

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อความสามารถในการทำกิจกรรมและการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์* ปร.ด. (การพยาบาล)

พัชรินทร์ ขวัญชัย** วท.ม. (การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์)

ทัศนีย์ สร้อยอ่อน*** พย.บ.

บทคัดย่อ: ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นสาเหตุสำคัญสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมมีบทบาทสำคัญในการลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ดังนั้น การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อความสามารถในการทำกิจกรรมและการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จำนวน 66 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 33 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ ร่วมกับโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้จากทีมผู้วิจัย ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2552 ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2553 รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ จำนวน 3 ชุดคือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา 2) แบบสอบถามความสามารถในการทำกิจกรรมและ 3) แบบสัมภาษณ์การดูแลตนเอง ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมและการดูแลตนเองหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยนี้เสนอแนะว่า โปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้สามารถนำมาใช้ในการส่งเสริมความสามารถในการทำกิจกรรมและการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: โปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ ความสามารถในการทำกิจกรรม การดูแลตนเอง ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

*Corresponding author อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ E-mail: juntima@swu.ac.th

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

***พยาบาลวิชาชีพ ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แม้ว่าการแพทย์ในปัจจุบันจะเจริญมากขึ้น (Wright et al., 2003) มีรายงานว่าอุบัติการณ์ของภาวะหัวใจล้มเหลวทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวจะเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยร้อยละ 50 ของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีอายุมากกว่า 60 ปี (Gillespie & Struthers, 2003) สำหรับประเทศไทย แม้ว่าจะยังไม่มีการบันทึกข้อมูลอุบัติการณ์ของภาวะหัวใจล้มเหลวโดยเฉพาะ แต่จากสถิติกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2546-2550 มีอัตราการตายของคนไทย ด้วยโรคหัวใจรวมถึงภาวะหัวใจล้มเหลว 27.7, 26.8, 28.2, 28.4, และ 29.5 ต่อประชากร 100,000 คนตามลำดับ (กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2550)

สำหรับผู้ที่ภาวะหัวใจล้มเหลวยังมีชีวิตอยู่ การมีภาวะที่ผิดปกตินี้ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ เนื่องมาจากมีข้อจำกัดทางร่างกายเกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของโรค (Rockwell & Riegel, 2001) ทำให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง อีกทั้งการดำเนินของโรคที่ไม่ดีทำให้ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ (Rich, Gray, Beckham, Wittenberg, & Luther, 1995)

การดูแลตนเองเป็นกลวิธีที่สำคัญในการป้องกันตัวเองของผู้ป่วยจากอาการที่อาจจะแย่ลง และการดูแลตนเองยังเป็นกลวิธีในการป้องกันการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำที่มีประสิทธิภาพ โดยสามารถลดการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ ได้ถึงร้อยละ 50 หากผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีการดูแลตนเองที่เหมาะสม (Happ, Naylor, & Roe-Prior, 1997; Vinson, Rich, Sperry, Shah, & McNamara, 1990) อย่างไรก็ตาม การดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นเรื่องที่ยากและค่อนข้างซับซ้อน (Jaarsma et al., 2000) ทั้งนี้ต้อง

ใช้แรงใจของผู้ป่วยเป็นอย่างมากในการดูแลตนเองทั้งในเรื่องยา อาหาร น้ำ การออกกำลังกายและการดำเนินชีวิตประจำวันที่เปลี่ยนไป รวมถึงความสามารถในการทำกิจกรรมที่ลดลง ดังนั้นการดูแลตนเองจึงไม่ใช่เฉพาะการทำตามแผนการรักษาของแพทย์เท่านั้นแต่ยังเป็นการดูแลเพื่อให้ตัวผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลวได้อีกด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่เน้นที่การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการยึดมั่นในการปฏิบัติตามแผนการรักษา (Happ et al., 1997; Rich et al., 1995) และพบว่า การดูแลตนเองในเรื่องของอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสมและการปฏิบัติตามแผนการรักษามีความสัมพันธ์กับการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ (Carlson, Riegel, & Moser, 2001; Rockwell & Riegel, 2001) สำหรับในประเทศไทย งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีทั้งงานวิจัยในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยงานวิจัยในเชิงทดลองเน้นการให้ความรู้และการปฏิบัติการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับโรค และมีการติดตามผลของการให้ความรู้เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด (วนิดา อินทราชา, 2538; สมสกุล ศิริไชย, 2543) ซึ่งนอกจากการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและแนวทางการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคแล้ว แต่ละงานวิจัยยังมีจุดเน้นที่ต่างกันไปเพิ่มขึ้นมาในโปรแกรมการทดลอง ได้แก่ การติดตามและการให้คำแนะนำทางโทรศัพท์ 1 ครั้งหลังการสอน 1 สัปดาห์ (สุนิษฐ์ ทองยิ้ม, 2544) การเยี่ยมบ้านเพื่อให้คำแนะนำและปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการดูแลตนเอง โดยเยี่ยมบ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้งภายในระยะเวลา 1 เดือนภายหลังออกจากโรงพยาบาล (อภิญา วงศ์พิริยโยธา, สุพัตรา บัวทิ, สมเสาวนุช จมูศรี, นงเยาว์ มีเทียน, และวิไลพร พิทักษา นรัตน์, 2546) การฝึกปฏิบัติการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับโรคเพื่อประเมินการคั่งของน้ำและเกลือโซเดียม ร่วมกับการติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันการคั่งของน้ำและเกลือ

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อความสามารถในการทำกิจกรรม และการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

โซเดียมที่มีประสิทธิภาพ (จันทร์จิรา เกียรติสีกุล, สุปรีดา มั่นคง, อรสา พันธภักดี, และธนรัตน์ ชุนงาม, 2551) ซึ่งผลการศึกษาของงานวิจัยดังกล่าวเป็นไปในแนวทางเดียวกันคือ ผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น

อย่างไรก็ตาม การให้ความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น แต่ความรู้ที่ได้รับอาจไม่เพียงพอต่อความมั่นใจและการตัดสินใจจัดการอาการผิดปกติต่างๆ ที่เกิดขึ้น (Phrommintikul et al., 2002) นอกจากนี้งานวิจัยเชิงทดลองส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในโปรแกรมประมาณ 4-6 สัปดาห์ ซึ่งแม้ว่าจะเป็นระยะเวลาที่สำคัญสำหรับการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย แต่เนื่องจากเป็นระยะแรกของการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงยังคงตระหนักถึงความสำคัญในการปฏิบัติตามแผนการรักษา แต่เมื่อเวลาผ่านไปร่วมกับอาการของโรคทุเลา ผู้ป่วยมีโอกาสน้อยลงในการดูแลตนเองที่เหมาะสมได้ (Rerkluenrit, Panpakdee, Malathum, Sandelowski, & Tanomsup, 2009)

