใจว่าท่านรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำแม้ว่าท่านจะอยู่คนเดียวตามลำพัง					
6. ท่านมั่นใจว่าท่านรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำแม้ว่าท่านไม่ได้เตรียมอาหารเอง					
7. ท่านมั่นใจว่าท่านรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำแม้ว่าจะมีแขกมาพักที่บ้านของท่าน					

ข้อความ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
8. ท่านมั่นใจว่าท่านรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำในงานเลี้ยงแม้ว่าจะมีคนนำอาหารที่มีเกลือสูงมาให้					
9. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำแม้ว่าต่อหน้าท่านจะมีคนรับประทานอาหารที่มีเกลือสูง					
10. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำแม้ในเวลาที่ยี่เร่รีบ					
11. ท่านมั่นใจว่าเมื่อท่านไปเที่ยวท่านสามารถรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำได้					
12. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำแม้ท่านยังคงดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์					

ส่วนที่ 7 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ตรงกับความรู้สึกของท่านมากน้อยเพียงใด

น้อยที่สุด	หมายถึง	ทำกิจกรรมนั้นๆเลย
น้อย	หมายถึง	ทำกิจกรรมนั้นๆน้อย
ปานกลาง	หมายถึง	ทำกิจกรรมนั้นๆปานกลาง
มาก	หมายถึง	ทำกิจกรรมนั้นๆมาก
มากที่สุด	หมายถึง	ทำกิจกรรมนั้นๆมากที่สุด

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ท่านรับประทานผักสด แทนขนมปัง คุกกี้ และขนมขบเคี้ยวอื่นๆ					
2. ท่านลดปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มที่มีเกลือผสม					
3. ท่านเติมเกลือผงชูรส/ น้ำปลา/ ซีอิ๊ว ในอาหารลดลง:					
4. ท่านรับประทานถั่วลิสงอบ มันฝรั่ง และขนมปังอบต่างๆที่ไม่ใส่เกลือ					
5. ท่านหลีกเลี่ยงการเติมเครื่องปรุงเกลือ น้ำปลา หรือ ซีอิ๊ว บนโต๊ะอาหาร					
6. ท่านรับประทานข้าวโพดคั่วไม่ใส่น้ำมันและเกลือ					
7. สูตรอาหารของท่านปริมาณเกลือน้อยกว่าสูตรอาหารทั่วไป					
8. ท่านเก็บขวดเกลือ น้ำปลา และเครื่องปรุงรสออกจากโต๊ะอาหาร					
9. ท่านซื้อขนมขบเคี้ยวที่มีเกลือสูงน้อยลง					
10. ท่านลดการใช้เกลือ ผงชูรส น้ำปลา หรือซีอิ๊ว ในการปรุงอาหาร					
11. ท่านรับประทานอาหารเช้าที่มีเกลือต่ำ					

ข้อความ	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
12. ท่านอ่านฉลากโภชนาการเพื่อดูปริมาณเกลือในอาหาร					
13. ถึงแม้ว่ามีแขกมาบ้าน ท่านก็จะปรุงอาหารที่มีเกลือต่ำ					
14. ท่านจดบันทึกรายการอาหารเป็นเวลา 1 สัปดาห์ เมื่อท่านจะเริ่มรับประทานอาหารอาหารที่มีเกลือต่ำ					
15. ท่านให้กำลังใจตนเอง ในช่วงเวลาที่ท่านเริ่มรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำ					
16. ท่านเก็บอาหารที่มีเกลือสูงไว้ให้พ้นสายตาของท่าน					
17. ท่านบอกกับพนักงานเสิร์ฟทุกครั้งว่าอาหารที่ท่านสั่งไม่ใช่ผงชูรส					



ภาคผนวก จ
รายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว(n=134คน)

ข้อ	คำถาม	\bar{X}	SD
1	การรับประทานอาหารที่จำกัดเกลือมีความสำคัญอย่างมากสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว	3.82	1.03
2	ท่านรู้วิธีเลือกอาหารที่จำกัดเกลือจากร้านค้าทั่วไปได้อย่างถูกต้อง	3.34	1.26
3	ท่านสามารถดูปริมาณเกลือในอาหารจากการอ่านฉลากโภชนาการ	3.25	1.38
4	ท่านรู้ปริมาณของเกลือที่ท่านรับประทานในแต่ละวัน	2.9	1.34
5	เมื่อท่านรับประทานอาหารนอกบ้าน ท่านสามารถสั่งอาหารที่มีเกลือต่ำในเมนูของร้านอาหารได้	3.21	1.37
6	การรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำ จะทำให้การทำงานของหัวใจท่านดีขึ้น	3.81	1.27
7	การรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำ จะช่วยให้อาการบวมของท่านลดลง	3.78	1.24
8	การรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำ จะช่วยให้ระบบทางเดินหายใจท่านสะดวกขึ้น	3.53	1.33

ตารางที่ 7 แสดงค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว(n=134คน)

