ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

สว่างจิต คงภิบาล*
นรลักขณ์ เอื้อกิจ**
ปชาณัฏฐ์ ตันติโกสุม***

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวตามทฤษฎีการจัดการตนเองของ Creer กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอายุ 18-59 ปี ที่มารับการรักษาในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว การจัดการตนเอง ฝึกทักษะการจัดการตนเองทั้ง 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ตั้งเป้าหมาย 2) การรวบรวมข้อมูล 3) การประมวลและประเมินข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การลงมือปฏิบัติ และ 6) การประเมินผล มีระยะเวลาการดำเนินโปรแกรม 12 สัปดาห์ เก็บเครื่องมือโดย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองในการบริโภคอาหาร วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัยสรุปดังนี้ ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้ตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษาครั้งนี้เสนอแนะให้นำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสม และขยายผลโดยศึกษาระยะยาว เพื่อติดตามความยั่งยืนของพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสม

คำสำคัญ : การจัดการตนเอง,พฤติกรรมการบริโภคอาหาร,ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

---

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
*** อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

The effect of self-management program on eating behaviors of patients with heart failure

Sawangchit Kongpibarn*
Noraluk Ua-Kit**
Pachanut Tantikosoom***

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effect of self-management program on eating behaviors of persons with heart failure, using Creer's self-management theory. Adult patients with heart failure aged 18-59 years were recruited from the Heart Clinic, King Chulalongkorn Memorial Hospital. They were divided into control group (n=22) and experimental (n=22) group. The control group received the conventional nursing care while the experimental group received self-management programs including educating about heart failure, and self-management skill training, including 6 processes as: 1) goal selecting, 2) information collection, 3) information processing and evaluation, 4) decision making, 5) action, and 6) self-reaction. The program was conducted for 12 weeks. Data were collected using the demographic information, eating behavior and dietary control self-management questionnaires. Dependent and Independent t-test were used to analyze data.

The result revealed that the mean score of eating behaviors in the experimental group after receiving the self-management program was higher than that before receiving the program ($p<.001$) and the mean score of eating behaviors in the experiment group was higher than that in the control group ($p<.01$).

It is recommended that the self-management program should be applied at outpatient in hospital continuously to promote good eating behaviors in patients with heart failure.

Keywords : self-management, eating behaviors, patient with heart failure

---

* Student of Master degree of Nursing, Faculty of Nursing Chulalongkorn University

** Assistant Professor, Faculty of Nursing Chulalongkorn University

*** Doctor of philosophy, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ในสหรัฐอเมริกามีผู้ป่วยที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากภาวะหัวใจล้มเหลวประมาณ 5 ล้านคน[1] และมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวรายใหม่มากถึง 400,000 – 700,000 รายต่อปี พบว่ามีแนวโน้มการเพิ่มจำนวนของผู้ป่วยมากขึ้นเรื่อยๆ[2] สำหรับในประเทศไทยแม้ว่าจะยังไม่มีรายงานอุบัติการณ์ของภาวะหัวใจล้มเหลวที่เฉพาะ แต่เนื่องจากปัจจัยที่สำคัญที่นำมาสู่ภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจ ที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายจะทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว มีอุบัติการณ์สูงขึ้น[3] จึงส่งผลต่ออุบัติการณ์การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวสูงขึ้นตามไปด้วยเช่นกัน

ภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ใช่โรคแต่เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่เกิดจากความพร่องในการทำหน้าที่ของหัวใจ จนกระทั่งมีการกำซาบของเนื้อเยื่อลดลง มีการคั่งของน้ำหรือมีภาวะน้ำเกิน และมีความทนในการทำกิจกรรมลดลง ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ ภาวะโลหิตจาง ความผิดปกติของต่อมธัยรอยด์ และโรคปอดเรื้อรังที่มีการเพิ่มภาระการทำงานของหัวใจ[4] อันก่อให้เกิดอาการแสดงออกทางคลินิก (clinical presentation) ต่างๆที่เป็นผลสืบเนื่องมาจากการขาดออกซิเจน หรือ สารอาหาร ตัวอย่างของอาการที่เกิดขึ้น เช่น อาการหายใจลำบากเวลาออกกำลัง (dyspnea on exertion) อาการบวมตามแขนขา (peripheral edema) อ่อนเพลีย[5] อาการที่แสดงถึงภาวะหัวใจล้มเหลวมีการกำเริบเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและค่าใช้จ่ายในการรักษา ปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบ คือ การไม่ปฏิบัติตัวให้สอดคล้องตามแผนการรักษา การไม่ควบคุมการรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมและไม่จำกัดน้ำดื่ม[6] ผลงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีปัญหาพฤติกรรมการจัดการตนเอง ด้านพฤติกรรมการควบคุมอาหาร[7] และมีผู้ป่วยเพียง 1 ใน 5 เท่านั้นที่ควบคุมการรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่แม้จะรู้ว่าต้องจำกัดปริมาณการรับประทานเกลือและอาหารเค็ม แต่ควบคุมลำบากเนื่องจากไม่ได้เป็นผู้ปรุงอาหารเอง และต้องรับประทานอาหารที่ปรุงแบบเดียวกันกับคนอื่นๆ ในครอบครัว[8]