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงผลของการพยาบาลด้วยโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อความสามารถในการทำกิจกรรมและการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยโปรแกรมนี้ใช้ระยะเวลาประมาณ 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย การให้ความรู้ การติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ และการเยี่ยมบ้าน ทั้งนี้การให้ความรู้จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจภาวะความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเอง การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม การเข้าใจถึงอาการ อาการแสดงที่ผิดปกติที่ต้องรีบตัดสินใจมาพบแพทย์ก่อนวันนัด สำหรับการติดตามทางโทรศัพท์ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแล การตอบข้อสงสัยต่างๆ และการเน้นย้ำเรื่องการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง สำหรับการเยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรมที่กระทำเพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดมากยิ่งขึ้นระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ทำให้เกิดความเข้าใจ

ไว้วางใจระหว่างกันมากขึ้น และเพื่อให้เกิดความเข้าใจและเห็นลักษณะความเป็นอยู่ของผู้ป่วยที่ชัดเจนขึ้นเพื่อการแนะนำที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละคนมากขึ้น ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนช่วยเหลือ เพื่อป้องกันหรือลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งหาแนวทางส่งเสริมผู้ป่วยให้มีศักยภาพในการดูแลตนเองและการทำกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อความสามารถในการทำกิจกรรม และการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของกลุ่มทดลองมากกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของกลุ่มควบคุม
2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองมากกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการดูแลตนเองของกลุ่มควบคุม

กรอบแนวความคิดการวิจัยและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นขั้นพื้นฐานของบุคคลทุกคนในสังคม โดยเฉพาะในผู้ที่มีความเจ็บป่วย ในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว การดูแลตนเองเป็นความรับผิดชอบโดยตรงทั้งในเรื่องการรวบรวม วิเคราะห์ ตัดสินใจเลือก การปรับเปลี่ยนและลงมือปฏิบัติเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพ

(Riegel et al., 2004) โดยการดูแลตนเองที่ดีต้องมีแบบแผน เป้าหมาย ขั้นตอนและความต่อเนื่อง ทั้งนี้คนเป็นผู้ที่มีความสามารถที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับตนเองและสามารถวางแผนในการทำกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองได้ โดยคนแต่ละคนต้องการสิ่งกระตุ้นที่มีระบบระเบียบและจูงใจให้กับตนเองและสิ่งแวดล้อมของตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อการอยู่รอดและทำหน้าที่ได้ตามความสามารถของแต่ละบุคคล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2539; Orem, 2001)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การวิจัยในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยในการวิจัยเชิงคุณภาพพบว่าการจัดการดูแลตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสมนั้น ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวพยายามปรับวิถีชีวิตของตนเองให้เหมาะสมกับแผนการรักษา (Scotto, 2005) อย่างไรก็ตาม ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต้องการข้อมูลของโรคหรือภาวะที่กำลังประสบอยู่จากบุคลากรสาธารณสุขและต้องการให้มีการติดตามหรือกระตุ้นเตือนในเรื่องที่ควรปฏิบัติเป็นระยะ เนื่องจากแผนการรักษาของแพทย์นั้นไม่ใช่สิ่งที่ผู้ป่วยคุ้นเคย (Rerkluenrit et al., 2009; Scotto, 2005) ส่วนในการวิจัยเชิงปริมาณพบว่า มีงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อการคงไว้ซึ่งสุขภาพโดยผลการวิจัยรายงานว่า อาหาร การออกกำลังกาย และการปฏิบัติตามแผนการรักษา มีความสัมพันธ์กับการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ (Carlson et al., 2001; DeWalt, Malone, Bryant, Kosnar, & Corr, 2006) นอกจากนี้ยังพบว่าการติดตามผลการให้ความรู้และการให้คำแนะนำกับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทางโทรศัพท์เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวให้ดีขึ้นอีกด้วย (Wright et al., 2003)

สำหรับงานวิจัยเชิงทดลองพบว่า การศึกษาส่วนใหญ่เน้นการใช้โปรแกรมการให้ความรู้เป็นหลัก ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการดูแลตนเอง การติดตามส่วนใหญ่จะดำเนินการก่อนผู้ป่วยจะมาพบแพทย์ตามนัด โดยศึกษาถึงผลของโปรแกรมที่ใช้ต่อระดับของความรู้ พฤติกรรม

การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต โดยงานวิจัยส่วนใหญ่แสดงผลของโปรแกรมในทางบวก (Caldwell, Peter, & Dracup, 2005; Jaarsma et al., 1999; Karlsson et al., 2005) และพบว่าความตั้งใจในการเรียนรู้ของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในขณะอยู่ในโปรแกรมมีผลต่อการยอมรับความสำคัญในการดูแลตนเอง (Wright et al., 2003) นอกจากนี้ยังมีโปรแกรมสำหรับผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ โดยเน้นการสอนด้วยรูปภาพและการโทรศัพท์เพื่อการติดตามผล ซึ่งผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมดังกล่าวมีส่วนช่วยลดความเสี่ยงของการกลับเข้ามานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลและช่วยลดอัตราการตายได้ (DeWalt et al., 2006)

กรอบแนวคิดของการวิจัยครั้งนี้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยผสมผสานระหว่างทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) และทฤษฎีระดับปฏิบัติการเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว (Riegel et al., 2004) โดยโอเร็มได้เสนอระบบการพยาบาลในทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) ว่าเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของพยาบาลและตัวผู้ป่วยเอง ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้โดยมีพื้นฐานมาจากกระบวนพยาบาลในทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม บนแนวคิดที่ว่าผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถเรียนรู้ ทำกิจกรรมที่เหมาะสมและดูแลตนเองได้หากมีความรู้ และได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุข

ในขณะที่ทฤษฎีระดับปฏิบัติการเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (Riegel et al., 2004) ให้แนวทางในการอธิบายและพัฒนาผลลัพธ์การรักษายาบาลผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยเน้นให้ผู้ป่วยสามารถจัดการสุขภาพได้โดยต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม มีการดำรงพฤติกรรมในการดูแลตนเอง (self-care maintenance) มีการจัดการในการดูแลตนเอง (self-care management) และเมื่อการดูแลตนเองเพื่อการรักษาสุขภาพและการจัดการเพื่อการดูแลตนเองที่ถูกต้องมีการพัฒนาและ

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อความสามารถในการทำกิจกรรม และการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยก็จะสามารถสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเองได้ (self-care confidence) เมื่อผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีการดูแลตนเองที่สม่ำเสมอในชีวิต จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการเสื่อมถอยของสุขภาพทำให้มีความสามารถในการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้น

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการและข้อพิจารณา ด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เลขที่ใบอนุญาต 01/2552 นอกจากนี้ ผู้วิจัยขอให้ผู้ร่วมวิจัยลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรตามความสมัครใจที่จะเข้าร่วมวิจัย และผู้ร่วมวิจัยได้รับการชี้แจงว่าสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาและสัมพันธภาพระหว่างบุคลากรกับผู้ร่วมวิจัยหรือญาติของผู้ร่วมวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ประชากร คือ ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนฯ ให้เก็บข้อมูลได้ ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยละเอียดแก่ผู้เกี่ยวข้องในแต่ละหอผู้ป่วยเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเริ่มจากผู้วิจัยใช้ตารางเลขสุ่มจากรายชื่อของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกตรวจโรคทางอายุรกรรมและหอผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน ร่วมกับการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด (purposive sampling) คือ เป็นผู้ที่ได้รับการ

วินิจฉัยและรับรู้ว่าภาวะหัวใจล้มเหลวและอยู่ในระหว่างการรักษา มีอายุมากกว่า 18 ปี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย นอกจากนี้ ผู้วิจัยมีการควบคุมตัวแปรอายุ โดยกลุ่มตัวอย่างที่จับคู่กันจะมีอายุใกล้เคียงกัน จากนั้นจึงแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (experimental group) และกลุ่มควบคุม (control group) โดย Randomized assignment ซึ่งจำนวนของกลุ่มตัวอย่างมาจากการที่ผู้วิจัยหาค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยกึ่งทดลองที่ผ่านมา (สุรินทร์ ทองยิ้ม, 2544) โดยใช้สูตรของโคเฮน (Cohen, 1988 อ้างใน Polit & Beck, 2004) ได้ค่าขนาดอิทธิพล 0.5 และนำมาหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากตาราง power analysis มีการกำหนดค่า 3 ค่าตามคำแนะนำของโพลิตและเบค (Polit & Beck, 2004) เกี่ยวกับการทำงานวิจัยทางพยาบาล คือ 1) power .80, 2) significant level .05, และ 3) effect size 0.5 ได้กลุ่มละ 27 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 33 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 66 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้มี 2 ประเภทคือ

1. โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนตำราและเอกสารวิชาการ นำไปตรวจสอบเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านระบบหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 2 ท่าน ก่อนนำไปใช้จริง โปรแกรมดังกล่าวประกอบด้วยกิจกรรม 3 อย่างคือ การสอนด้วยซีดี (program Microsoft Power Point) เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลวและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม 2 ครั้งและการเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง โดยการสอนใช้เวลาประมาณ 25-30 นาที จากนั้นจะมีการโทรศัพท์ติดตาม 2 ครั้งภายหลังการสอน 4 และ 8 สัปดาห์ และในสัปดาห์ที่ 12 เป็นการเยี่ยมบ้าน ในขณะที่เดียวกันกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่มควบคุมจะได้รับการรักษาพยาบาลที่ได้มาตรฐานตามปกติ

2. แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ 2 ครั้ง คือ ก่อนเริ่มโปรแกรมและภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม ในข้อที่ 1 การตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที ในสถานที่เป็นส่วนตัว ปราศจากการรบกวน ซึ่งผู้วิจัยจัดไว้ตามสถานที่ที่เก็บข้อมูล โดยแบบสอบถามมี 3 ชุด ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา (Demographic and Medical Record Form) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล เช่น อายุ สถานภาพสมรส และข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน

2.2 แบบสอบถามความสามารถในการทำกิจกรรม (Heart Failure Functional Status Inventory) ปรับปรุงมาจากต้นฉบับที่พัฒนาโดยดราคัพและคณะ (Dracup, Walden, Stevenson, & Brecht, 1992) ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ เกี่ยวข้องกับกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (activities of daily living : ADLs) ซึ่งผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากเจ้าของเครื่องหมายมาแปลเป็นภาษาไทย และใช้กระบวนการการแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ (back translation) ด้วยวิธีของบรีสลินและคณะ (Brislin, Lonner, & Thorndike, 1973) ตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และผ่านการทดสอบหาความเที่ยง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาฉบับรวมเท่ากับ .82 แบบสอบถามในแต่ละข้อมีน้ำหนักคะแนนไม่เท่ากัน โดยเมื่อรวมคะแนนในแต่ละข้อแล้วหากคะแนนยิ่งมาก แสดงว่ามีความสามารถในการทำกิจกรรมมาก ในแบบสอบถามฉบับนี้มีการให้ระดับความสามารถเป็น 3 ระดับคือ สามารถทำได้ตามปกติ (คะแนนมากกว่าร้อยละ 70) สามารถทำได้แต่ช้า (คะแนนระหว่างร้อยละ 50-70) และไม่สามารถทำได้ (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 50)

2.3 แบบสัมภาษณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว (Self-Care of Heart Failure Index: SCHFI) พัฒนาโดยริเกิลและคณะ (Riegel et al., 2004) ประกอบด้วยการประเมินการดูแลตนเอง 3 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 การดำรงพฤติกรรมการดูแลตนเอง (self-care maintenance) ส่วนที่ 2 การจัดการในการดูแลตนเอง (self-care management) และส่วนที่ 3 ความมั่นใจในการดูแลตนเอง (self-care confidence) โดยมีข้อคำถาม

รวม 16 ข้อ ซึ่งจอม สุวรรณโณ, เรวดี เพชรศิราสันต์, ปุณยวีร์ ประเสริฐไทย, อรุณศรี จันทรประดิษฐ์ และ วงรัตน์ ไสสุข (2551) ได้รับอนุญาตให้แปลและตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน รวมทั้งมีการนำไปใช้กับผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 10 ราย เครื่องมือได้ผ่านการทดสอบหาความตรง และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาฉบับรวมเท่ากับ .85 ซึ่งผู้วิจัยได้ขออนุญาตจากจอมสุวรรณโณ และคณะ (2551) รวมถึงริเกิล และคณะ (Riegel et al., 2004) ในการนำเครื่องมือดังกล่าวมาใช้ โดยได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และได้้นำเครื่องมือไปทดสอบหาความเที่ยง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาฉบับรวมเท่ากับ .90 แบบสัมภาษณ์มีคะแนนรวมในแต่ละส่วนเท่ากับ 100 คะแนน โดยคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 70 คะแนน หมายถึง มีระดับการดูแลตนเองที่เหมาะสม

ผลการวิจัย

เมื่อเปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของลักษณะของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมในด้านเพศ ระดับการศึกษา และสิทธิในการรักษาด้วยสถิติไคสแควร์ และเปรียบเทียบลักษณะด้านอายุและรายได้ด้วยสถิติ independent t-test พบว่า ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) ยกเว้นสิทธิในการรักษาพยาบาล พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 7.99, p < .05$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้สิทธิบัตรทองคิดเป็นร้อยละ 81.8 และ 66.7 ตามลำดับ รองลงมาในกลุ่มทดลองคือ การใช้สิทธิการรักษาของข้าราชการ และการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง คิดเป็นร้อยละ 12.1 และ 6.1 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มควบคุมใช้สิทธิการรักษาของประกันสังคม สิทธิการรักษาของข้าราชการ และจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง คิดเป็นร้อยละ 21.2, 9.1 และ 3.0 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับความรุนแรงของโรคในระดับเดียวกันคือ ความรุนแรงระดับ 2-3 ร่วมกัน (The New York Heart Association Functional Classification อ้างใน Smeltzer, Brenda, Janice, & Kerry, 2008) และกลุ่ม

**ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อความสามารถในการทำกิจกรรม
และการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว**

ตัวอย่างทุกรายมีโรคประจำตัวซึ่งเป็นโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดอย่างน้อย 1 โรค โดย 4 อันดับแรก ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (ร้อยละ 52.5 และ 38.5 ตามลำดับ) โรคลิ้นหัวใจ (ร้อยละ 18.9 และ 12.3 ตามลำดับ) หัวใจโต (ร้อยละ 9.3 และ 7.6 ตามลำดับ) ภาวะความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 1.5 และ 1.1 ตามลำดับ) สำหรับอายุของกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีการควบคุมตั้งแต่ก่อนการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีอายุใกล้เคียงกัน ($t_{64} = .26, p > .05$) โดยกลุ่มทดลองมีอายุอยู่ในช่วง 55-79 ปี ($M = 64.76, SD = 6.58$) กลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 54-81 ปี ($M = 65.15, SD = 5.72$) สำหรับ

ด้านรายได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยใกล้เคียงกัน ($t_{64} = .78, p > .05$) กลุ่มทดลองมีรายได้อยู่ในช่วง 500-12,000 บาท ($M = 4,681.82, Median = 4,500, SD = 3130.94$) กลุ่มควบคุมมีรายได้ระหว่าง 500-35,000 บาท ($M = 5,800, Median = 3,000, SD = 7624.88$) นอกจากนี้ ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวของทั้งสองกลุ่มมีค่าใกล้เคียงกัน ($t_{64} = -1.41, p > .05$) โดยกลุ่มทดลองมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 5-54 เดือน ($M = 24.15, SD = 13.74$) กลุ่มควบคุมมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยระหว่าง 8-50 เดือน ($M = 19.97, SD = 9.95$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($N = 66$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง ($n=33$)		กลุ่มควบคุม ($n=33$)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					.81	.06
หญิง	17	51.5	17	51.5		
ชาย	16	48.5	16	48.5		
สถานภาพสมรส					.58	.75
คู่	1	3.0	2	6.1		
หม้าย	10	30.3	8	24.2		
โสด	22	66.7	23	69.7		
ระดับการศึกษา					2.05	.92
ไม่ได้ศึกษา	4	12.1	4	12.1		
ประถมศึกษา	18	54.6	15	45.5		
มัธยมศึกษา	4	12.1	4	12.2		
อนุปริญญาและสูงกว่า	7	21.2	10	30.2		
สิทธิในการรักษา					7.99	.046
บัตรทอง	27	81.8	22	66.7		
ข้าราชการ	4	12.1	3	9.1		
จ่ายเอง	2	6.1	1	3.0		
ประกันสังคม	0	0	7	21.2		

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการใช้โปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) ซึ่งทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง กล่าวคือสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมอยู่ในช่วง 61.0-88.0 คะแนน ($M = 72.2$, $SD = 5.7$) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมอยู่ระหว่าง 70.7- 88 คะแนน ($M = 79.8$, $SD = 4.6$)

อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{64} = -4.11$, $p < .001$) โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับเดียวกันคือ สามารถทำกิจกรรมได้เอง แต่ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ในขณะที่ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองต่ำกว่าในระยะก่อนทดลองเล็กน้อย จึงสรุปได้ว่า ภายหลังการใช้โปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของกลุ่มทดลองมากกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของกลุ่มควบคุม ดังนั้น สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ที่กล่าวว่า “ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของกลุ่มทดลองมากกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของกลุ่มควบคุม” จึงได้รับการสนับสนุน (ตารางที่ 2)

สำหรับผลการวิจัยในเรื่องการดูแลตนเองทั้ง 3 ส่วน คือ การดำรงพฤติกรรมการดูแลตนเอง การจัดการใน

การดูแลตนเอง และความมั่นใจในการดูแลตนเอง พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนทั้ง 3 ส่วนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเริ่มโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ไม่มีความแตกต่างกัน ($t_{64} = -.77$, $.27$, และ $.62$, $p > .05$) ในขณะที่เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการดูแลตนเองทั้ง 3 ส่วน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{64} = 16.85$, 21.19 , และ 9.90 , $p < .001$) โดยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนในการดำรงพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับเหมาะสม ($M = 83.49$, $SD = 6.79$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนในการดำรงพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับไม่เหมาะสม ($M = 53.18$, $SD = 7.79$) สำหรับการจัดการในการดูแลตนเองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนในด้านนี้อยู่ในระดับเหมาะสม ($M = 85.73$, $SD = 6.60$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนในการจัดการในการดูแลตนเองอยู่ในระดับไม่เหมาะสม ($M = 49.17$, $SD = 7.42$) นอกจากนี้ ผลการวิจัยในส่วนของความมั่นใจในการดูแลตนเองพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความมั่นใจในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับดี ($M = 74.62$, $SD = 9.62$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความมั่นใจในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 53.60$, $SD = 7.50$) จึงสรุปได้ว่า ภายหลังการใช้โปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ ค่าเฉลี่ยของคะแนนการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองมากกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการดูแลตนเองของกลุ่มควบคุม ดังนั้น สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ที่กล่าวว่า “ค่าเฉลี่ยของคะแนนการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองมากกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการดูแลตนเองของกลุ่มควบคุม” จึงได้รับการสนับสนุน (ตารางที่ 2)

**ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อความสามารถในการทำกิจกรรม
และการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว**

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมและค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง (N = 66)

ความสามารถในการทำ กิจกรรมและการดูแลตนเอง	กลุ่มทดลอง (n=33)			กลุ่มควบคุม (n=33)			t	p-value
	Min	Max	M±SD	Min	Max	M±SD		
ความสามารถในการทำ กิจกรรมโดยรวม	73.3	89.7	84.3 ±4.9	59.3	88.7	78.4 ±6.6	-4.11	<.001
การดำรงพฤติกรรมการดูแล ตนเอง	70	95	83.49 ±6.79	40	75	53.18 ±7.79	-16.85	<.001
การจัดการในการดูแลตนเอง	70.83	100	85.73 ±6.60	37.50	66.67	49.17 ±7.42	-21.19	<.001
ความมั่นใจในการดูแลตนเอง	56.25	93.75	74.62 ±9.62	37.50	68.75	53.60 ±7.50	-9.90	<.001

สำหรับผลการวิจัยก่อนการใช้โปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการดูแลตนเองในส่วนของการดำรงพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนในการดำรงพฤติกรรมการดูแลตนเองของทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับต่ำ โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนอยู่ในช่วง 25-70 คะแนน (M = 38.64, SD = 10.18) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนอยู่ในช่วง 25-60 คะแนน (M = 40.30, SD = 7.28) เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนรายด้านแล้วพบว่า คะแนนเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มก่อนเริ่มการทดลองในเรื่องของการชั่งน้ำหนักตัว การไม่รับประทานอาหารเค็มและการควบคุมน้ำหนักตัวไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) ยกเว้นค่าเฉลี่ยของคะแนนในเรื่องการทำกิจกรรมและการป้องกันตนเองไม่ให้เป็นหวัด ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ในทางตรงกันข้ามเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการดำรงพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{64} = 16.85$, $p < .001$) โดยเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนรายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนรายด้านของทั้งสองกลุ่มภายหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนรายด้านในกลุ่มทดลองมีค่ามากกว่า 70 คะแนนทุกด้าน ถือว่าอยู่ในเกณฑ์การดำรงพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม ในขณะที่ค่าเฉลี่ยคะแนนรายด้านในกลุ่มควบคุมมีค่าน้อยกว่า 70 คะแนนทุกด้าน ซึ่งถือว่ากลุ่มควบคุมมีการดำรงพฤติกรรมการดูแลตนเองในแต่ละด้านไม่เหมาะสม จึงสรุปได้ว่าภายหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนการดำรงพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองมากกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการดำรงพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มควบคุม (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนรายด้านในส่วนของการดำรงพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง (N=66)

การดำรงพฤติกรรม การดูแลตนเอง	กลุ่มทดลอง (n=33)			กลุ่มควบคุม (n=33)			t	p-value
	Min	Max	M±SD	Min	Max	M±SD		
การชั่งน้ำหนักตัว	50	100	81.82 ± 20.03	50	100	64.39 ± 17.71	3.74	<.001
การไม่รับประทานอาหารเค็ม	50	100	78.79 ± 18.88	25	75	46.97 ± 17.14	7.12	<.001
การควบคุมน้ำหนัก	50	100	78.12 ± 17.81	25	75	46.21 ± 15.46	8.67	<.001
การทำกิจกรรม	50	100	82.58 ± 17.10	25	75	46.97 ± 16.25	9.96	<.001
การป้องกันตนเองไม่ให้เป็นหวัด	75	100	87.12 ± 12.69	50	75	61.36 ± 12.64	8.26	<.001

สำหรับในส่วนของการจัดการในการดูแลตนเอง พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนของทั้งสองกลุ่มก่อนเริ่มโปรแกรมอยู่ในระดับไม่เหมาะสม ซึ่งกลุ่มทดลองมีคะแนนอยู่ในช่วง 25.00-50.00 คะแนน (M = 34.66, SD = 10.14) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนอยู่ในช่วง 20.83-50.00 คะแนน (M = 33.33, SD = 6.93) เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนรายด้านทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ความเร็วในการประเมินอาการที่เกิดขึ้นจนตัดสินใจได้ว่าเกิดจากหัวใจล้มเหลว การลดปริมาณเกลือในอาหาร การลดปริมาณของเหลวที่บริโภคเข้าสู่ร่างกาย การรับประทานยาขับปัสสาวะเพิ่มจากแพทย์สั่ง การขอคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข และการมีความรู้ที่ถูกต้องในการจัดการอาการที่เกิดขึ้น พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนรายด้านแต่ละด้านของทั้งสองกลุ่มก่อนเริ่มการทดลองไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$)

อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนรายด้านในส่วนของการจัดการในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนรายด้านของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนรายด้านแต่ละด้านในกลุ่มทดลองมีค่ามากกว่า 70 คะแนน ถือว่าอยู่ในเกณฑ์การจัดการในการดูแลตนเองที่เหมาะสม ในขณะที่ค่าเฉลี่ยคะแนนรายด้านในกลุ่มควบคุมมีค่าน้อยกว่า 70 คะแนนทุกด้านถือว่ากลุ่มควบคุมมีการจัดการในการดูแลตนเองในแต่ละด้านไม่เหมาะสม จึงสรุปได้ว่า ภายหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองมากกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการในการดูแลตนเองของกลุ่มควบคุม (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนรายด้านในส่วนของการจัดการในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง (N=66)

การจัดการในการดูแล ตนเอง	กลุ่มทดลอง (n=33)			กลุ่มควบคุม (n=33)			t	p-value
	Min	Max	M±SD	Min	Max	M±SD		
ความเร็วในการประเมินอาการ ที่เกิดขึ้นจนตัดสินใจได้ว่าเกิด จากหัวใจล้มเหลว	50	100	77.27 ±18.07	25	75	36.36 ±16.64	9.57	<.001

**ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อความสามารถในการทำกิจกรรม
และการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว**

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนรายด้านในส่วนของการจัดการในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง (N=66) (ต่อ)

การจัดการในการดูแลตนเอง	กลุ่มทดลอง (n=33)			กลุ่มควบคุม (n=33)			t	p-value
	Min	Max	M±SD	Min	Max	M±SD		
การลดปริมาณเกลือในอาหาร	50	100	81.82 ±14.35	25	100	51.52 ±15.23	8.32	<.001
การลดปริมาณของเหลวที่บริโภคเข้าสู่ร่างกาย	50	100	89.39 ±14.02	25	75	39.39 ±16.57	13.23	<.001
การรับประทานยาขับปัสสาวะเพิ่มจากแพทย์สั่ง	75	100	95.45 ±9.79	25	100	59.09 ±20.56	9.17	<.001
การขอคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข	50	100	86.36 ±16.64	25	100	65.15 ±21.60	4.47	<.001
การมีความรู้ที่ถูกต้องในการจัดการอาการที่เกิดขึ้น	50	100	84.09 ±20.56	25	75	43.18 ±16.86	21.19	<.001

นอกจากนี้ ผลการวิจัยในส่วนของความมั่นใจในการดูแลตนเองก่อนเริ่มโปรแกรม พบว่าทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความมั่นใจในการดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อย ซึ่งกลุ่มทดลองมีคะแนนอยู่ในช่วง 25-75 คะแนน (M = 34.66, SD = 10.14) กลุ่มควบคุมมีคะแนนอยู่ในช่วง 25-50 คะแนน (M = 33.33, SD = 6.93) เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนรายด้านแล้วพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนรายด้านของทั้งสองกลุ่มก่อนเริ่มโปรแกรมทั้ง 4 ด้านคือ ความมั่นใจในการประเมินอาการสำคัญ ความมั่นใจในการประเมินอาการผิดปกติ ความมั่นใจในการปฏิบัติเพื่อรักษาอาการผิดปกติและความมั่นใจในการประเมินผลวิธีการที่ใช้ในการรักษาอาการที่เกิดขึ้น ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) โดยทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยของคะแนนรายด้านอยู่ในระดับต่ำ

อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนรายด้านในส่วนของความมั่นใจในการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนรายด้านของทั้งสองกลุ่มภายหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนรายด้านแต่ละด้านในกลุ่มทดลองมีค่ามากกว่า 70 คะแนน ถือว่าความมั่นใจในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองอยู่ในเกณฑ์ดี ในขณะที่ภายหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนรายด้านแต่ละด้านในกลุ่มควบคุมมีค่าน้อยกว่า 70 คะแนน จึงถือว่ากลุ่มควบคุมมีความมั่นใจในการดูแลตนเองอยู่ในเกณฑ์ต่ำ จึงสรุปได้ว่าภายหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนความมั่นใจในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองมากกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความมั่นใจในการดูแลตนเองของกลุ่มควบคุม (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนรายด้านในเรื่องความมั่นใจในการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง (N=66)

ความมั่นใจในการดูแลตนเอง	กลุ่มทดลอง (n=33)			กลุ่มควบคุม (n=33)			t	p-value
	Min	Max	M±SD	Min	Max	M±SD		
ด้านการประเมินอาการสำคัญ	50	100	78.03 ±17.41	25	75	49.24 ±13.24	7.56	<.001
ด้านการประเมินอาการผิดปกติ	50	100	70.45 ±18.17	25	75	48.48 ±15.23	5.32	<.001
ด้านการปฏิบัติเพื่อรักษาอาการผิดปกติ	50	100	77.27 ±16.96	50	100	65.91 ±15.08	2.88	.005
ด้านการประเมินผลวิธีที่ใช้ในการรักษาอาการที่เกิดขึ้น	50	100	73.44 ±20.12	25	75	50.76 ±17.10	4.78	<.001

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุตั้งแต่ 55-70 ปี อายุเฉลี่ย 64.76 ปี ซึ่งผลวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า ช่วงอายุดังกล่าวเป็นช่วงอายุที่มีโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวมากที่สุด (Gillespie & Struthers, 2003) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากช่วงอายุนี้เป็นช่วงวัยของความเสื่อมของเซลล์ต่าง ๆ ของร่างกาย อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวในระบบหัวใจและหลอดเลือดอยู่เดิม ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (เลือดคั่ง) ในส่วนของระดับการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ซึ่งอธิบายได้ว่าในช่วง 30-40 ปีที่ผ่านมาโอกาสในการเข้าสู่อะบบการศึกษาในระบบของประชากรไทยเป็นไปอย่างจำกัด โดยเฉพาะผู้ที่อาศัยในชนบท จวบจนกระทั่งในปี พ.ศ. 2523 ประเทศไทยจึงมีกฎหมายที่บังคับให้ประชาชนได้รับการศึกษาอย่างน้อยในชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 เริ่มประกาศใช้ (พระราชบัญญัติประถมศึกษา พ.ศ. 2523) ดังนั้น จึงเป็นไปได้ว่าผู้ที่เกิดก่อนปี พ.ศ.

2523 ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา หรือ ไม่ได้รับการศึกษาในระบบเลย

สำหรับด้านรายได้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่ารายได้เฉลี่ยต่อคนของประชากรไทย โดยกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 60 ปีส่วนใหญ่มีรายได้จากรัฐบาลเดือนละ 500 บาท นอกจากนั้น อาจได้รับจากบุคคลในครอบครัวบ้าง อย่างไรก็ตาม มีประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีรายได้จากการทำงานของตนเอง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของโรคในระดับปานกลางถึงรุนแรง (NYHA Functional Class II-III) แต่ยังไม่ถึงระดับรุนแรงมาก (NYHA Functional Class IV) ทำให้ยังคงมีความสามารถในการทำงาน ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา (Dickson, McCauley, & Riegel, 2008; Rerkluenrit et al., 2009) ที่พบว่า รายได้ของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนหนึ่งมาจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งถือเป็นเรื่องปกติของสังคมไทย นอกจากนี้ หากยังสามารถทำงานได้ ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะยังคงทำงานเต็มเวลาเพื่อหารายได้เป็นของตนเอง

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อความสามารถในการทำกิจกรรม และการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

นอกจากนี้ ก่อนการใช้โปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ ผลการวิจัยพบว่าความสามารถในการทำกิจกรรมและการดูแลตนเองในด้านต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มขาดการเรียนรู้และทักษะในการดูแลตนเองที่เหมาะสม ซึ่งอาจเป็นผลมาจากส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ทำให้ความสามารถในการอ่านออกเขียนได้อยู่ในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา (Jaarsma et al., 2000; Rockwell & Riegel, 2001) ที่พบว่า ระดับการศึกษาเป็นตัวทำนายที่สำคัญที่สุดตัวหนึ่งของการดูแลตนเองและความสามารถในการทำกิจกรรม ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาเป็นพื้นฐานของการให้ความหมายของภาวะเจ็บป่วยที่ตนเองเป็นอยู่ รวมถึงเป็นพื้นฐานของการตัดสินใจว่าควรปฏิบัติตนอย่างไรต่อไป ดังนั้นแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีระยะเวลาในการมีภาวะหัวใจล้มเหลวมากเกือบ 2 ปี แต่การดูแลตนเองยังอยู่ในระดับต่ำ และยังขาดความรู้และทักษะในการทำกิจกรรมอีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา (จอม สุวรรณโณ และคณะ, 2551; Baker, Brown, Chan, Dracup, & Keeler, 2005) ที่พบว่า ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และทักษะในการควบคุมน้ำหนัก การประเมินน้ำหนักตัว รวมถึงการขาดทักษะในการตัดสินใจเมื่อพบว่าน้ำหนักเพิ่มขึ้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสมรรถนะส่วนของการจัดการในการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำและมักมีปัญหาในการดูแลตนเองที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกว่าที่ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีการดูแลตนเองที่เหมาะสมต้องผ่านประสบการณ์มากมายทั้งดีและไม่ดี โดยส่วนใหญ่เรียนรู้ด้วยตนเองหรือจากผู้อื่นไม่ใช่บุคลากรสาธารณสุขมากกว่าที่จะสอบถามหรือหาข้อมูลจากบุคลากรสาธารณสุข ทั้งนี้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวให้เหตุผลว่าเกรงใจเนื่องจากมีผู้ป่วยรายอื่นรอตรวจเป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ ยังเกรงว่าหากถามแพทย์หรือพยาบาลแล้วจะถูกดู (Rerkluenrit et al., 2009)

ภายหลังการใช้โปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ พบว่าการดูแลตนเองและความสามารถในการทำกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ในงานวิจัยนี้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยประกอบด้วย 3 กิจกรรมคือ การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวและผลที่ตามมา การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้าน โดยการจัดทำโปรแกรมจะเป็นระยะๆ นานประมาณ 12 สัปดาห์ ซึ่งเป็นการปิดช่องว่างระหว่างวันที่กลุ่มตัวอย่างพบแพทย์ครั้งสุดท้ายกับการมาตามนัดครั้งต่อไป ทั้งนี้เนื่องจากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ผลของการสอนในโรงพยาบาลทำให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีการดูแลตนเองและทำกิจกรรมที่เหมาะสมเพียง 1 เดือนภายหลังการสอนสิ้นสุดลง (Jaarsma et al., 1999) ดังนั้น การดำเนินกิจกรรมภายใต้โปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้นี้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการกระตุ้นเตือนเรื่องการดูแลตนเองและการทำกิจกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวว่าต้องการให้มีการสอบถามและกระตุ้นเตือนเรื่องการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องจากบุคลากรสาธารณสุขเป็นระยะ (Rerkluenrit et al., 2009)

นอกจากนี้ ผลการวิจัยภายหลังการใช้โปรแกรมยังสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา (Baker et al., 2005; Wright et al., 2003) ที่พบว่าโปรแกรมในส่วนของการให้ความรู้ช่วยสนับสนุนให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวรู้วิธีนำความรู้ไปปรับใช้ให้เข้ากับชีวิตประจำวัน และส่งผลให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเห็นความสำคัญของการชั่งน้ำหนัก ทำให้มีการชั่งน้ำหนักด้วยตนเองเพิ่มขึ้น สำหรับโปรแกรมในส่วนของการสนับสนุนพบว่า การสนับสนุนการให้กำลังใจ เป็นสิ่งที่สำคัญต่อศักยภาพของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งศักยภาพของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวนี้มีผลต่อการปรับเปลี่ยนการดำรงชีวิต สำหรับโปรแกรมในส่วนของการติดตามโดยใช้โทรศัพท์ในงานวิจัยที่ผ่านมา

(Baker et al., 2005; Clark, Inglis, McAlister, Cleland, & Stewart, 2007) พบว่าทำให้ผู้ที่ภาวะหัวใจล้มเหลว มีทัศนคติต่อแพทย์และพยาบาลเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น โดยตระหนักถึงความห่วงใยและความปรารถนาดี ของบุคลากรสาธารณสุข ทำให้มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน เพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดการซักถามประเด็นที่สงสัย และนำไปสู่การดูแลตนเองและความสามารถในการทำ กิจกรรมที่ดีขึ้น นอกจากนี้ ในส่วนของการเยี่ยมบ้าน ทำให้ผู้วิจัยเห็นถึงสภาพความเป็นอยู่ สิ่งแวดล้อมรอบตัว ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและยังก่อให้เกิดสัมพันธภาพ ที่ใกล้ชิดระหว่างพยาบาลผู้เยี่ยมบ้านและผู้รับบริการ อีกด้วย ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา (Anderson, 2007) ที่พบว่า การเยี่ยมบ้านสร้างสัมพันธภาพ ที่ใกล้ชิดระหว่างบุคลากรสาธารณสุขและผู้ที่มีภาวะหัวใจ ล้มเหลว ทำให้ประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาลดีขึ้น ช่วยลดค่าใช้จ่ายและความถี่ในการนอนโรงพยาบาลลง

ข้อเสนอแนะและแนวทางการนำงานวิจัยไปใช้ ประโยชน์

เนื่องจากผลการวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้มีผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมและการดูแลตนเอง ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะดังนี้

1. ควรจัดโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เป็นกลุ่มเสี่ยง เช่น กลุ่มที่ไม่มาตรวจตามนัด กลุ่มที่นอนโรงพยาบาลบ่อย เพื่อติดตามอาการและประเมินปัญหาของผู้ป่วยได้ถูกต้องเป็นไปตามบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย
2. ควรจัดกิจกรรมที่กระตุ้นเตือนผู้ป่วยที่ได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ไปแล้วทุก 3 เดือน โดยกิจกรรมที่จัดควรให้มีหลากหลายรูปแบบและ เน้นให้เกิดแรงจูงใจในปฏิบัติการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม

3. ควรมีการศึกษาติดตามประสิทธิภาพของ โปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่สละเวลาในการ เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่สนับสนุนทุนวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2550). *จำนวนและ อัตราตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ. 2546-2550*. สืบค้นวันที่ 15 สิงหาคม 2553. เข้าถึงได้จาก <http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/statistic50/2.3.29-50.pdf>
- จอม สุวรรณโณ, เรวดี เพชรศิราลันท์, ปุณยวีร์ ประเสริฐไทย, อรุณศรี จันทรประดิษฐ์, และวงรัตน์ ไสสุข. (2551). การดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง. *วารสารสมาคมพยาบาล*, 23, 35-47.
- จันทรจิรา เกียรติสีสกุล, สุปรียา มั่นคง, อรสา พันธักกิต, และ ธนรัตน์ ชุนงาม. (2551). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุน ให้ความรู้ ต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับ ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว*. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 19(2), 23-39.
- พระราชบัญญัติประถมศึกษา พ.ศ. 2523. สืบค้นวันที่ 15 สิงหาคม 2553. เข้าถึงได้จาก <http://www.thailaws.com/law/thaiacts/code325.pdf>
- วนิดา อินทราชา. (2538). *ผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพต่อ ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยหัวใจวายเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลอาชีวศาสตร์-สัตวศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2539). *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และ ศิลปะทางการแพทย์พยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: วี.เจ. พรินติ้ง.

**ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อความสามารถในการทำกิจกรรม
และการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว**

- สมสกุล ศิริไชย. (2543). *ผลของการให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยนอกที่มีภาวะหัวใจวาย ณ โรงพยาบาลเลิดสิน. วิทยาลัยนพนธ์เภสัชศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาเภสัชกรรม, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- สุรินทร์ ทองยิ้ม. (2544). *ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยาลัยนพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- อภิญา วงศ์พิริโยธา, สุพัตรา บัวทิ, สมเสวนุช จมูศรี, นงเยาว์ มีเทียน, และวิไลพร พิทักษ์นรินทร์. (2546). *ผลของการพยาบาลด้วยระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อระดับความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง. รายงานการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.*
- Anderson, J. H. (2007). The impact of using nursing presence in a community heart failure program. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 22(2), 89-90.
- Baker, D. W., Brown, J., Chan, K. S., Dracup, K. A., & Keeler, E. B. (2005). A telephone survey to measure communication, education, self-management, and health status for patients with heart failure: The improving chronic illness care evaluation (ICICE). *Journal of Cardiac Failure*, 11, 36-42.
- Brislin, R. W., Lonner, W. J., & Thorndike, R. M. (1973). *Cross-cultural research method: Comparative studies in behavioral science*. New York: John Wiley & Sons.
- Caldwell, M. A., Peters, K. J., & Dracup, K. A. (2005). A simplified education program improves knowledge, self-care behavior, and disease severity in heart failure patients in rural settings. *American Heart Journal*, 150, 983.e7-983.e12.
- Carlson, B., Riegel, B., & Moser, D. K. (2001). Self-care abilities of patients with heart failure. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 30, 351-359.
- Clark, R. A., Inglis, S. C., McAlister, F. A., Cleland, J. G. F., & Stewart, S. (2007). Telemonitoring or structured telephone support programmes for patients with chronic heart failure: Systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal (International edition)*, 334, 942-950.
- DeWalt, D. A., Malone, R. M., Bryant, M. E., Kosnar, M. C., & Corr, K. E. (2006). A heart failure self-management program for patients of all literacy levels: A randomized, controlled trial. *BMC Health Services Research*, 6, 1-10.
- Dickson, V. V., McCauley, L. A., & Riegel, B. (2008). Work-heart balance: The influence of biobehavioral variable on self-care among employees with heart failure. *Journal of the American Association of Occupational Health Nurses*, 52, 63-73.
- Dracup, K., Walden, J. A., Stevenson, L. W., & Brecht, M. L. (1992). Quality of life in patients with advanced heart failure. *Journal of Heart Lung Transplant*, 11, 273-279.
- Gillespie, N. D., & Struthers, A. D. (2003). Chronic cardiac failure. In R. C. Tallis & H. M. Fillit (Eds.), *Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontology* (6th ed., pp. 371-384). New York: Churchill Livingstone.
- Happ, M. B., Naylor, M. D., & Roe-Prior, P. (1997). Factors contributing to rehospitalization of elderly patients with heart failure. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 11, 75-84.
- Jaarsma, T., Halfens, R., AbuSaad, H. H., Dracup, K., Gorgels, T., van Ree J. et al. (1999). Effects of education and support on self-care and resource utilization in patients with heart failure. *European Heart Journal*, 20, 673-682.
- Jaarsma, T., Halfens, R., Tan, F., Abu-Saad, H. H., Dracup, K., & Diederiks, J. (2000). Self-care and quality of life in patients with advanced heart failure: The effect of a supportive educational intervention. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care*, 29, 319-330.
- Karlsson, M. R., Edner, M., Henriksson, P., Mejhert, M., Persson, H., Grut, M., et al. (2005). A nurse-based management program in heart failure patients affects females and persons with cognitive dysfunction most. *Patient Education and Counseling*, 58, 146-153.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th Ed). Saint Louis: Mosby.

- Phrommintikul, A., Kanjanavanit, R., Amaritakomol, A., Topai boon, P., Wiangosot, W., & Wongnoi, S. (2002). *Comprehensive heart failure program reduce rehospitalization in chronic congestive heart failure patients*. Poster session presented at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital of Mahidol's Day. Chiang Mai.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principle and methods* (7th Ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rerkluenrit, J., Panpakdee, O., Malathum, P., Sandelowski, M., & Tanomsup, S. (2009). Self-care among Thai people with heart failure. *Thai Journal of Nursing Research*, 13, 43-54.
- Rich, M. W., Gray, D. B., Beckham, V., Wittenberg, C., & Luther, P. (1995). Effect of a multidisciplinary intervention on medication compliance in elderly patients with congestive heart failure. *American Journal of Medicine*, 101, 270-276.
- Riegel, B., Carlson, B., Moser, D. K., Sebern, M., Hicks, F. D., & Roland, V. (2004). Psychometric testing of the self-care of heart failure index. *Journal of Cardiac Failure*, 10, 350-360.
- Rockwell, J. M., & Riegel, B. (2001). Predictors of self-care in persons with heart failure. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care*, 30, 18-25.
- Scotto, C. J. (2005). The lived experience of adherence for patients with heart failure. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 25, 158-163.
- Smeltzer, C. S., Brenda, G. B., Janice, L. H., & Kerry, H. C. (2008). *Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (11th Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- 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.
- Wright, S. P., Walsh, H., Ingle, K. M., Muncaster, S. A., Gamble, G. A., Pearl, A., et al. (2003). Uptake of self-management strategies in a heart failure management programme. *European Journal of Heart Failure*, 5, 371-380.

Effects of a Supportive Educational Program on Functional Status and Self-Care of Persons with Heart Failure

Juntima Rerkluenrit* Ph.D. (Nursing)

Pasharin Khwanchai** M.Sc. (Medical-Surgical Nursing)

Tassanee Soiorn*** B.N.S.

Abstract: Heart failure has become a serious source of human suffering in both physical function and emotional well-being. From a literature review, self-care has shown to prevent persons with heart failure from the complications. The objective of this quasi-experimental research was to examine the effect of a supportive educational program on functional status and self-care of persons with heart failure. Purposive sampling was used to recruit 66 patients from the university hospital, Thailand. The sampling was divided into 33 patients each of a control group and experimental group. The control group received usual nursing care whereas the experimental group was given usual nursing care along with a supportive educational program developed by the researchers between August 2009 and June 2010. Data were collected using 3 sets of questionnaires including 1) the Demographic and Medical Form, 2) the Self-Care of Heart Failure Index Questionnaire, and 3) the Heart Failure Functional Status Inventory Questionnaire. The study revealed that the mean scores of functional status and self-care of the experimental group were significantly higher than those of the control group. The findings suggest that the supportive educational program should be used to promote functional status and self-care effectiveness in persons with heart failure.

Keywords: Supportive educational program, Functional status, Self-care, Persons with heart failure

*Corresponding author, Instructor, Department of Adult Nursing, Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University, E-mail: juntima@swu.ac.th

**Assistant Professor, Department of Adult Nursing, Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University

*** Registered Nurse, Panyananthaphikhu Chonprathan Medical Center, Srinakharinwirot University