

การพัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวใน จังหวัดนครนายก: การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ, ปร.ด. (การพยาบาล)*

ศศิธร วรรณพงษ์, วท.ม. (สรีรวิทยา)**

บทคัดย่อ: วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในจังหวัดนครนายก

การออกแบบวิจัย: วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การดำเนินการวิจัย: ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 38 คน ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วยผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว 24 คน ผู้ดูแล 6 คน พยาบาล 6 คน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจและทรวงอก 1 คน และเภสัชกร 1 คน การดำเนินการแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 พัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเอง และขั้นตอนที่ 2 ประเมินผลภายหลังการทดลองใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้น การเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2556 โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยคำถามกึ่งโครงสร้างและการสนทนากลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย: ในขั้นตอนที่ 1 พบว่า โปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการพัฒนาขึ้น เรียกว่า โปรแกรม “LATH” ประกอบด้วย “L” หมายถึง การเรียนรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว การดูแลตนเองที่เหมาะสม อาการและอาการแสดงที่สำคัญ รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น สำหรับ “A” หมายถึง การกระตุ้นให้ผู้รับบริการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค และเกิดความตระหนักในการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง “T” หมายถึง การติดตามอาการและการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และ “H” หมายถึง การเยี่ยมบ้าน เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ผลการศึกษาใน ขั้นตอนที่ 2 พบว่า ภายหลังจากดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมนี้ ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ข้อเสนอแนะ: โปรแกรมการดูแลตนเองนี้ สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

วารสารสภาการพยาบาล 2557; 29 (4) 64-78

คำสำคัญ : โปรแกรมการดูแลตนเอง ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

* ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ Email: aee_swu@hotmail.com

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีพยาธิสภาพเกิดขึ้นที่หัวใจอย่างถาวร ทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ได้เพียงพอ กับความต้องการ¹ ร้อยละ 60-70 ของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะเสียชีวิตภายใน 5 ปี²⁻³ ในขณะที่ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ยังคงมีชีวิตอยู่และต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลมีการดำเนินของโรคที่เลวร้ายมากกว่าเมื่อเทียบกับความเจ็บป่วยอื่นๆ เช่น มะเร็งเต้านม และมะเร็งต่อมลูกหมาก เป็นต้น⁴ ทั้งนี้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีอัตราการเข้ารับการรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลค่อนข้างสูง ซึ่งสาเหตุสำคัญมาจากการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมกับโรค โดยเฉพาะการปฏิบัติตามแผนการรักษาไม่ครบถ้วน²⁻³ มีการศึกษาที่พบว่าวิธีที่ดีที่สุดวิธีหนึ่งที่จะช่วยลดการนอนโรงพยาบาลบ่อยๆ ของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวคือ การดูแลตนเองอย่างเหมาะสมนั่นเอง⁵⁻⁶

การดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นเรื่องที่ยากและค่อนข้างซับซ้อน เนื่องจากอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะแรกอาจไม่รุนแรง อีกทั้งอาการและอาการแสดงของภาวะนี้ไม่ได้มีเพียงอาการเดียว แต่เป็นกลุ่มอาการที่ต้องการการสังเกตและการมีความรู้ที่ถูกต้องในการประเมินอีกด้วย ทำให้ผู้ที่ไม่มีประสบการณ์หรือไม่มีความรู้ อาจไม่ได้นึกถึงภาวะหัวใจล้มเหลวตั้งแต่แรก ทำให้เข้ารับการรักษาล่าช้า นอกจากนี้การดูแลภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างต่อเนื่องจำเป็นต้องใช้แรงใจของผู้ที่เจ็บป่วยเป็นอย่างมาก เนื่องจากแผนการรักษาส่วนใหญ่กระทบกับวิถีชีวิตที่เคยเป็นมาทั้งชีวิตของผู้รับบริการ ดังนั้นการดูแลตนเองจึงไม่ใช่เฉพาะการทำตามแผนการรักษาของแพทย์เท่านั้น แต่ยังเป็น การดูแลเพื่อให้ตัวผู้รับบริการเองสามารถอยู่ร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างปกติสุขอีกด้วย^{2=3, 7-8}

ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในจังหวัดนครนายก ต้องมีการดูแลตนเองเช่นเดียวกับผู้รับบริการที่มีภาวะเดียวกันในจังหวัดอื่นๆ อย่างไรก็ตามขั้นตอนหรือกระบวนการในการเรียนรู้เพื่อให้มีการดูแลตนเองที่เหมาะสมนั้น อาจมีข้อแตกต่างบางประการที่ต่างจากผู้รับบริการที่อาศัยในจังหวัดอื่นหรือในประเทศอื่น เนื่องจากบริบทที่ต่างกัน จังหวัดนครนายกเป็นจังหวัดในภาคตะวันออก ที่มีประชากรประมาณสองแสนกว่าคน มีทั้งที่นับถือศาสนาพุทธและศาสนาอิสลาม ในบางอำเภอ เช่น อำเภอองครักษ์มีจำนวนวัดและจำนวนมัสยิดมากพอๆ กัน คือ 27 และ 21 แห่งตามลำดับ⁹ จึงอาจกล่าวได้ว่า นครนายกเป็นจังหวัดที่มีความหลากหลายของวัฒนธรรม และแม้ว่าจังหวัดนครนายกอยู่ห่างจากจังหวัดกรุงเทพฯ ประมาณ 105 กิโลเมตร ตามถนนรังสิต-นครนายก แต่ส่วนใหญ่ยังคงความเป็นธรรมชาติไว้มาก ทำให้การเดินทางเพื่อไปยังสถานบริการสุขภาพในบางพื้นที่ยังไม่สะดวกมากนัก อีกทั้งลักษณะครอบครัวของประชาชนในจังหวัดนครนายกส่วนใหญ่ยังคงเป็นครอบครัวขยาย การประกอบอาหารจึงมักทำขึ้นสำหรับบริโภคพร้อมกันทั้งครอบครัว สำหรับด้านบริการสาธารณสุข พบว่า พ.ศ. 2546-2553 โรคหัวใจเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 มาตลอด⁹

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่างานวิจัยในต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่เน้นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการยึดมั่นในการปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยเฉพาะในเรื่องของอาหาร การออกกำลังกาย และการปฏิบัติตามแผนการรักษา ทั้งนี้มีการวิจัยเชิงทดลองซึ่งพบว่ามีโปรแกรมที่ใช้ในการทดลองซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพต่อการดูแลตนเอง^{2-4,10-12} สำหรับประเทศไทย งานวิจัยเชิงทดลองส่วนใหญ่มีการใช้โปรแกรมที่พัฒนาโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม

ที่เกี่ยวข้องเช่นเดียวกับต่างประเทศ¹³⁻¹⁶ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าโปรแกรมที่ใช้เพื่อช่วยเพิ่มศักยภาพของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีประสิทธิภาพ แต่ยังคงมีอัตราการรักษาตัวในโรงพยาบาลเข้าค่อนข้างสูง ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่า โปรแกรมส่วนใหญ่มาจากการพัฒนาโดยทีมผู้วิจัย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยพบที่ยังไม่มีงานวิจัยที่พัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองที่มาจากการระดมสมองและความคิดของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้องหรือผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วย ด้วยเหตุนี้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในครั้งนี้นี้จึงถูกจัดทำขึ้น เนื่องจากผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ครอบครัว หรือผู้ดูแลผู้รับบริการที่บ้าน รวมถึงบุคลากรสาธารณสุขที่มีส่วนในการดูแลตนเองของผู้รับบริการ ผู้วิจัยคาดหวังว่าข้อมูลที่ได้อาจจะเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และส่งผลให้เกิดการพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่อาศัยในจังหวัดนครนายกต่อไป

กรอบแนวความคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดของการวิจัยครั้งนี้มาจากกรอบแนวคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดที่ประยุกต์มาจากแนวคิดของโคเฮน และอับฮอฟ¹⁷ และทฤษฎีระดับปฏิบัติการเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว¹⁸ โดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมในงานวิจัยนี้มีเป้าหมายในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง^{2-3,7-8,10,13-15,19} พบว่า ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นสถานการณ์ที่กำลังเป็นปัญหาทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ประเทศ และ

ระดับโลก จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจจากผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาและเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งเน้นคนเป็นศูนย์กลาง (people centered) ประกอบด้วย การผสมผสานความรู้ ปรัชญา แนวคิด และวิธีการของการวิจัยหลากหลายสาขาเข้าด้วยกัน ประกอบด้วย ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ดูแล และบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง โดยทุกคนมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและวิเคราะห์แนวทางการแก้ไข มีการเข้าร่วมประชุมร่วมแสดงความคิดเห็น ร่วมให้ข้อมูล ตลอดจนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่จะเลือกจัดทำโครงการต่างๆ นอกจากนี้ยังมีส่วนร่วมในการวางแผนและการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ การรับประโยชน์ และการประเมินผล สำหรับทฤษฎีระดับปฏิบัติการเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว¹⁸ ให้แนวทางในการอธิบายและพัฒนาผลลัพธ์การรักษายาบาล ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยเน้นให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถจัดการสุขภาพได้โดยต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม มีการดูแลตนเองเพื่อรักษาสุขภาพ มีการตัดสินใจที่ดีเมื่ออาการกำเริบ มีการดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการเหล่านั้นประสบความสำเร็จ ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีความมั่นใจในการดูแลตนเองได้อย่างสม่ำเสมอ จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการเสื่อมถอยของสุขภาพ และหากเมื่อมีอาการเกิดขึ้น ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต้องเรียนรู้ในการประเมินจดจำ แยกแยะอาการของหัวใจล้มเหลว ส่งผลให้การรักษาได้ผลดี ความมั่นใจในการดูแลตนเองจะเพิ่มมากขึ้น ดังกล่าวข้างต้น จึงเป็นที่มาของกรอบแนวคิดในงานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในครั้ง นี้ โดยยึดหลักการว่า ในการพัฒนาแนวทางการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ดูแล และบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องโดยตรง ดังนั้นข้อมูลที่น่าสนใจ

พัฒนาจึงควรมาจากการมีส่วนร่วม โดยจากการระดมสมอง หาข้อตกลง ทำความเข้าใจในรายละเอียดเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ในจังหวัดนครนายกต่อไป โดยมุ่งตามกรอบของทฤษฎีระดับปฏิบัติการเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว¹⁸

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในจังหวัดนครนายก

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โครงร่างวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลที่เป็นสถานที่เก็บข้อมูล หนังสือรับรอง SWUEC-EX28/ 2556

ประชากรในการวิจัยนี้ คือ ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในจังหวัดนครนายก ญาติผู้ดูแล แพทย์ พยาบาล และเภสัชกรที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างหรือเรียกว่า “ผู้ให้ข้อมูล” ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ประกอบด้วย 1) ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) ญาติผู้ดูแล คัดเลือกจากสมาชิกในครอบครัว ที่ทำหน้าที่ดูแลอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน 3) ผู้ดูแลที่เป็นแพทย์ พยาบาล และเภสัชกรคัดเลือกจากผู้ที่มีประสบการณ์ตรงและปัจจุบันยังคงทำหน้าที่ในการดูแลผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดต้องเต็มใจในการให้ข้อมูล ภายหลังได้รับการอนุมัติให้เก็บข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการ

วิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล และประโยชน์ของการวิจัยโดยละเอียดแก่ผู้เกี่ยวข้อง ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน โดยเมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยขอให้ผู้ให้ข้อมูลลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรตามความสมัครใจที่จะเข้าร่วมวิจัย และผู้ให้ข้อมูลทุกคนได้รับการชี้แจงว่าสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลและการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ ในการเผยแพร่ข้อมูล ผู้วิจัยจัดกระทำในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการเอ่ยอ้างนามของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้มีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 38 คน ประกอบด้วยผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว 24 คน ผู้ดูแล 6 คน พยาบาล 6 คน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและทรวงอก 1 คน และเภสัชกร 1 คน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการทำกลุ่มสนทนาจนข้อมูลอิ่มตัว ไม่มีข้อคำถามใหม่เกิดขึ้น ทั้งนี้ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2556 โดยในการเก็บข้อมูลสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลใช้บริการและบ้านของผู้ให้ข้อมูล การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 พัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเอง โดยการมีส่วนร่วมของผู้ให้ข้อมูลทุกคน โดยมุ่งเน้นการวิเคราะห์จุดอ่อนและจุดแข็งของการดูแลตนเองในสถานการณ์ปัจจุบัน และแนวทางการแก้ไขเพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเอง การดำเนินการใช้วิธีสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เภสัชกร และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและทรวงอก คนละ 1-2 ครั้ง และการทำกลุ่มสนทนาในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพและญาติผู้ดูแลของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวนทั้งสิ้น 3 ครั้ง ซึ่งการเลือกวิธีการให้ได้มาซึ่งข้อมูลขึ้นกับความสะดวกและความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล

โดยในขั้นตอนที่ 1 นี้ ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

ด้านโรคหัวใจและทรวงอก เกสัชกร และการทำกลุ่มสนทนาในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ดูแลที่มีสมาชิกในครอบครัวมีภาวะหัวใจล้มเหลว และกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ จากนั้นจึงขอให้ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายของการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว การวิเคราะห์จุดอ่อนจุดแข็งของการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในสถานการณ์ปัจจุบัน ตัวอย่างคำถามสำหรับผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น “คุณคิดว่าโรคหัวใจที่เป็นอยู่เกิดจากอะไร” “คุณ (ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว) คิดว่าการดูแลตนเองสำหรับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ควรทำอะไรบ้าง” “บุคลากรสาธารณสุข (แพทย์พยาบาล เกสัชกร) ให้คำแนะนำหรือความช่วยเหลืออย่างไร” “จากคำแนะนำของบุคลากรสาธารณสุข มีสิ่งใดบ้างที่คุณลำบากใจที่จะปฏิบัติตาม” “เพราะเหตุใดคุณจึงรู้สึกลำบากใจที่จะปฏิบัติตาม” เป็นต้น ตัวอย่างคำถามสำหรับผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ดูแลและบุคลากรสาธารณสุข เช่น “การดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่างจากโรคหัวใจอื่น ๆ หรือไม่ อย่างไร” “คุณคิดว่าความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เป็นอยู่เป็นอย่างไร” “คุณคิดว่า การดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เป็นอยู่มีจุดอ่อนจุดแข็งอะไรบ้าง” เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2 การทดลองใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นโดยผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 24 คน ทำและประเมินผลโดยตอบแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองก่อนเข้าร่วมการวิจัยในขั้นตอนที่ 1 จากนั้นขอให้ทำแบบสอบถามชุดเดียวกันซ้ำอีกครั้งภายหลังดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการดูแลตนเองที่พัฒนาขึ้นแล้วประมาณ 12 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือ 5 ประเภท คือ

1. แนวคำถามในการสัมภาษณ์ เป็นคำถามกึ่งโครงสร้าง เพื่อวิเคราะห์ปัญหาของสถานการณ์การดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในปัจจุบัน

ซึ่งแนวคำถามนี้ผ่านการพิจารณาและให้คำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์แพทย์เฉพาะทางโรกระบบหัวใจและทรวงอก 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยแบบมีส่วนร่วม 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญในเรื่องการพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติในระบบหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน

2. ผู้วิจัย เป็นเครื่องมือในการทำวิจัยแบบมีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยหลักได้รับการอบรมเรื่องการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จากสถาบันวิจัยประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล และจาก School of Nursing, University of North Carolina, Chapel Hill

3. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เป็นข้อความเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ สิทธิในการรักษาพยาบาล เป็นต้น ส่วนที่ 2 สำหรับผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากบันทึกการตรวจรักษา เป็นข้อมูลทางด้านระยะเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวและการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน โรคประจำตัว ประวัติการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

4. แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 หมายถึง ไม่พึงพอใจ จนถึง 5 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด คะแนนรวมมากหมายถึง มีความพึงพอใจมาก และมีเกณฑ์การให้คะแนนเฉลี่ยเป็นช่วง ๆ คือ 0-15, 16-30, 31-45, 46-59, และ ≥ 60 คะแนน หมายถึง ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความพึงพอใจในบริการในเกณฑ์น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ตามลำดับ เครื่องมือได้ผ่านการทดสอบหาความตรง และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .95

5. แบบสัมภาษณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วย หัวใจล้มเหลว (Self-Care of Heart Failure Index: SCHFI) พัฒนาโดย Riegel และคณะ¹⁸ ประกอบด้วย การประเมินการดูแลตนเอง 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 การดูแลตนเองเพื่อรักษาสุขภาพ (self-care maintenance) ส่วนที่ 2 การดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ (self-care management) และส่วนที่ 3 ความมั่นใจในการดูแลตนเอง (self-care confidence) โดยมีข้อคำถามรวม 16 ข้อ ซึ่งจอมและคณะ²⁰ ได้รับอนุญาตให้แปลและตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน รวมทั้งมีการนำไปใช้กับผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 10 ราย เครื่องมือนี้ได้ผ่านการทดสอบหาความตรง และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาฉบับรวมเท่ากับ .85

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติหาค่าร้อยละและค่าเฉลี่ย และในกรณีของข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยวิเคราะห์พร้อมกับการเก็บข้อมูล โดยถอดคำสัมภาษณ์หรือการทำกลุ่มสนทนาคำต่อคำภายหลังการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบข้อมูล จัดหมวดหมู่ของข้อมูล หาความสัมพันธ์หรือความคล้ายคลึงของข้อมูล เพื่อให้ได้กลุ่มและหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว²¹ จากนั้นนำไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

1. ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 24 คน เป็นเพศชายและเพศหญิงจำนวนเท่ากัน อายุเฉลี่ย 65.4 ปี (SD 8.9) มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 66.7 ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 79.2 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 54.2 มีรายได้เฉลี่ย 6,025 บาท (SD 8.3) โดยมีรายได้ระหว่าง 600-32,000 บาท

สิทธิในการรักษาพยาบาลที่ใช้มากที่สุดคือ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 79.2 สำหรับข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคในระดับ 2-3 ร่วมกัน¹ โดยมี LVEF ระหว่าง 33.3-71.9% และมีภาวะหัวใจล้มเหลวมานาน 1 เดือน ถึง 10 ปี และกลุ่มตัวอย่างทุกรายมีโรคประจำตัวซึ่งเป็นโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดอย่างน้อย 1 โรค โดยโรคที่พบมากเป็น 3 อันดับแรกได้แก่ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 79.2) โรคหลอดเลือดหัวใจ (ร้อยละ 30.0) และหัวใจโต (ร้อยละ 20.8) ตามลำดับ ทั้งนี้กลุ่มยาที่ใช้มากที่สุดคือ กลุ่มยาขับปัสสาวะ (Diuretic) (ร้อยละ 86.7) รองลงมาคือ ยาในกลุ่ม ACE inhibitors (ร้อยละ 76.7) ตามลำดับ ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.7) เคยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 1 ครั้ง ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

2. ผู้ดูแลผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 6 คน ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 87.5 เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 20-68 ปี อายุเฉลี่ย 40.5 ปี (SD 14.1) มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 81.3 รองลงมาคือ หม้าย ร้อยละ 12.5 และโสด ร้อยละ 6.2 ตามลำดับ ส่วนใหญ่จบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 43.9 ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 50.0 โดยมีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 5,437.5 บาท (SD 4.7) รายได้อยู่ระหว่าง 1,000-18,000 บาทต่อเดือน

3. บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 8 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจและทรวงอก จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 6 คน และเภสัชกร จำนวน 1 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่าง 3-10 ปี

การพัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเอง

โปรแกรมการดูแลตนเองที่พัฒนามาจากการมีส่วนร่วมของผู้ให้ข้อมูลจำนวน 38 คน ผลการวิจัย

พบปัญหาในการดูแลตนเองรวมถึงกิจกรรมในการแก้ปัญหา ดังนี้

1. ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และผู้ดูแลบางคน มีความรู้และความเข้าใจในเรื่องโรค สาเหตุ อาการ และอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน การรักษา และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค แต่ไม่ครบถ้วน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าต้องการข้อมูลเพิ่มเติม และมีส่วนที่มีความเข้าใจไม่ถูกต้อง ดังคำสัมภาษณ์ที่ว่า

“โรคที่เป็นอยู่ (ภาวะหัวใจล้มเหลว) น่าจะเป็นเพราะไม่ค่อยออกกำลังกาย ร่างกายเลยอ่อนแอ แล้วยังต้องเดินทางเข้ากรุงเทพฯ บ่อย เลยตกวันพิษมากกว่าคนอื่น”

“ไม่รู้เลยว่าหัวใจไม่ดี แรกเริ่มเดิมทีตา (ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว) มีความดันสูง ก็ปวดหัว ปวดเมื่อยตัวไปเรื่อย บางทีมันก็น้ำมีด ก็คิดว่าความดันขึ้น พอมาหาหมออีกทีก็เป็น (ภาวะหัวใจล้มเหลว) แล้ว”

กิจกรรมในการแก้ปัญหา คือ การจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และผู้ดูแล

การประเมินผล และการสะท้อนกลับ: จากการประเมินด้วยการสอบถามภายหลังการสอน 1 ครั้ง ประมาณ 20-30 นาที พบว่าผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้น สำหรับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเกี่ยวกับสาเหตุ อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน และการรักษา ไม่เพิ่มขึ้น สะท้อนให้เห็นว่าการให้ความรู้ต้องใช้เวลาและความถี่

2. บุคลากรสาธารณสุขให้ข้อมูลว่ามีปัญหาเกี่ยวกับจำนวนบุคลากรที่ไม่ได้สัดส่วนกับจำนวนผู้รับบริการ ส่งผลต่อการบริหารบุคคล ทำให้ต้องใช้บุคลากรสาธารณสุขที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่

มีภาวะหัวใจล้มเหลวน้อยมาให้บริการ ซึ่งอาจทำให้การเน้นในเรื่องการดูแลตนเองไม่ครบถ้วน นอกจากนี้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุจึงไม่สะดวกที่จะเดินทางตามลำพัง ทำให้มีข้อจำกัดในการมาพบแพทย์ตามนัด หรือไม่สามารถมาพบแพทย์ก่อนนัดเมื่อมีปัญหา ทำให้ไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังคำสัมภาษณ์ที่ว่า

“การขาดแคลนพยาบาลเป็นปัญหาใหญ่มาก ทำให้ต้องโยกคนไปมา บางคนก็อาจไม่ค่อยเจอเคสหัวใจ พอต้องมาเจอก็รู้แหละว่าต้องแนะนำยังไง แต่บางครั้งอาจลืมปัญหาเฉพาะเคสไป ทำให้ขาดการเน้นการย้ำในบางเรื่อง เพราะคนไข้แต่ละคนปัญหาก็อาจไม่เหมือนกัน ซึ่งตรงนี้ต้องอาศัยประสบการณ์จริงๆ”

“บางที่ตอนพี่ (ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว) อยู่โรงพยาบาลมันไม่มีปัญหา แต่พอกลับบ้านมันกลับมี อย่างงี้ก็มีบ่อย ก็อยากให้มีหมอมมาให้คำปรึกษา”

กิจกรรมในการแก้ปัญหา คือ การจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่บุคลากรสาธารณสุขที่ขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และการจัดกิจกรรมที่สามารถให้การดูแลผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผล และการสะท้อนกลับ จากการประเมินด้วยการสอบถาม พบว่า การติดตามและการดูแลผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างต่อเนื่องที่ดีที่สุดคือ การโทรศัพท์ เนื่องจากที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ตลอด แต่ปัญหาที่พบคือบางครั้งผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหรือผู้ดูแลไม่สามารถอธิบายอาการที่ผิดปกติได้ชัดเจน จึงมีข้อเสนอว่าน่าจะต้องมีการเยี่ยมบ้านร่วมด้วย

3. ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และผู้ดูแลบางคนขาดความตระหนักในการปฏิบัติตามแผนการรักษา และไม่เห็นความจำเป็นในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง โดยเฉพาะเรื่องการรับประทานยา เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุจึงมักหลงลืมการรับประทานยา เมื่อนึกได้มักจะมารับประทานเนื่องจากคิดว่าไม่เป็นไร มีผู้ให้ข้อมูลบางรายที่เพิ่มจำนวนยาขับปัสสาวะเอง เมื่อรู้สึกว่าการตนเองมีอาการเหนื่อย คิดว่าไม่จำเป็นต้องไปพบแพทย์ ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลบางรายไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาเนื่องจากไม่มีอาการผิดปกติ ทั้งนี้ให้เหตุผลว่าเก็บไว้รับประทานเวลามีอาการกำเริบ ในกรณีอาหาร ส่วนใหญ่รับประทานอาหารในรูปแบบเดิม ไม่เปลี่ยนแปลง ดังคำสัมภาษณ์ที่ว่า

“กินอย่างนี้มาชั่วชีวิต จะให้เปลี่ยนคงไม่ได้ ถ้าเปลี่ยนแบบที่หมอกับพยาบาลบอก ก็กินไม่ลงไม่อร่อย”

กิจกรรมในการแก้ปัญหา คือ การสร้างความตระหนักให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตามแผนการรักษาและการดูแลตนเองที่ถูกต้อง

การประเมินผล และการสะท้อนกลับ: จากการประเมินด้วยการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตามแผนการรักษาและการดูแลตนเองที่ถูกต้อง สิ่งที่สำคัญคือแรงสนับสนุนจากครอบครัวและกำลังใจจากบุคลากรสาธารณสุข ดังคำสัมภาษณ์ที่ว่า

“ผมคิดว่าครอบครัวสำคัญมาก แฟนผมเค้าก็ดูแลผมดีมาก ยิ่งพอรู้ว่าหัวใจผมไม่ดี ก็คอยดูแลกำกับตลอด ให้กำลังใจมาก ๆ บางทีเมื่อก่อนตอนเป็นใหม่ๆ พอมัน (อาการ) ดี ผมก็ขี้งูสบุหรี เค้าก็ห้าม ร้องให้ บอกว่าถ้าผมเป็นอะไรไป ครอบครัวจะอย่างไร ผมก็ไม่สบายใจก็เลยตั้งใจว่าจะดูแลตัวเองให้ดีกว่าเดิม”

“ยายคิดว่าน่าจะเป็นคุณหมอกับคุณพยาบาลคะ สิ่งที่หมอกับพยาบาลช่วยมากที่สุดน่าจะเป็นการสอน การบอกว่าให้กินอะไร ไม่ให้กินเค็ม ถ้าหมอไม่บอก ยายก็ไม่รู้เพราะไม่ได้เรียนหนังสือ หมอทุกคนพูดดี ไม่ดุ แล้วส่วนใหญ่เค้าก็เข้าใจนะ เวลาให้ลูกมาขอยา เพราะยายมาไม่ไหว มันลำบาก นักรถหลายต่อ เค้าก็ให้แต่ก็บอกว่าคราวหน้าต้องมานะ”

จากปัญหา กิจกรรม การประเมินผลและการสะท้อนกลับจึงนำมาสู่การพัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่พัฒนาโดยมีส่วนร่วมของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ดูแล แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและทรวงอก พยาบาลวิชาชีพ และเภสัชกร เรียกว่า “โปรแกรม LATH” ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 4 อย่าง ได้แก่

“Learning: L” หมายถึง การเรียนรู้ ซึ่งมี 2 รูปแบบ คือ 1) การเรียนรู้จากบุคลากรสาธารณสุข ทั้งความรู้เรื่องโรค สาเหตุ อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน การรักษา และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค ทั้งนี้การให้ความรู้ในรูปแบบนี้จะทำเป็นระยะๆ ในทุกครั้งที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหรือผู้ดูแลมาพบแพทย์ ผู้ให้ข้อมูลระบุว่า บุคลากรสาธารณสุขควรมีการเน้นเนื้อหาที่ต่างกันในผู้ใช้บริการแต่ละราย ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวรายใหม่ควรได้รับความรู้ที่เน้นการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น หากปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมกับโรค สำหรับผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมาแล้วระยะหนึ่ง ควรได้รับความรู้ที่เน้นการปรับจุดอ่อนของแต่ละราย 2) การเรียนรู้จากประสบการณ์ ทั้งนี้บุคลากรสาธารณสุขควรมีกลยุทธ์ในการให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และ/หรือผู้ดูแลสะท้อนประสบการณ์ที่ได้รับ และวิเคราะห์สาเหตุ วิธีการจัดการและเหตุผลของการตัดสินใจเลือกวิธีการ

จัดการ เพื่อบุคลากรให้ข้อมูลในการคิดและจัดการที่เหมาะสมต่อไป

“Activating: A” การกระตุ้นให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ดูแล และครอบครัว เกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญและความจำเป็นในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง โดยการหาสื่อต่างๆ เช่น สมุดบันทึกน้ำหนัก เมนูอาหารที่นำรับประทานโดยไม่ต้องใช้ส่วนประกอบของอาหารที่มีโซเดียม หรือยกตัวอย่างกรณีศึกษาที่ปฏิบัติตามแผนการรักษาและกรณีศึกษาที่ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา หรือจัดให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ดูแล และครอบครัวได้พบปะพูดคุยกับผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ตรงทั้งจากการปฏิบัติตามแผนการรักษา และไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา

“Telephone calling: T” การโทรศัพท์เพื่อติดตามและเยี่ยมเยียนอาการหลังจากที่ผู้ป่วยพบแพทย์ประมาณ 2 สัปดาห์ หรือก่อนพบแพทย์ 2 สัปดาห์ โดยสลับกับการเยี่ยมบ้าน จุดประสงค์ของการโทรศัพท์นอกจากติดตามอาการแล้วยังทำให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวรู้สึกอุ่นใจ มีที่พึ่งที่ปรึกษา ไม่ขาดการรักษาโดยไม่ทราบสาเหตุ

“Home visiting: H” ผู้ให้ข้อมูลให้นิยาม “การเยี่ยมบ้าน” หมายถึง การที่บุคลากรสาธารณสุขไปตรวจรักษาที่ชุมชนที่ผู้ใช้บริการอยู่ อาจเป็นที่บ้านที่ประกอบกิจกรรมทางศาสนา โดยมีการนัดหมายก่อนล่วงหน้าและมีความสม่ำเสมอ เนื่องจากในบางช่วงเวลาอาจไม่สะดวกในการให้เยี่ยม เช่น ในช่วงถือศีลอดในเดือนรอมดอน เนื่องจากผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวไม่สามารถรับประทานอาหารได้ในช่วงที่พระอาทิตย์ยังไม่ตก ดังนั้นจึงต้องการรักษาพลังงานที่มีอยู่และเพื่อป้องกันการกระหายน้ำ สำหรับผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ อาจไม่สะดวกในช่วงวันพระใหญ่ (วันข้างขึ้นและวันข้างแรม 15 ค่ำ) เพราะต้องไปทำบุญที่วัด ดังนั้น

หากบุคลากรสาธารณสุขเยี่ยมที่บ้านโดยไม่นัดหมาย อาจไม่พบ ทำให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหรือผู้ดูแลเสียโอกาสในการซักถามปัญหาที่อาจเกิดขึ้น และทำให้บุคลากรสาธารณสุขเสียเวลา ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นพ้องกันว่า ควรมีการเยี่ยมบ้านอย่างน้อย 1 ครั้ง ภายหลังจากพบแพทย์ โดยช่วงเวลาของการเยี่ยมบ้านที่ดีที่สุดที่ควรทำเป็นแบบแผน คือ หลังพบแพทย์อย่างน้อย 1 เดือน ทั้งนี้หมายรวมถึงต้องมีกิจกรรมการโทรศัพท์เพื่อเยี่ยมอาการก่อน ยกตัวอย่างเช่น พบแพทย์วันที่ 1 มีนาคม แพทย์นัดครั้งต่อไปวันที่ 1 พฤษภาคม บุคลากรสาธารณสุขควรเยี่ยมบ้านวันที่ 31 มีนาคม โดยมีการโทรศัพท์ติดตามก่อนหรือหลังการเยี่ยมบ้านในวันที่ 15 มีนาคม และ 15 เมษายน เป็นต้น ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและผู้ดูแลให้เหตุผลว่าการเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข ทำให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย หากเกิดปัญหา ก่อนวันนัด เช่น ยาหมด หรือมีอาการผิดปกติที่ไม่แน่ใจว่าควรไปพบแพทย์หรือไม่ การเยี่ยมบ้านนี้ทำให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีที่พึ่งที่ปรึกษา และมีผู้สนับสนุนในการตัดสินใจ

ขั้นตอนที่ 2 ขึ้นประเมินผลภายหลังการทดลองใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ผลการวิจัยพบว่า ก่อนเข้าร่วมการวิจัยคะแนนเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเท่ากับ 38.2 คะแนน (SD 8.7) ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับที่ไม่เหมาะสม และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้านมีคะแนนเฉลี่ยในระดับไม่เหมาะสมทั้งสิ้น ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองภายหลังดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม “LATH” ของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเท่ากับ 81.1 คะแนน (SD 5.0) ซึ่งมากกว่า 70 คะแนน และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้านมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 70 คะแนน จึงอยู่ในระดับที่เหมาะสมทุกด้าน (ตารางที่ 1)

เมื่อนำข้อมูลก่อนและหลังดำเนินตามแนวทางการดูแลตนเองที่ร่วมกันพัฒนาขึ้นมาวิเคราะห์ ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลตนเองภายหลังดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม LATH สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($t = 27.6$; $df = 23$) โดยเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลตนเองรายด้านทั้ง 3 ด้าน พบว่า

คะแนนเฉลี่ยของการดูแลตนเองเพื่อรักษาสุขภาพ การดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ และความมั่นใจในการดูแลตนเองภายหลังดำเนินดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม LATH สูงกว่าก่อนดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.001 ($t = 17.2, 23.4$ และ 16.8 ; $df = 23$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังการใช้โปรแกรม LATH (n=24)

| ความสามารถในการทำกิจกรรมและการดูแลตนเอง | Min | Max | Mean | SD | t-test | p-value |
|---|-----|-----|------|------|--------|---------|
| ความสามารถในการทำกิจกรรมโดยรวม | | | | | 27.6 | <0.001 |
| ก่อนทดลอง | 25 | 75 | 38.2 | 8.7 | | |
| หลังทดลอง | 75 | 100 | 81.1 | 5.0 | | |
| การดำรงพฤติกรรมดูแลตนเอง | | | | | 17.2 | <0.001 |
| ก่อนทดลอง | 25 | 75 | 39.0 | 11.2 | | |
| หลังทดลอง | 75 | 100 | 83.5 | 7.1 | | |
| การจัดการในการดูแลตนเอง | | | | | 23.4 | <0.001 |
| ก่อนทดลอง | 25 | 75 | 40.6 | 10.4 | | |
| หลังทดลอง | 75 | 100 | 84.9 | 7.1 | | |
| ความมั่นใจในการดูแลตนเอง | | | | | 16.9 | <0.001 |
| ก่อนทดลอง | 25 | 50 | 34.9 | 10.9 | | |
| หลังทดลอง | 50 | 100 | 75.0 | 10.1 | | |

ผลการวิจัยยังพบว่าการเยี่ยมบ้านผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวของบุคลากรสาธารณสุข ทำให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและครอบครัว ร้อยละ 83.3 เกิดความพึงพอใจในระดับมากที่สุด รองลงมาคือระดับมาก ร้อยละ 16.7 โดยให้เหตุผลว่าทำให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย หากเกิดปัญหาในวันนัด

การอภิปรายผล

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า โปรแกรมการดูแลตนเอง (LATH) ที่ประกอบด้วยการเรียนรู้ การกระตุ้นให้เกิดการตระหนัก การติดตามเยี่ยมทั้งทางโทรศัพท์ และการเยี่ยมบ้านนั้น สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา¹³⁻¹⁷ งานวิจัยที่ผ่านมาบางเรื่องเน้นเฉพาะการให้ความรู้

บางเรื่องเน้นการให้ความรู้ร่วมกับการเยี่ยมบ้าน บางเรื่องเน้นการให้ความรู้ร่วมกับการเยี่ยมบ้านสลับกับการโทรศัพท์ติดตาม ซึ่งผลการวิจัยในแต่ละเรื่องที่ผ่านมาพบว่า ทุกโปรแกรมมีประสิทธิภาพในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ที่มีความหิวใจล้มเหลว อย่างไรก็ตาม จากการสังเกตพบว่า ทุกโปรแกรมมีกิจกรรมที่เหมือนกันอย่างหนึ่ง คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ซึ่งตรงกับกิจกรรมแรกของโปรแกรม LATH อาจอธิบายได้ว่า การดูแลตนเองเป็นเรื่องของความสมัครใจและความตั้งใจที่จะกระทำการดูแลสุขภาพตนเอง ดังนั้นการทำความเข้าใจกับผู้ที่มีความหิวใจล้มเหลวด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน การรักษา และการปฏิบัติตามแผนการรักษาจึงถือเป็นพื้นฐานในการดูแลตนเองที่เหมาะสมต่อไป อย่างไรก็ตามโปรแกรม LATH มีความแตกต่างจากงานวิจัยอื่น เนื่องจากเป็นโปรแกรมที่มาจากการร่วมกันของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งผู้ที่มีความหิวใจล้มเหลว สมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ที่มีความหิวใจล้มเหลว และทีมบุคลากรสาธารณสุข ร่วมกันคิดวิเคราะห์ปัญหาของสถานภาพในการดูแลตนเองของผู้ที่มีความหิวใจล้มเหลว การวิเคราะห์เพื่อค้นหากิจกรรมและร่วมกันพัฒนาจนได้โปรแกรมดังกล่าวที่น่าจะมีความเหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้ที่มีความหิวใจล้มเหลวในจังหวัดนครนายก

จากผลการวิจัยในกิจกรรมแรกคือ “Learning: L” ซึ่งหมายถึง การเรียนรู้ทั้งความรู้ที่ได้รับจากบุคลากรสาธารณสุข และจากประสบการณ์ตรงของผู้ที่มีความหิวใจล้มเหลว พบว่ามีความสอดคล้องกับกระบวนการคิดของ Kolb และคณะ²² ที่กล่าวว่า กระบวนการเรียนรู้ที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง และบุคคลนั้นมีส่วนร่วมตลอดกระบวนการทั้งการสะท้อนประสบการณ์ สะท้อนความรู้สึก การวิเคราะห์พฤติกรรมและการดูแลตนเอง

ทำให้บุคคลนั้นเกิดการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ผลการวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา^{7-8,16} ที่พบว่า ผู้ที่มีความหิวใจล้มเหลวมีการเรียนรู้ที่นำไปสู่การปฏิบัติ โดยผู้ที่มีความหิวใจล้มเหลวเริ่มต้นเรียนรู้จากข้อมูลที่ได้รับจากบุคลากรสาธารณสุขก่อน นำข้อมูลที่ได้มาปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างต่อเนื่อง โดยในระยะเวลาต่อมา ผู้ที่มีความหิวใจล้มเหลวมีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเอง ดังนั้นการปรับวิถีชีวิตหรือพฤติกรรมในการดูแลตนเองในระยะต่อมาจึงเป็นการผสมผสานจากการเรียนรู้จากความรู้ที่ได้และการเรียนรู้ประสบการณ์ของตนเอง จนผู้ที่มีความหิวใจล้มเหลวส่วนหนึ่งสามารถอยู่ร่วมกับภาวะหิวใจล้มเหลวได้อย่างปกติสุข นอกจากนี้ผลการวิจัยที่ พบว่า คะแนนความสามารถในการดูแลตนเองในด้านการจัดการอาการหลังดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม LATH ของผู้ที่มีความหิวใจล้มเหลวสูงกว่าคะแนนก่อนการดำเนินกิจกรรมนั้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา²³ ที่พบว่า การเรียนรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงมีส่วนสำคัญในการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมาก เนื่องจากมีอาการและอาการแสดงที่ทำให้ผู้ที่มีความหิวใจล้มเหลวต้องรับนอนรักษาในโรงพยาบาลซ้ำแล้วซ้ำอีก เช่น น้ำหนักเพิ่มมาก หายใจลำบาก และอ่อนเพลีย ซึ่งอาการเหล่านี้หากได้รับการประเมินหรือสังเกตเห็นแต่เนิ่น ๆ และรีบไปพบแพทย์ การรักษาจะใช้เวลาเพียงไม่กี่วัน และผลการรักษาส่วนใหญ่เป็นที่น่าพอใจ อาจอธิบายได้ว่าการเรียนรู้ทำให้ผู้ที่มีความหิวใจล้มเหลวเกิดการสังเกตและรับรู้ถึงอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติว่า น่าจะเกี่ยวข้องกับภาวะหิวใจล้มเหลวได้เร็วขึ้นและมากขึ้น ซึ่งจุดนี้นับว่าเป็นหัวใจที่สำคัญของการดูแลตนเองในผู้ที่มีความหิวใจล้มเหลว เนื่องจากเป็นจุดเริ่มต้นที่นำไปสู่การตัดสินใจในการจัดการอาการที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

ผลการวิจัย “Activating: A” เป็นการกระตุ้นให้ ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ดูแล และครอบครัว เกิด ความตระหนักและเห็นถึงความสำคัญและความจำเป็น ในการดูแลตนเองที่ถูกต้อมนั้นสอดคล้องกับงานวิจัย ที่ผ่านมา^{4-5,7, 24} ที่พบว่าหากผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีความตระหนักในการดูแลตนเองจะทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองได้รับการพัฒนามากขึ้น ทั้งนี้ในการวิจัยที่ผ่านมามีการใช้การสนับสนุน ทางสังคม ครอบครัวและจากบุคลากรสาธารณสุขเป็น เครื่องมือในการกระตุ้นให้รับบริการเกิดความตระหนัก ในการดูแลตนเอง ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า หากผู้ที่มี ภาวะหัวใจล้มเหลวขาดความตระหนักถึงความสำคัญ และความจำเป็นในการดูแลตนเองที่ถูกต้อมาแล้ว ย่อม ทำให้เกิดความประมาทไม่ทำตามแผนการรักษาได้ ในทางตรงข้ามหากมีการกระตุ้นไม่ว่าด้วยวิธีการใด ย่อมทำให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหันกลับมาดูแล ตนเองมากขึ้น อย่างไรก็ตามในการกระตุ้นผู้ป่วยควร ต้องคงไว้ซึ่งความเคารพในการมีตัวตนของผู้ใช้บริการ ด้วยเสมอ²³ มิฉะนั้นอาจทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความ ต่อต้านและไม่ให้ความร่วมมือได้

สำหรับ “Telephone calling: T” การโทรศัพท์ เพื่อติดตามและเยี่ยมเยียนอาการหลังจากที่ผู้ใช้ บริการพบแพทย์ โดยสลับกับการเยี่ยมบ้านนั้น มีผล ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะ หัวใจล้มเหลวดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา^{15-16,24} ที่มีการใช้โทรศัพท์ร่วมกับการเยี่ยมบ้านเป็นเวลา 3- 6 เดือน พบว่าผู้ใช้บริการมีการดูแลตนเองดีขึ้น ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า การใช้โทรศัพท์ในการติดตาม อาการทำให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวรับรู้ถึงความห่วงใย ที่บุคลากรสาธาณสุขมีต่อผู้รับบริการ อีกทั้งยังสามารถ ปรึกษาปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น บางปัญหาผู้ที่มีภาวะ หัวใจล้มเหลวอาจไม่กล้าปรึกษาเมื่อพบกัน ก็สามารถ

ปรึกษาทางโทรศัพท์ได้ จึงทำให้ความสามารถในการ ดูแลตนเองดีขึ้น

สำหรับผลการวิจัยในเรื่องการเยี่ยมบ้าน (Home Visiting: H) ที่พบว่าผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและ ครอบครัวมีความพึงพอใจมาก ประกอบกับค่าเฉลี่ย ของคะแนนในเรื่องความมั่นใจในการดูแลตนเองของ ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวภายหลังการดำเนินกิจกรรม ตามโปรแกรม LATH สูงกว่าก่อนการดำเนินตาม โปรแกรมฯ นั้น สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา^{15-16,25} ที่พบว่า การเยี่ยมบ้านโดยเฉพาะการเยี่ยมภายหลัง การจำหน่ายจากโรงพยาบาลส่งผลให้ความสามารถ ในการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเหมาะสม มากขึ้น การเยี่ยมบ้านจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกัน การกลับเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ และ ยิ่งหากมีการส่งต่อข้อมูลของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จากโรงพยาบาลที่รักษาไปยังบุคลากรสาธารณสุขที่ ทำ การเยี่ยมบ้าน ยิ่งทำให้การเยี่ยมบ้านนั้นมีประสิทธิภาพ มากขึ้น

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรง ของภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับ 2 ร่วมกับระดับ 3 เท่านั้น อีกทั้งเป็นการศึกษาเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่ อาศัยในจังหวัดนครนายก โปรแกรม LATH จึงอาจมี ความจำเพาะกับบริบทของผู้รับบริการในจังหวัดนครนายก

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เนื่องจากการวิจัยในครั้งนี้เป็นการพัฒนา โปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ในจังหวัดนครนายกที่ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติ การแบบมีส่วนร่วม ทำให้โปรแกรม LATH ที่ได้เกิด จากการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นผู้วิจัย จึงขอเสนอแนะดังนี้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล ควรทดลองจัดโปรแกรม LATH สำหรับกลุ่มเสี่ยง เช่น กลุ่มที่ไม่มาตรวจตามนัด กลุ่มที่นอนโรงพยาบาลบ่อย เพื่อติดตามอาการและประเมินปัญหาของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวแต่ละรายได้ถูกต้อง โดยควรจัดให้มีการศึกษาติดตามประสิทธิผลของโปรแกรม LATH อย่างสม่ำเสมอ

ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม LATH ในกลุ่มที่มีระดับความรุนแรงของโรคต่าง ๆ กัน

ด้านการศึกษาพยาบาล ควรมีการสอดแทรกกิจกรรมของโปรแกรม LATH ในหัวข้อบทบาทของพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านทุกท่านที่สละเวลาในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้บริหารโรงพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย แพทย์เจ้าของไข้ ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลในโรงพยาบาลได้ และขอขอบพระคุณมูลนิธิเวชดุสิตในพระอุปถัมภ์ของสมเด็จพระพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ที่สนับสนุนทุนวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Smeltzer CS, Brenda GB, Janice LH, Kerry HC. Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
2. Van der Wal MH, Jaarsman T, van Veldhuisen DJ. Non-compliance in patients with heart failure; how can we manage? Eur J Heart Fail 2005; 7: 5-17.
3. De Geest S, Dobbels F, Fluri C, Paris W, Troosters T. Adherence to the therapeutic regimen in heart, lung, and heart-lung transplant recipients. J Cardiovasc Nurs 2005; 20: 588-98.
4. Stewart S, MacIntyre K, Hole DJ, Capewell S, McMurray JJ. More "malignant" than cancer? Five-year survival following a first admission for heart failure. Eur J Heart Fail 2001; 3: 315-22.
5. Artinian NT, Magnan M, Sloan M, Lange MP. Self-care behaviors among patients with heart failure. Heart Lung 2002; 31: 161-72.
6. Carlson B, Riegel B, Moser DK. Self-care abilities of patients with heart failure. Heart Lung 2001; 30: 351-9.
7. Rerkluenrit J, Panpukdee O, Sandelowski M, Malatham P, Tanomsup S. Self-care among Thai people with heart failure. Thai J Nurs Res 2009; 13(1): 43-54.
8. จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ, ขวัญจิต คุปตานนท์, และ นพพร ว่องสิริมาศ. กระบวนการจัดการทางด้านจิตใจและอารมณ์ เพื่อการมีชีวิตที่ปกติของผู้ที่มีภาวะหัวใจวาย. วารสารสภาการพยาบาล 2554; 26(4): 108-122.
9. กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข. จำนวนการตาย จำแนกตามสาเหตุการตาย และเพศ จังหวัดนครนายก พ.ศ. 2546 - 2553. [serial on line] [วันที่อ้างอิง 29 กันยายน พ.ศ. 2556]. Available from: <http://service.nso.go.th/nso/web/statseries/statseries09.html#>
10. Carlson B, Riegel B, Moser DK. Self-care abilities of patients with heart failure. Heart Lung 2001; 30: 351-9.
11. Dickson VV, McCauley LA, Riegel B. Work-heart balance: The influence of biobehavioral variable on self-care among employees with heart failure. AAOHN 2008; 52: 63-73.
12. Golt M, Barnes S, Parker C, et al. Predictors of the quality of life of older people with recruited from primary care. Age Aging 2006; 35(2): 72-7.
13. จันทริจจิรา เกียรติสีสกุล, สุปรีตา มั่นคง, อรสา พันธุ์กักดี, ธนรัตน์ ชุนงาม. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนให้ความรู้ต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2551; 19(2): 23-39.

14. สุรินทร์ ทองยิ้ม. ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง. (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2544.
15. อภิญญา วงศ์พิริยโยธา, สุพัตรา บัวที, สมเสาวนุช จมูศรี, นงเยาว์ มีเทียน, วิไลพร พิทักษานูรัตน์. ผลของการพยาบาลด้วยระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อระดับความรู้พฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง. (รายงานการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม) มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2546.
16. จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ, พัชรินทร์ ขวัญชัย, ขวัญจิต คุปตานนท์. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อความสามารถในการทำกิจกรรมและการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. *รามาธิบดีพยาบาลสาร* 2555; 18(1): 102-118.
17. Burekul T. Participation: Concepts, Theory, and Process. 5th ed. Nonthaburi: Office of Research and Development, King Prajadhipok's Institute; 2009.
18. Riegel B, Carlson B, Moser DK, Sebern M, Hicks FD, Roland V. Psychometric testing of the self-care of heart failure Index. *J Cardiac Fail* 2004; 10: 350-360.
19. จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ, รักษนถ กชไกร, รัมภาพรรณ ประมวลทรัพย์. การพัฒนาแนวทางการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในจังหวัดนครนายกในมุมมองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและผู้ดูแล. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ* 2557; 32(1): 137-51.
20. จอม สุวรรณโณ, เวที เพชรศิราสัมพันธ์, ปุณยวีร์ ประเสริฐไทย, อรุณศรี จันท์ประดิษฐ์, วงรัตน์ ไสสุข. การดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง. *วารสารสภาการพยาบาล* 2551, 23, 35-47.
21. Krippendorff K. Content analysis: an introduction to its methodology. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2004.
22. Kolb AY, Kolb DA. Learning styles and learning spaces: Enhancing experiential learning in higher education. *AMLE* 2005; 4(2): 193-212.
23. Biddiss E, Brownsell S, Hawley MS. Predicting need for intervention in individuals with congestive heart failure using a home-based telecare system. *J Telemed Telecare* 2009; 15(5): 226-31.
24. Trojahn MM, Ruschel KB, de Souza EN, Mussi CM, Hirakata VN, Lopes AN, et al. Predictors of better self-care in patients with heart failure after six months of follow-up home visits. *Nur Res Pract* [serial online] 2013 [cited 2013 Sep 30]; 2013(2013): [5 pages]. Available from <http://dx.doi.org/10.1155/2013/254352>.
25. Dansky KH, Vasey J, Bowles K. Impact of telehealth on clinical outcomes in patients with heart failure. *Clin Nurs Res* 2008; 17(3): 182-99.

Development of a Self-Care Programme for Heart Failure Patients in Nakhonnayok Province: A Participatory Action Research Project

Juntima Rerkluenrit, Ph.D. (Nursing)*

Sasithorn Wonnamong, MS. (Physiology) **

Abstract : Objective: To develop a self-care programme to assist heart failure patients in Nakhonnayok province.

Design: Participatory action research.

Implementation: This study was conducted on 38 purposively sampled respondents, divided into 24 heart failure patients, 6 caregivers, 6 nurses, 1 cardiothoracic specialist and 1 pharmacist. The study was conducted in two phases. In phase 1, the self-care programme was developed. In phase 2, the programme was applied and its outcomes evaluated. Data were collected between February and September 2013 through group discussions and in-depth interviews based on semi-structured questions. The data were analysed qualitatively using the Content Analysis method.

Results: The self-care programme developed in phase 1 was labelled 'LATH', in which 'L' stood for 'Learning' (about heart failure condition, its major signs and symptoms, and its potential complications), 'A' for 'Activating' (the patients to cope appropriately with the disease and to have proper behaviour), 'T' for 'Telephoning' (to follow up the patients' conditions and to give advice), and 'H' for 'Home-visiting' (on an on-going basis to ensure proper continuing self-care practice. In phase 2, after the programme had been implemented, the heart failure patients, on average, displayed a significantly increased level of self-care ability, by $p < .001$.

Recommendations: This self-care programme could be used to enable heart failure patients to take more proper care of their health.

Thai Journal of Nursing Council 2014; 29(4) 64-78

Keywords: self-care programme; heart failure patients; participatory action research

* Corresponding Author, Lecturer, Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University, Email: aee_swu@hotmail.com

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University