จากประสบการณ์การทำงานในคลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย มีแนวทางการให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉพาะในรายที่แพทย์ลงความเห็นให้ส่งเข้าห้องสอนสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีแนวทางการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เช่น การสอนเรื่องอาการและอาการแสดงที่ต้องมาโรงพยาบาลก่อนวันนัด การรับประทานยาตามแผนการรักษา เป็นต้น อย่างไรก็ตามแนวทางดังกล่าวยังขาดการติดตามประเมินผลที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมและยั่งยืน และจากการที่ผู้วิจัยสอบถามผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและญาติ พบว่าสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่สามารถจำกัดเกลือโซเดียมในอาหารได้ เพราะมีปัญหายุ่งยากในการจัดเตรียมอาหารเฉพาะโรค รู้สึกเบื่อหน่ายกับอาหารรสจืด ไม่อร่อย ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพจึงควรสนับสนุนผู้ป่วยให้สามารถจัดการตนเองเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรมที่เหมาะสม การจัดการตนเองเป็นความรับผิดชอบของบุคคล ซึ่งสามารถเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยใช้พื้นฐานการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยกับบุคลากรทีมสุขภาพ ซึ่งมีบทบาทในการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในการเลือกเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ ประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือกระทำ และการประเมินตนเอง[9]

จากการทบทวนผลงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา เพื่อใช้ในการตัดสินใจในการดูแลตนเอง ผู้ป่วย

ต้องมีทักษะที่จำเป็นที่จะกระทำพฤติกรรม และต้องมีการรับรู้ความสามารถในการจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ โปรแกรมการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer[10] ซึ่งเป็นกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย สามารถพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ การจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจึงถือเป็นส่วนหนึ่งในการป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอาการกำเริบของโรค[11] ผู้วิจัยจึงเชื่อว่า แนวคิดทฤษฎีของ Creer[10] เป็นแนวทางในการสนับสนุนการจัดการตนเองที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมและสามารถจัดการตนเองให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม เพื่อส่งผลให้ลดระดับความรุนแรง ลดอาการกำเริบ และลดอัตราเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และเชื่อว่าพฤติกรรมการจัดการตนเองส่งผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งนับเป็นส่วนหนึ่งในการป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอาการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลว การพัฒนาทักษะการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จึงเป็นกระบวนการสนับสนุนให้ผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายในการควบคุมอาการ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การจัดการตนเองมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) เป็นแนวคิดที่ได้รับความสนใจในการนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพในปัจจุบัน Creer[10] กล่าวว่า การจัดการตนเองเป็นการกระทำในการควบคุมภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยเป็นความสามารถในการติดตามและควบคุมภาวะเจ็บป่วยด้วยตนเอง โดยการส่งเสริมความรู้และทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตรและต่อเนื่องของการควบคุมตนเอง การจัดการตนเองเป็นการกระทำโดยบุคคลในการควบคุมภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยตนเอง แนวคิดการจัดการตนเองของ ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมาย สิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเลือกเป้าหมายสำเร็จได้ต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่ตนเองเป็นอยู่ 2) การรวบรวมข้อมูล เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้สามารถบรรลุตามเป้าหมาย 3) การประมวลและประเมินข้อมูล 4) การตัดสินใจ การตัดสินใจของผู้ป่วยถือเป็นหัวใจของความสำเร็จในการจัดการตนเอง 5) การลงมือปฏิบัติ เป็นการปฏิบัติการจัดการด้วยตนเอง เพื่อควบคุมภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังหรือภาวะที่มีผลต่อสุขภาพ 6) การประเมินผล เป็นการประเมินความสามารถของตนเองว่าสามารถปฏิบัติการจัดการตนเองให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือต้องฝึกทักษะเพิ่มเติม

ด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด หากผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่เหมาะสมในเรื่องการรับประทานอาหาร ซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลให้เกิดอาการกำเริบและส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการจัดการตนเอง 6 ขั้นตอนของ Creer[10] มาช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการจัดการตนเองในการบริโภคอาหาร เพื่อควบคุมอาการของตนเองจะช่วยให้อาการของภาวะหัวใจล้มเหลวไม่กำเริบ ส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตและลดการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้[9]

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหลังได้เข้าโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

2) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มที่ได้เข้าโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจ ด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

กลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง อายุ 18-59 ปี ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างน้อย 6 เดือน และเป็นผู้ป่วยรายเก่าที่มีระดับ Functional Heart Classification อยู่ใน Class II-III 2) มีประวัติมาพบแพทย์ก่อนวันนัดด้วยเรื่องมีภาวะเหนื่อย บวม หรือมีความทนในการทำกิจกรรมลดลง 3) การมองเห็นและการได้ยินเป็นปกติ 4) มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางระบบประสาทหรือโรคจิตจากประวัติในเวชระเบียน 5) มีโทรศัพท์บ้าน หรือ โทรศัพท์มือถือที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารได้ 6) สามารถสื่อสารภาษาไทย พูด อ่าน เขียน ได้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก คือ มีการเปลี่ยนแปลงการรักษาของแพทย์หรือมีอาการกำเริบ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก เหนื่อยมากจนต้องเข้านอนโรงพยาบาล

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกำหนดอำนาจในการทดสอบ .80 ค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลาง .50 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 จากการเปิดตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน[12] ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 44 คน และดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีคุณลักษณะเหมือนกันโดยการจับคู่ (matched pairs) ใกล้เคียงกันมากที่สุดในด้าน อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี 5 ระดับการศึกษา[13] และระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว[14]

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคร่วม ยาที่ใช้ ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นต้น

2. แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ใช้แบบประเมิน Thai version of Heart Healthy Eating ของ Maegaret แปลเป็นภาษาไทยโดย ปชาณัฏฐ์ ตันติโกสุม[15] จำนวน 12 ข้อ ซึ่งใช้เครื่องมือ เป็นข้อคำถามเชิงบวก มีมาตรวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เคยรับประทานอาหารประเภทนี้เลย (5 คะแนน) ปฏิบัติเดือนละครั้ง (4 คะแนน) มีการปฏิบัติเดือนละ2-3 ครั้ง (3 คะแนน) มีการปฏิบัติสัปดาห์ละ 4-5 ครั้ง (2 คะแนน) และ มีการปฏิบัติทุกวัน (1 คะแนน) (สรุปรวมคะแนน 48-60 หมายถึง ระดับสูง, คะแนน 36-47 หมายถึง ระดับปานกลาง, คะแนน <36 หมายถึง ระดับต่ำ)

3. แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองในการบริโภคอาหารใช้ของพัชรวรรณ ศรีคง และนรลักขณ์ เอื้อกิจ[16] จำนวน 12 ข้อ ตามแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของ Tobin และคณะ[17] มีมาตรวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ(5 คะแนน) ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง (4 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (2 คะแนน) และไม่มีการปฏิบัติ (1 คะแนน) เกณฑ์การแปลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 12-27 คือ มีการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารในระดับน้อย 28-43 คือ มีการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารในระดับปานกลาง และ 44-60 คะแนน คือ มีการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารในระดับมาก

แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองในการบริโภคอาหาร ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรศาสตร์หัวใจ 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจวัยผู้ใหญ่ 2 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ 2 คน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.92 และ 0.83 ตามลำดับ และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบราค เท่ากับ 0.8 และ 0.88

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 โปรแกรมการจัดการตนเอง

ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพที่ดี บรรเทาจากการเจ็บป่วยหรือไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยเน้นพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่สำคัญและเหมาะสมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นการจัดกิจกรรมตามทฤษฎีการจัดการตนเองของ Creer[10] 6 ขั้นตอน ดังนี้

1) การตั้งเป้าหมาย (Goal selecting) โดยเน้นกิจกรรมการฝึกทักษะการกำหนดพฤติกรรมในอนาคตหรือสิ่งที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้น ผู้วิจัยและผู้ป่วยควรร่วมกันตั้งเป้าหมายโดยการปรึกษาต่อรองและกำหนดเป้าหมายที่มีความเฉพาะเจาะจงสามารถประเมินได้ ได้แก่ ไม่เติมน้ำปลาในอาหารที่ปรุงสำเร็จ ไม่รับประทานอาหารหมักดองหรืออาหารแปรรูป น้ำหนักตัวคงที่/ลดลงจากเดิม เป็นต้น โดยมีการสอดแทรกสื่อการสอน ได้แก่ แผนการสอนเรื่อง “ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวและแนวคิด การจัดการตนเอง” สื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอน (Power point) และคู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

2) การรวบรวมข้อมูล (Information collection) เน้นการฝึกทักษะการเฝ้าระวังตนเองด้วยการรวบรวมข้อมูล การสังเกต และบันทึกข้อมูล โดยเฉพาะอาการที่ได้กำหนดไว้เป็นเป้าหมายที่ตั้งไว้ในขั้นตอนแรก เช่น อาการบวมกดบุ๋ม อาการหายใจลำบาก น้ำหนักตัวเพิ่มจากภาวะน้ำเกิน เป็นต้น โดยทำการบันทึกอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่ขั้นตอนการประมวลและวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

3) การประมวลและวิเคราะห์ข้อมูล (Information processing and evaluation) ฝึกทักษะเกี่ยวกับการนำข้อมูลที่รวบรวมมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์สาเหตุของอาการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและนำข้อมูลไปใช้ในขั้นตอนการตัดสินใจ

4) การตัดสินใจ (Decision making) ฝึกทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับการเลือกอาหารที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกำหนดแนวทางปฏิบัติในการจัดการตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม

5) การลงมือปฏิบัติ (Action) ฝึกทักษะเกี่ยวกับการจัดการตนเองเพื่อควบคุมอาการ โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารจนกระทั่งบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ สามารถลงมือปฏิบัติการจัดการตนเองได้ขณะอยู่บ้าน และสามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง

6) การประเมินผล (Self-reaction) ซึ่งขั้นตอนนี้จะอยู่ในการพบครั้งที่ 2 เป็นสัปดาห์แห่งการกระตุ้นเตือนและเพิ่มพูนทักษะ โดยเน้นฝึกทักษะให้ผู้ป่วยประเมินความสามารถของตนเองว่าสามารถปฏิบัติการจัดการตนเองให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือต้องฝึกทักษะเพิ่มเติม รวมถึงเสนอทางเลือกในการแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วย

การดำเนินโปรแกรมใช้เวลา 12 สัปดาห์ นัดพบผู้ป่วย 3 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1, 4 และ 8 ที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจ และระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่บ้านมีการให้การพยาบาลทางไกลโดยใช้โทรศัพท์และติดตามกลุ่มตัวอย่างสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 10-15 นาที

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการโปรแกรมการจัดการตนเอง ประกอบด้วย

1) แผนการสอน เรื่อง "ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวและการจัดการตนเอง" สื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอน (Power point) และคู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและสมุดบันทึกพฤติกรรมการจัดการตนเอง ซึ่งเป็นคู่มือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยศึกษาจากตำราเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวข้อง ประกอบด้วยแนวทางในการประเมินและการจัดการตนเองตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer[10] ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การลงข้อมูลที่รวบรวมได้ และการบันทึกพฤติกรรมบริโภคอาหาร เป็นต้น

2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจาก แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรศาสตร์หัวใจ 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจวัยผู้ใหญ่ 2 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ 2 คน ตรวจสอบเนื้อหา โดยตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม ความครอบคลุมของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ว่าเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหรือไม่ โดยใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 คน จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 3 คน ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินแผนการสอนและอุปกรณ์สื่อการสอนต่างๆ และทดสอบความเป็นปรนัยเพื่อดูความชัดเจนของภาษาและความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย งานจริยธรรมการวิจัย ฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผ่านความเห็นชอบ เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 หมายเลขจริยธรรม 537/58 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างทุกรายโดยการแนะนำตัวพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ และผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและตอบรับเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นต์ลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีการบังคับใดๆ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษา และทุกคำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับไม่มีการเปิดเผย นำมาใช้เฉพาะการศึกษานี้เท่านั้น ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม

การรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2559 ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ

หลังจากโครงร่างการวิจัยได้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

งานจริยธรรมการวิจัย ฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 และได้รับอนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (แหล่งเก็บข้อมูล) ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนทุกบ่ายวันจันทร์และพุธ เพื่อเตรียมความพร้อมในการเก็บข้อมูล ติดต่อกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ และเชิญชวนเข้าร่วมโปรแกรมโดยอธิบายวัตถุประสงค์และรายละเอียดโครงการวิจัย พร้อมลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการวิจัย

1. กลุ่มควบคุม มีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

พบครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่1) ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลาการทำงานวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้ และขอความร่วมมือในการทำวิจัย หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยตอบแบบสัมภาษณ์เพื่อบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองในการบริโภคอาหาร (Pre-test) แล้วให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามปกติจากแพทย์และพยาบาลในแผนก และนัดพบผู้ป่วยอีกครั้งหลังตรวจเพื่อแจ้งวันนัดพบครั้งที่ 2

พบครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 12) ซักถามอาการทั่วไป ตรวจวัดสัญญาณชีพ ให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินพฤติกรรมทั้ง 2 ชุด (Post-test) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามตอบข้อสงสัยของผู้ป่วย ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวและโปรแกรมการจัดการตนเอง และมอบอุปกรณ์เพื่อใช้ในกิจกรรม ได้แก่ คู่มือและสมุดบันทึกพฤติกรรมการจัดการตนเอง ผู้วิจัยแสดงความขอบคุณและยุติความสัมพันธ์

2. กลุ่มทดลอง มีการนัดพบ 3 ครั้ง มีขั้นตอนดังนี้

พบครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ดำเนินการตามแผนการให้ความรู้รายบุคคลเรื่องเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ สาเหตุ อาการ การรักษารวมถึงยาและการติดตามอาการที่เปลี่ยนแปลงภาวะน้ำเกิน อาการบวมและอาการหายใจลำบาก ผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอน (Power point) และฝึกทักษะการจัดการตนเอง 5 ขั้นตอน

1) การเลือกเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล

2) การเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นการเฝ้าระวังตนเอง และการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง

3) การวิเคราะห์และประเมินข้อมูล โดยเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการดำเนินการตัดสินใจ ได้แก่ น้ำหนักตัว ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวแต่ละรายจะต้องมีการบันทึกน้ำหนักตัวที่เหมาะสม นั่นคือน้ำหนักตัวของผู้ป่วยเปรียบเทียบน้ำหนักตัวที่ชั่งได้ในแต่ละวัน เป็นต้น

4) การตัดสินใจ เป็นการตัดสินใจที่เหมาะสมเพื่อกระทำตามข้อมูลที่ได้วิเคราะห์และประเมินข้อมูลเรียบร้อยแล้วผู้ป่วยตัดสินใจตามแนวทาง โดยผู้วิจัยฝึกทักษะให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมอาศัยข้อมูลที่รวบรวมได้เป็นพื้นฐาน เช่น เมื่อผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวเพิ่ม มีอาการแสดงของอาการหายใจลำบาก มีภาวะบวม ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจในการจัดการตนเอง

5) การปฏิบัติ เพื่อให้มีพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสมไม่ให้มีการคั่งของเกลือหรือน้ำเกินที่เป็นสาเหตุทำให้หัวใจต้องทำงานหนัก การปฏิบัติการจัดการตนเองของผู้ป่วยในระยะเวลาที่ร่วมโครงการ หากมีข้อสงสัยสามารถโทรศัพท์สอบถามผู้วิจัยเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหา

พบครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 4) ติดตามประเมินผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง รวมถึงฝึกทักษะการจัดการตนเองขั้นตอนสุดท้าย คือ ทักษะการประเมินผล โดยฝึกทักษะการประเมินการจัดการตนเองในเรื่อง น้ำหนักตัว อาการบวม และอาการเหนื่อยหอบจากสมุดบันทึก ผู้วิจัยทำการประเมินร่วม

กับผู้ป่วยเพื่อติดตามอาการและการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน หากพบว่าผู้ป่วยปฏิบัติการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมและบรรลุเป้าหมายตามที่ผู้ป่วยตั้งไว้ในสัปดาห์แรก ผู้วิจัยจะสร้างแรงจูงใจกระตุ้นและสนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติการจัดการตนเองต่อไปอย่างต่อเนื่อง รวมถึงกำหนดการนัดหมายครั้งต่อไป

พบครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 12) ติดตามผลของโปรแกรม ให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองในการบริโภคอาหาร (Post-test) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้บอกถึงผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ รับฟังปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตน ตอบข้อสงสัยของผู้ป่วย จากนั้นผู้วิจัยกล่าวชมเชยและให้กำลังใจเพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมั่นใจในการจัดการตนเองต่อไป

ในระหว่างการพบครั้ง 1, 2 และ 3 เป็นการให้การพยาบาลทางไกลโดยใช้โทรศัพท์และติดตามกลุ่มตัวอย่างสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 10-15 นาที เนื่องจากขั้นตอนการปฏิบัติผู้ป่วยฝึกปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองในขณะอยู่บ้าน ผู้วิจัยจะติดตามทักษะการปฏิบัติตนของผู้ป่วย เพื่อให้คำแนะนำเป็นที่ปรึกษาให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทำการทดสอบสมมติฐานการวิจัย โดยทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ และวิเคราะห์เปรียบเทียบความต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารภายในกลุ่มด้วยสถิติ Paired Sample t-test และระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

อายุเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองใกล้เคียงกัน เท่ากับ 52.9 (SD=5.4) และ 53.4 (S.D.=4.7) ปี ตามลำดับ ระดับการศึกษาของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 45.5 และ 45.5 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีโรคร่วม คิดเป็นร้อยละ 86.4 และ 76.3 ตามลำดับ และโรคร่วมที่พบมากที่สุดคือโรคไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 26.3 และ 29.4 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มพบข้อมูลส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวที่ระดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 86.4 เท่ากันจากการ matched pairs ประสบการณ์การได้รับความรู้เรื่องอาหารเฉพาะของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวโรคและการควบคุมอาหาร คิดเป็นร้อยละ 72.7 และ 81.8 ตามลำดับ ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Kolomogorov - smimov Test พบไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ .05

คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเท่ากับ 39 (SD=9.59) และ 37.59 (SD=9.01) ตามลำดับ ส่วนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองเท่ากับ 43.41 (SD=11.11) อยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองเท่ากับ 54.59 (SD=3.65) อยู่ในระดับสูง

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วย

สถิติ Dependent t-test พบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังการทดลองไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง (t=1.29, p=.211) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังการทดลองแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-6.18, p<.001) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Dependent t –test (n=22)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	Mean	SD	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	43.41	11.11			
			21	-6.18	<.001
หลังการทดลอง	54.59	3.65			
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	39	9.59			
			21	1.29	.211
หลังการทดลอง	37.59	9.01			

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยวิธีทางสถิติ Independent t-test พบว่า ก่อนการทดลอง ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่แตกต่างกัน (t=1.409, p=.166) แต่เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=8.21, p=.003) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Independent t-test (n=22)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	Mean	SD	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	43.41	11.11			
			42	1.409	.166
กลุ่มควบคุม	39	9.59			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	54.59	3.65			
			42	8.21	.003
กลุ่มควบคุม	37.59	9.01			

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมบริโภคอาหารเพิ่มขึ้น เมื่อพิจารณาจากคะแนนพฤติกรรมหลังการทดลองตามรายข้อของพฤติกรรมบริโภคอาหาร พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงรับประทานขนมทอดกรอบ หลีกเลี่ยงอาหารแปรรูป และเลือกรับประทานเนื้อสัตว์ไขมันต่ำแทนเนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูง (Mean=4.65, SD=.48) แต่ในรายข้อที่เป็นพฤติกรรมปรุงเองหรือต้องบอกผู้ปรุงให้ตัดเลาะหนัง/ไขมันออก หรือบอกให้ผู้ปรุงไม่เติมผงชูรส หรือหลีกเลี่ยงการใช้ไข่แดงไม่เกิน 3 ฟองต่อสัปดาห์ในการปรุงอาหาร ยังเป็นพฤติกรรมที่ได้คะแนนน้อยที่สุด (Mean =4.41, SD=.56) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลส่วนบุคคลที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในงานวิจัยนี้มีอายุเฉลี่ยอยู่ในวัยทำงาน ทำให้พฤติกรรมการบริโภคเป็นไปด้วยความเร่งรีบในการประกอบอาชีพ จึงมักนิยมการรับประทานอาหารจานเดียวหรือซื้อจากร้านค้า ทำให้ไม่สามารถควบคุมการปรุงอาหารได้ และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยไม่กล้าที่จะบอกผู้ปรุงให้ลดการใส่อาหารรสเค็ม หรือไม่ใส่ผงชูรสเนื่องจากมีความเกรงใจผู้ปรุงอาหาร และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีโรคร่วมคือภาวะไขมันในเลือดสูง และส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับความรู้เรื่องอาหารเฉพาะสำหรับผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหลังได้รับโปรแกรม สูงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมการจัดการตนเอง

ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการตนเองโดยจัดกิจกรรมการให้ความรู้เป็นรายบุคคล และฝึกทักษะการจัดการตนเองโดยเริ่มจากขั้นตอนการตั้งเป้าหมาย คือ ให้กลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมายเพื่อการมีพฤติกรรมบริโภคที่ดี เช่น ไม่รับประทานอาหารรสเค็ม ไม่เติมน้ำปลาในอาหารที่ปรุงสำเร็จ ไม่รับประทานอาหารหมักดอง น้ำหนักลด 1 กก./เดือน หรือเส้นรอบวงเอวลดลง เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง ตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเองร่วมกับผู้วิจัย จากการมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในเป้าหมายที่สามารถกระทำได้ และสามารถนำความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวไป

ใช้ให้เกิดประโยชน์ในการจัดการตนเองได้

ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลมีกิจกรรมคือ ให้ผู้ป่วยบันทึกอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงของตนเอง เช่น น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น อาการบวมกดบุ๋มที่เท้าและหน้าแข้ง รวมถึงฝึกวิธีการประเมินอาการบวมและให้ทดลองปฏิบัติจนสามารถประเมินอาการบวมของตนเองได้ เป็นต้น ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับ พวงเพ็ชร สมทรัพย์สิน[7] ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีเป้าหมายในการจัดการตนเอง การรวบรวมข้อมูลเป็นกระบวนการสำคัญที่ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถบรรลุตามเป้าหมาย โดยกลุ่มทดลองจะต้องทำการบันทึกข้อมูลสุขภาพทุกวันเป็นข้อมูลที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีการเฝ้าระวังตนเอง ขั้นตอนการประมวลและประเมินข้อมูลมีกิจกรรมคือ ให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกการประเมินสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดอาการแสดง เช่น การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัว 1 กก. หมายถึง มีน้ำคั่งในร่างกาย 1 กก. การหยุดพักขณะทำกิจกรรมเมื่อมีอาการเหนื่อยหอบ เกิดจากภาวะเกลือและน้ำคั่งในร่างกายจากอาหารที่ผู้ป่วยบริโภค เป็นต้น

ขั้นตอนการตัดสินใจและขั้นตอนการลงมือปฏิบัติเป็นการใช้ทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมโรคให้เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต้องฝึกปฏิบัติเองที่บ้าน ผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์ทุกสัปดาห์ เพื่อทบทวนความรู้ทักษะการจัดการตนเอง และเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่บ้านอย่างถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่อง และสุดท้ายขั้นตอนการประเมินผลที่ผู้วิจัยฝึกทักษะให้กลุ่มตัวอย่างในการพบครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 4) เป็นการประเมินความสามารถของตนเองว่าสามารถปฏิบัติการจัดการตนเองให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือต้องฝึกทักษะเพิ่มเติม ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองไม่สามารถใช้ทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมทุกๆ พฤติกรรมหรือภาวะของโรคของตนเอง เช่น ประเมินว่าในกระบวนการที่ปฏิบัตินั้นสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ และเป็นกระบวนการเพื่อจัดการปัญหาสุขภาพของตนเองจริงหรือไม่ เป็นต้น โดยโปรแกรมทั้งหมดใช้เวลาติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ในทุกขั้นตอนของโปรแกรมการจัดการตนเองจะเห็นได้ว่า พยาบาลมีบทบาทสนับสนุนให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดแรงจูงใจ เกิดทักษะการจัดการตนเอง จนมีการพัฒนาพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีขึ้น สอดคล้องกับกรอบแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer[10]

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานการวิจัย ซึ่งกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลประจำการร่วมกับทีมแพทย์ ได้แก่ กิจกรรมการให้ความรู้ในเรื่องการดูแลตัวเองที่บ้าน การสังเกตอาการที่ต้องมาโรงพยาบาลก่อนวันนัด และการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามแผนการรักษา เป็นต้น ซึ่งอาจจะยังไม่ครอบคลุมจึงทำให้ผู้ป่วยอาจไม่มั่นใจในการจัดการตนเองเพื่อให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ตลอดจนไม่มีการติดตามเพื่อประเมินสภาพปัญหาและอุปสรรค และไม่ได้รับการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง แต่สำหรับในกลุ่มทดลองนั้น พยาบาลได้ส่งเสริมความรับผิดชอบของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในการควบคุมกำกับพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง โดยผู้ป่วยเกิดกระบวนการเรียนรู้ในการรับมือ

กับปัญหาในสถานการณ์ของโรคที่ตนเองกำลังเผชิญ โดยมีพยาบาลช่วยสร้างแรงจูงใจและสนับสนุนผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้ เกิดความมั่นใจในตนเอง โดยผ่านการให้ความรู้โดยใช้สื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอน (Power point) ช่วยในการอธิบายให้ผู้ป่วยเห็นภาพและเข้าใจได้ง่ายยิ่งขึ้น มีคู่มือการจัดการตนเองซึ่งเป็นทั้งแนวทางการจัดการตนเองและสมุดบันทึกพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจมากขึ้นและมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และยังสามารถอ่านทบทวนที่บ้านเพิ่มเติมได้ในบางส่วนที่ไม่เข้าใจเพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติการจัดการตนเองอย่างมีแบบแผน

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยหลายเรื่องที่ทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer[10] ได้แก่ การศึกษาของ ธนากรณ์ แก้วยก[18] ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบากและ ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบากต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ จากการศึกษาของ Wright และคณะ[19] ศึกษากระบวนการจัดการตนเองในโปรแกรมการจัดการโรคหัวใจล้มเหลว พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้ในการจัดการตนเอง และมีพฤติกรรมการชั่งน้ำหนักตัวและการบันทึกน้ำหนักตัวเป็นประจำมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้นสรุปได้ว่า โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer[10] สามารถทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดี และเป็นบทบาทที่สำคัญในมิติการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเมื่อกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน เพื่อลดปัญหาผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญของการสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และมีทักษะในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ควรมีการประยุกต์ใช้โปรแกรมและคู่มือการจัดการตนเองในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวรายบุคคล เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการติดตามประเมินผลของโปรแกรมการจัดการตนเองระยะยาว เพื่อดูความยั่งยืนของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยมีการติดตามประเมินระยะ 6 เดือน และ 1 ปี และเพิ่มการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมอื่น เช่น การเคลื่อนไหวออกแรงหรือการออกกำลังกาย และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น

References

1. Jessup M, Abraham WT, Casey DE, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG, et al. 2009 focused update: ACCF/AHA Guidelines for the diagnosis and management of heart

failure in adults: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines: developed in collaboration with the International Society for Heart and Lung Transplantation.Circulation.2009Apr14; 119(14):1977-16.

2. Gallagher R. Self-management, symptom monitoring and associated factors in people with heart failure living in the community. Eur J Cardiovasc Nurs. 2010; 9(3): 153-60.
3. Sangwatanaroj S. Heart failure. In Sridama W, editor. Handbook of medical care 4 (3rd ed.). Bangkok: Medical handbooks project, Department of Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University; 2009. (in Thai).
4. Aroonsang P. Nursing care of cardiovascular disease. (9th ed.). Khon Khean : Kangnanawitaya Limited Printing; 2012. (in Thai).
5. Ritkra L. Effectiveness of a self-management program on dyspnea, re-admission, and quality of Life in congestive heart failure patients. Nursing Journal. 2012; 39(1): 64-74. (in Thai).
6. Rungvirai N, Nuntacaipun P, Caiart J. A systematic review on post discharge care for patients with heart failure. Nursing Journal. 2013; 40(3): 50-61.(in Thai).
7. Somsupsin P. The effect of self-management program on self-management behaviors in patient with heart failure. Journal of Nurses Association of Thailand, North-Eastern Division. 2012; 30(4): 88-95. (in Thai).
8. Suwanno J. Self-care among Patients with Chronic Heart Failure. Thai Journal of Nursing Council. 2008; 23(1). 35-47. (in Thai).
9. Zuily S , Jourdain P, Decup D, Agrinier N, Loiret J, Groshens S ,et al. Impact of heart failure management unit on heart failure-related readmission rate and mortality. Arch of Cariovasc Dis. 2010; 103(2): 90-6.
10. Creer LT. Self-management of chronic illness. In Boekaerts PR, Pintrich PR, Zeider M, editors. Handbooks of self-regulation. California: Academic; 2000.
11. Bentley B, Dejong MJ, Moser DK, Peden AR. Factors related to nonadherence to low sodium diet recommendations in heart failure patients. Eur J Cardiovasc Nurs. 2005; 4(4): 331-6.
12. Burns N, Grove SK. The practice of nurse research: appraisal, synthesis, and generation of evidence. 6th ed. St. Louis: Elsevier Saunders; 2009.
13. Christensen S, Mogelvang R, Heitmann M, Prescott E. Level of education and risk of heart failure: a prospective cohort study with echocardiography evaluation. Eur Heart J. 2011 Feb;32(4):450-8. doi: 10.1093/eurheartj/ehq435. Epub 2010 Dec 8.
14. New York Heart Association. Congestive

heart failure assessment tools: New York Heart Association Functional Classification. Boston: Little Brown and Company; 2009.

15. Tantikosoom, P. The effect of behavioral management program on blood cholesterol in patients with coronary revascularization. [Dissertation of Philosophy of Nursing Science]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2010.
16. Srikong P, Ua-Kit N. Selected factors related to dietary control self-management among heart failure patients, lower northeast region. Kuakarun Journal of Nursing. 2011; 18 (1): 52-66. (in Thai).
17. Tobin DL, Reynolds RVC, Holroyd KA, Creer TL. Self-management and social learning theory. In: Holroyd KA, Creer TL, editors. Self-Management of Chronic Disease: Handbook of Clinical Interventions and Research. Orlando: Harcourt Brace Jovanovich; 1986.
18. Kaewyok T, Wongpiriyayotha A, Nantsupawat W. Effects of self-management program on symptom of dyspnea and functional capacity of persons with congestive heart failure. Journal of Nurses Association of Thailand, North-Eastern Division. 2010; 29(2): 35-41. (in Thai).
19. Wright SP, Verouhis D, Gamble G, Swedberg K, Sharpe N. Factors influencing the length of hospital stay of patients with heart failure. Eur J Cardiovasc Nurs . 2003; 5(2):201-9.