ข้อ	คำถาม	\bar{X}	SD
1	อาหารที่มีเกลือต่ำเป็นอาหารที่ไม่อร่อย	3.59	1.31
2	ท่านไม่สามารถเดินทางไหนได้เลยเพราะว่าต้อง รับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำ	2.09	1.67
3	อาหารที่มีเกลือต่ำราคาแพง	2.12	1.20
4	อาหารที่มีเกลือต่ำใช้เวลาในปรุงนาน	1.87	0.88
5	การเลือกรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำเป็นสิ่งที่ เข้าใจยาก	3.05	1.40

ตารางที่ 8 แสดงค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว(n=134คน)

ข้อ	คำถาม	\bar{X}	SD
1	อาหารที่มีรสเค็ม เป็นอาหารที่ไม่เหมาะสมสำหรับท่าน	2.78	1.30
2	การรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำช่วยให้ระบบไหลเวียนเลือดดีขึ้น	3.69	0.98
3	การรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำช่วยให้อาการบวมของร่างกายลดลง	3.74	1.00
4	การรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำทำให้หัวใจทำงานได้ดีขึ้น	3.77	0.97
5	การรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำทำให้สุขภาพแข็งแรงขึ้น	3.68	0.99
6	ท่านรู้สึกว่าการดีขึ้น เมื่อรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำ	3.72	1.01
7	การรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำทำให้หายใจสะดวกขึ้น	3.72	1.01

ตารางที่ 9 แสดงค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมาตรฐานการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว(n=134คน)

ข้อ	คำถาม	\bar{X}	SD
1	ท่านมีคนที่พร้อมจะรับฟังท่านในเวลาที่ท่านต้องการ	3.05	0.88
2	ท่านมีคนที่พร้อมจะให้คำแนะนำที่ดีเวลาที่ท่านมีปัญหา	3.24	0.99
3	ท่านมีคนที่พร้อมจะให้ความรักท่าน และห่วงใยท่าน	3.44	1.03
4	ท่านมีคนที่พร้อมจะช่วยท่านทำงานบ้านประจำวัน	3.25	0.96
5	ท่านสามารถวางใจใครสักคนที่จะพูดคุยเรื่องปัญหาต่างๆหรือช่วยท่านตัดสินใจในเรื่องยากๆ	3.34	1.00
6	ท่านมีการติดต่อกับคนที่ท่านรู้สึกไว้วางใจและไว้วางใจได้มากเท่าที่ท่านต้องการ	2.96	0.92
7	ปัจจุบันท่านแต่งงานแล้ว หรืออาศัยอยู่กับคู่ของท่าน	0.75	0.43

ตารางที่ 10 แสดงค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว(n=134คน)

ข้อ	คำถาม	\bar{X}	SD
1	ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถรับประทานอาหารที่จำกัดเกลือแม้ว่าจะมีความรู้ลึกซึ้งแค่ไหน เปื่อ ตั้งเครียด	3.37	1.21
2	ท่านมั่นใจว่าท่านรับประทานอาหารที่จำกัดเกลือเมื่ออยู่ในงานเลี้ยงสังสรรค์	3.13	1.15
3	ท่านมั่นใจว่าท่านรับประทานอาหารที่จำกัดเกลือเมื่อต้องรับประทานอาหารเย็นกับเพื่อนหรือเพื่อนร่วมงาน	3.11	1.17
4	ท่านมั่นใจว่าท่านรับประทานอาหารว่างหรือของขบเคี้ยวที่มีเกลือต่ำเมื่อแม้ว่าอาหารว่างทั่วไปหาซื้อได้ง่ายกว่า	3.28	1.13
5	ท่านมั่นใจว่าท่านรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำแม้ว่าท่านจะอยู่คนเดียวตามลำพัง	3.27	1.18
6	ท่านมั่นใจว่าท่านรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำแม้ว่าท่านไม่ได้เตรียมอาหารเอง	3.22	1.16
7	ท่านมั่นใจว่าท่านรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำแม้ว่าจะมีแขกมาพักที่บ้านของท่าน	3.31	1.22
8	ท่านมั่นใจว่าท่านรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำในงานเลี้ยงแม้ว่าจะมีคนนำอาหารที่มีเกลือสูงมาให้	3.16	1.20
9	ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำแม้ว่าต่อหน้าท่านจะมีคนรับประทานอาหารที่มีเกลือสูง	3.26	1.22
10	ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำแม้ในเวลาที่เราเร่งรีบ	3.20	1.26
11	ท่านมั่นใจว่าเมื่อท่านไปเที่ยวท่านสามารถรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำได้	3.20	1.18
12	ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำแม้ว่าท่านยังคงดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	3.37	1.36

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวจริญญา คมเฉียบ เกิดเมื่อวันที่ 9 มิถุนายน 2524 ภูมิลำเนาเดิมจังหวัดอุบลราชธานี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตจากวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ เมื่อปีการศึกษา 2546 ปัจจุบันปฏิบัติงานหอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ 1 คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร และกำลังศึกษาต่อในระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ.2553



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY