

การพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการสร้างเสริมการดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

สุพัตรา ธรรมธัญฐาน¹ พย.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่)

สุพรรณพรณ์ กิจบรรจงเลิศ² พย.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่), อพย.(การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)

บุญรอด ปุ้ยผ่าย³ พย.บ.

บทคัดย่อ : การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและประเมินผลภายหลังการนำรูปแบบ มาใช้ที่คลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ในเรื่อง (1) ผลลัพธ์ทางคลินิก (การกลับเข้านอนโรงพยาบาล ภาวะน้ำเกิน ระดับความเครียด) (2) ผลลัพธ์ระยะกลาง (การดูแลตนเอง และความรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว) และ (3) ความพึงพอใจต่อรูปแบบ มาดำเนินการวิจัย 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์และศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ระยะที่ 3 นำรูปแบบ มาใช้และประเมินผลลัพธ์ และระยะที่ 4 ปรับปรุงรูปแบบ มา และข้อเสนอแนะ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิก มา ทุกรายที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ 26 คน ทีมสหสาขาวิชาชีพ 6 คน และเครือข่าย อสม. 15 คน มีผู้เข้าร่วมการสัมภาษณ์ ในระยะที่ 1 จำนวน 13, 6 และ 5 คน ตามลำดับ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงและความเที่ยง วิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูลเชิงคุณภาพ ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการนำรูปแบบ มา ใช้ด้วยสถิติแมคนีมาร์ และวิลคอกซันไซน์แรงค์ ผลการศึกษาพบว่าผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ คะแนนการดูแลตนเองรายด้านและความรู้การดูแลตนเองในภาพรวมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย อสม. มีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนความพึงพอใจของผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นแต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ควรมีการใช้รูปแบบ มา ที่พัฒนาและปรับปรุงจากการศึกษานี้ไปใช้อย่างต่อเนื่องต่อไป

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2565; 9(2): 05-22

คำสำคัญ: การดูแลตนเอง ภาวะหัวใจล้มเหลว รูปแบบการสร้างเสริมการดูแลตนเอง

¹พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต

²พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต, ผู้รับผิดชอบหลัก ; E-mail: gitbunyong@hotmail.com

³พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต

วันที่รับบทความ 16 สิงหาคม 2565 วันที่แก้ไขบทความ 4 ตุลาคม 2565 วันที่ตอบรับบทความ 5 ตุลาคม 2565

The Development and Evaluation of the Self-care Enhancement Model for Patients with Heart Failure, Vachira Phuket Hospital

Supatra Tammatisthan¹M.N.S. (Adult and Gerontological Nursing)

Supornpan Kitbunyonglers²M.N.S. (Adult and Gerontological Nursing), Dip. APMSN.

Boonrod Puyfay³, B.N.S.

Abstract : This research and development study aims to develop the Self-care Enhancement Model for Patients with Heart Failure (ScEM-HF) and evaluate after implementing the model at the Heart Failure (HF) Clinic, Vachira Phuket Hospital. The outcomes included (1) clinical outcomes (readmission, presence of volume overload, stress), (2) intermediate outcomes (HF self-care and HF self-care knowledge), and (3) satisfaction with the ScEM-HF. The study was conducted in 4 stages: Stage 1-situational analysis and examining information related to HF self-care, Stage 2-development of the ScEM-HF, Stage 3-implementing and evaluating the ScEM-HF, and Stage 4-modifying the ScEM-HF and recommendation. The participants were 26 HF patients who attended the HF clinic, recruited according to the inclusion criteria, 6 personnel in the multidisciplinary team, and 15 health volunteers. Of these respective participants, 13, 6, and 5 participated in the interview sessions during the first stage. The study instruments were examined for validity and reliability. Qualitative data were analyzed using the content analysis technique. Pre-implementation quantitative data were compared with those of post-implementation using McNemar test and Wilcoxon Signed Rank test. The results indicated that the clinical outcomes improved significantly. The heart failure self-care subscale scores and the overall heart failure knowledge scores increased significantly. The multidisciplinary team's and health volunteers' satisfaction significantly increased; while the patients' satisfaction showed an increasing trend although it was not significantly different. Continuous improvement and implementation of the developed ScEM-HF is recommended.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2022; 9(2): 05-22

Keywords: self-care, heart failure, self-care enhancement model for patients with heart failure

¹Registered nurse, Vachira Phuket Hospital, Phuket Province, Thailand.

²Registered nurse, Vachira Phuket Hospital, Phuket Province, Thailand, Corresponding Author, E-mail: gitbunyong@hotmail.com

³Registered nurse, Vachira Phuket Hospital, Phuket Province, Thailand

Received August 16, 2022; Revised October 4, 2022; Accepted October 5, 2022

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลว (heart failure) เป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้นในระยะสุดท้ายของโรคหัวใจเกือบทุกชนิด โดยผู้ป่วยจะมีอัตราการเสียชีวิตและอัตราการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลซ้ำสูงมากจากภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ หายใจลำบาก อ่อนเพลีย และการมีน้ำและเกลือคั่งในร่างกายทำให้มีการบวม¹ สำหรับประเทศไทย ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยอายุมากกว่า 65 ปีต้องเข้าโรงพยาบาลและเสียชีวิต โดยพบว่าหลังการวินิจฉัย อัตราการรอดชีวิตที่ 5 และ 10 ปี เท่ากับร้อยละ 50 และ 10 ตามลำดับ อัตราการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 20 ต่อปี โดยอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลจากภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ที่ร้อยละ 5.5² การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวตามแนวทางเวชปฏิบัติของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยมีหลักสำคัญคือ การวินิจฉัยโรคอย่างถูกต้องนำไปสู่การค้นหาสาเหตุ การสืบค้นโรคร่วม การปรับปริมาณสารน้ำ และการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งนี้การรักษาอย่างเหมาะสมจะบรรเทาอาการของผู้ป่วยและส่งผลดีต่อการพยากรณ์โรคได้² การดูแลตนเองเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่มีความสำคัญในการป้องกันไม่ใหผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลและช่วยให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพผู้ป่วยดีขึ้น³

การดูแลตนเอง (self-care) เป็นกระบวนการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมที่อยู่ภายใต้การควบคุมของแต่ละบุคคล ด้วยความตั้งใจและริเริ่มขึ้นเองเพื่อรักษาสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี โดยผู้ป่วยต้องรับผิดชอบตัวเองโดยตรงในการรวบรวม วิเคราะห์ ตัดสินใจเลือก ปรับเปลี่ยน และลงมือปฏิบัติรักษาด้วยตนเอง⁴ แนวคิดการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแล

ตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังของรีเกลและคณะ⁵ มีการพัฒนาต่อยอดมาจากทฤษฎีเฉพาะสถานการณ์สำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว⁶ ได้รับความสนใจและนำไปใช้อย่างแพร่หลาย โดยทฤษฎีนี้มีหลักคิดสำคัญ 3 ด้าน คือ (1) การรักษาสุขภาพ (maintenance) (2) การรับรู้อาการ (symptom perception) และ (3) การจัดการ (management) เพื่อตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ ทฤษฎีดังกล่าวยังกล่าวถึงความมั่นใจ (confidence) ว่ามีความสำคัญช่วยให้กระบวนการดูแลตนเองส่งผลต่อผลลัพธ์ที่ต้องการงานวิจัยแบบทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบได้ศึกษาวิธีการต่าง ๆ ที่ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าวิธีการที่มีประสิทธิผล ได้แก่ การสนับสนุนและให้ความรู้การสนับสนุนทางสังคม การดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่วนการใช้โปรแกรมการจัดการตนเอง การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเอง และการติดตามภาวะสุขภาพทางไกลยังมีการศึกษาน้อย ควรมีการศึกษาเพิ่มเติม⁷ นอกจากนี้ จากการวิจัยทบทวนขอบเขตของรีเกลและคณะ (2021)⁸ ที่ศึกษาเฉพาะงานวิจัยทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมที่ทดสอบประสิทธิผลของวิธีการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า วิธีการที่ไม่ค่อยได้รับความสนใจและยังมีการศึกษาน้อย คือ (1) การดูแลด้านจิตใจ (psychological intervention) ในการจัดการภาวะวิตกกังวล (anxiety) ความทุกข์ใจ (distress) และภาวะซึมเศร้า (depression) และ (2) การใช้เทคโนโลยีในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เทคโนโลยีมือถือและไร้สาย ซึ่งการนำเทคโนโลยีมาใช้อาจเพิ่มการเข้าถึงการดูแลมากขึ้น ผลการศึกษาทั้งสองเรื่องดังกล่าวข้างต้นมีประเด็นน่าสนใจที่อาจสามารถนำมาพัฒนาปรับ

รูปแบบการบริการที่ส่งเสริมการดูแลตัวเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน เพื่อผลลัพธ์การรักษาที่ดีขึ้นได้

โรงพยาบาลวชิระภูเก็ตเป็นโรงพยาบาลศูนย์ที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจจากสถิติผู้ป่วยนอกที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2563 เท่ากับ 995, 1806 และ 1189 ราย ตามลำดับ มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 4.51, 6.26 และ 6.15 ตามลำดับ “คลินิกหัวใจล้มเหลว” โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ได้เปิดบริการในปี พ.ศ. 2561 ให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีสาเหตุจากโรคหัวใจ โดยเริ่มจากการให้บริการในคลินิกเดือนละครั้ง นำโปรแกรมการดูแลตามมาตรฐานของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย⁹ มาใช้กับผู้ป่วยในคลินิก ติดตามประเมินความรู้และผลลัพธ์ทางคลินิก อย่างไรก็ดีตามยังพบผู้ป่วยกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (ร้อยละ 12.78) ด้วยอาการบวม (ร้อยละ 10.86) ไม่สามารถจัดการกับอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ (ร้อยละ 9.75) ซึ่งเป็นจำนวนที่สูง ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล ส่งผลต่อภาวะจิตใจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว กอปรกับโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตมีเป้าหมายการจัดบริการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงกระจายบริการพยาบาลไปในชุมชนถึงบ้าน เชื่อมประสานให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านการดูแลต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยต่าง ๆ ผ่านเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดการดูแลตนเองของรีเกิลและคณะดังที่อธิบายข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจนำแนวคิดมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยต้องการพัฒนา

รูปแบบการสร้างเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต เพื่อให้เป็นระบบที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจลงมือปฏิบัติการดูแลตัวเองได้อย่างมีประสิทธิภาพเกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี อันจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

2. ประเมินผลการนำใช้รูปแบบการสร้างเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการนำใช้รูปแบบ ฯ ในด้านต่อไปนี้

2.1 ผลลัพธ์ทางคลินิก (ผลลัพธ์ปลายทาง) ได้แก่ (1) การกลับเข้านอนโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว (2) ภาวะน้ำเกิน และ (3) ระดับความเครียด

2.2 ผลลัพธ์ระยะกลาง คือ การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง

2.3 ความพึงพอใจของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย อสม. ต่อรูปแบบการสร้างเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาในระยะที่ 1 และ 3 ประกอบด้วย (1) ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกหัวใจล้มเหลว

โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์
ทุกราย คือ เข้ารับบริการที่คลินิกหัวใจล้มเหลว
โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ.
2564-กันยายน พ.ศ. 2565 มีสถิติผู้ป่วยสมบุรณ์
สามารถสื่อสารด้วยวาจาได้ปกติ อ่านออกเขียนได้
มีมือถือที่มีสัญญาณอินเทอร์เน็ตหรือเครือข่ายไร้สาย
(WiFi) และเข้าถึงเทคโนโลยีแอปพลิเคชันไลน์ได้
(26 คน) คลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
ให้บริการผู้ป่วยเดือนละ 1 ครั้ง ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่
จะได้รับนัดหมายให้พบแพทย์ที่คลินิกหัวใจล้มเหลว
ทุก 1-2 เดือน ผู้ป่วยที่มีอาการและมีภาวะแทรกซ้อน

นัดพบแพทย์ 1-2 สัปดาห์ ที่ห้องตรวจอายุรกรรม
หัวใจโดยพบอายุรแพทย์โรคหัวใจคนเดิมและนัดมา
คลินิกหัวใจล้มเหลวในเดือนถัดไป (2) บุคลากรที่ให้
บริการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยตรง (6 คน) ได้แก่
อายุรแพทย์โรคหัวใจ 1 คน พยาบาลเฉพาะทาง 2 คน
เภสัชกร 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน และนัก
โภชนาการ 1 คนและ (3) เครือข่าย อสม. จากพื้นที่
ใกล้เคียงกับบ้านผู้ป่วย (15 คน)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ดำเนินการวิจัยเป็น 4 ระยะ แต่ละระยะมี
ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการศึกษา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การดำเนินการศึกษาและวิธีการในระยะต่าง ๆ ของการวิจัย

ระยะที่	การดำเนินการ	วิธีการ	ระยะเวลา
1 (R1)	การวิเคราะห์สถานการณ์ และศึกษาข้อมูลที่ เกี่ยวข้องกับการดูแล ตนเองของผู้ป่วย	- ศึกษาโปรแกรมการดูแลและรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว เดิมของหน่วยงาน - ทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง - เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณที่เป็นตัวแปรผลลัพธ์ เพื่อ ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน (baseline data) - สัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยคัดเลือกแบบสะดวกจากกลุ่ม ตัวอย่างที่ศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ (ผู้ป่วย 13 คน แพทย์ 1 คน พยาบาล 2 คน เภสัชกร 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน นักโภชนาการ 1 คน และเครือข่าย อสม. 5 คน)	4 สัปดาห์
2 (D1)	การพัฒนารูปแบบการ สร้างเสริมการดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจ ล้มเหลว	- วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จาก R1 - ประชุมทีมวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมการ ดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว - จัดเตรียมเอกสารและสื่อการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้อง (เอกสาร คำแนะนำ สมุดบันทึก วิดีทัศน์ 6 ชุด)	1 สัปดาห์

ตารางที่ 1 การดำเนินการศึกษาและวิธีการในระยะต่าง ๆ ของการวิจัย (ต่อ)

ระยะที่	การดำเนินการ	วิธีการ	ระยะเวลา
3 (R2)	การนำรูปแบบ ฯ ไปใช้และประเมินผลลัพธ์	- เตรียมความพร้อมบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและเครือข่าย อสม. 1 สัปดาห์ - นำใช้รูปแบบ ฯ และติดตามช่วยเหลือ ชี้แนะ ให้คำปรึกษาผู้ป่วยแบบตัวต่อตัวและผ่านช่องทางแอปพลิเคชันไลน์ - ประเมินผลลัพธ์โดยศึกษาแบบการวิจัยกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง(quasi-experimental study, one group, pretest and posttest design)โดยวัดผลข้อมูลเชิงปริมาณที่เป็นตัวแปรผลลัพธ์ก่อนพัฒนารูปแบบ ScEM-HF ในระยะ R1 และประเมินผลลัพธ์หลังการใช้รูปแบบ ScEM-HF ติดตามหลังการใช้รูปแบบ ฯ 6 สัปดาห์	7 สัปดาห์
4 (D2)	การปรับปรุงรูปแบบ ฯ และข้อเสนอแนะ	- นำผลการศึกษาจาก R2 นำเสนอในการประชุมผู้ที่เกี่ยวข้อง และนำข้อคิดเห็นมาปรับปรุงรูปแบบ ฯ และให้ข้อเสนอแนะการนำรูปแบบ ฯ ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในหน่วยงานต่อไป	2 สัปดาห์

หมายเหตุ R= Research D=Development

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลการวิจัย

ชุดที่ 1 แนวคำถามการสัมภาษณ์ ประกอบด้วย (1)แนวคำถามการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเป็นคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองและความต้องการของผู้ป่วยในประเด็นต่างๆ (2) แนวคำถามการสัมภาษณ์ทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย อสม. เกี่ยวกับจุดแข็งและ/หรือจุดอ่อนของโปรแกรมการดูแลและรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตามที่ใช้อยู่เดิม ปัญหาและ/หรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นขณะให้การดูแล การจัดการกับ

ปัญหาและ/หรืออุปสรรคต่าง ๆ ความต้องการความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนจากหน่วยงาน

ชุดที่ 2 แบบเก็บข้อมูลทั่วไปและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มี 2 ส่วน คือ (1)ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพ และ (2) ข้อมูลด้านผลลัพธ์ทางคลินิก 2 ข้อ ได้แก่ 2.1) การกลับเข้านอนโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวภายใน 28 วันโดยไม่ได้นัดหมายนับจากวันที่มารับบริการที่เกิดจากการดูแลตนเองไม่เหมาะสม โดยประเมินจากการเยี่ยมผู้ป่วยขณะนอนโรงพยาบาล สอบถามและประเมินอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว วิเคราะห์อาการและอาการแสดงสัมพันธ์กับความรู้

และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย 2.2) ภาวะน้ำเกิน ประเมินโดยพยาบาลที่ผ่านการอบรมพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก ซึ่งมีความชำนาญในการปฏิบัติงานด้านนี้โดยตรง ประเมินจากอาการข้อใดข้อหนึ่ง ต่อไปนี้คือ อาการบวมอวัยวะส่วนปลาย อาการหายใจหอบเหนื่อย เสี่ยงหายใจแบบ Rales ภาวะตับโตหรือท้องมาน หลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง หรือน้ำหนักตัวเพิ่มมากกว่า 1-1.5 กิโลกรัมภายใน 1-2 วัน หรือมากกว่า 2 กิโลกรัมภายใน 2 วัน ประเมินซ้ำโดยอายุรแพทย์โรคหัวใจซึ่งตรงกัน จึงมั่นใจได้ว่ามีความถูกต้อง

ชุดที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย อสม. ประกอบด้วย ข้อมูลด้านประชากร ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ภูมิลำเนา ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพหลัก และข้อมูลเฉพาะเครือข่าย อสม. ได้แก่ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน อสม. การอบรมการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะฉุกเฉินร่วมด้วย

ชุดที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย อสม. ต่อรูปแบบการสร้างเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นมาตรวัดแบบลิเกิร์ต 5 จำนวน 11 ข้อ ตั้งแต่มีความพึงพอใจ/เห็นด้วยมากที่สุด (5) มีความพึงพอใจ/เห็นด้วยมาก (4) มีความพึงพอใจ/เห็นด้วยปานกลาง (3) มีความพึงพอใจ/เห็นด้วยน้อย (2) และไม่พึงพอใจ (1) และหากข้อความใดไม่เกี่ยวข้อง (not applicable, NA) ไม่คิดคะแนนในข้อนั้น ๆ ประมวลผลเป็นคะแนนเฉลี่ย ผู้วิจัยนำคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจมาจัดช่วงอันตรายภาคชั้นและแปลผลข้อมูล ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย

4.51-5.00 มีความพึงพอใจมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 มีความพึงพอใจมาก คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 มีความพึงพอใจปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 มีความพึงพอใจน้อย และคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 ไม่พึงพอใจ และคำถามปลายเปิด 1 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับข้อเสนอแนะในการดำเนินงานเพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ให้ใช้ประโยชน์ได้จริงและต่อเนื่อง

ชุดที่ 5 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย ต่อรูปแบบการสร้างเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีลักษณะเป็นแบบสอบถามคู่ขนานกับชุดที่ 4

ชุดที่ 6 ดัชนีชี้วัดการดูแลตนเองผู้มีภาวะหัวใจล้มเหลว (Self-Care of Heart Failure Index: SCHFI Thai v7.2) ฉบับแปลภาษาไทย รุ่น 7.2 แปลโดย วรินทร์ดำรงรัตน์นุวงศ์และ เขมรัตน์มาสิงบุญ (2020)¹⁰ ซึ่งผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือจาก Dr. Barbara Riegel (personal communication, 12 พฤษภาคม พ.ศ. 2565) เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา 0.73 และค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงแบบวัดซ้ำ 0.73 - 0.92¹¹ เครื่องมือนี้ใช้สำหรับสอบถามหรือสัมภาษณ์เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 39 ข้อ มี 4 ด้าน ใช้มาตรวัดแบบลิเกิร์ต 5 ระดับ (คะแนน 1-5) มี 4 ด้าน ได้แก่ (1) การดูแลตนเองเพื่อรักษาสุขภาพ (self-care maintenance) 10 ข้อ (2) การดูแลตนเองเพื่อเฝ้าระวังอาการและอาการแสดง (self-care monitoring) 11 ข้อ (3) การดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ (self-care

management) 8 ข้อ และ (4) ความมั่นใจในการดูแลตนเอง (self-care confidence) จำนวน 10 ข้อ คะแนนดัชนีชี้วัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแต่ละด้าน วิเคราะห์แยกจากกัน โดยนำคะแนนรวมของแต่ละด้านมาแปลงเป็นคะแนนมาตรฐาน 0-100 ผู้วิจัยนำคะแนนรวมดัชนีชี้วัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแต่ละด้านที่แปลงคะแนนมาตรฐานแล้ว ไปใช้ในการวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล ดังนี้ คะแนนยิ่งสูงหมายถึงมีการดูแลตัวเองในด้านนั้น ๆ ดี โดยผู้พัฒนาเครื่องมือได้กำหนดค่าจุดตัดที่ 70 คะแนนว่าหมายถึงผู้ป่วยมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับที่เพียงพอ และต่ำกว่า 70 หมายถึงผู้ป่วยมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับที่ไม่เพียงพอ¹²

ชุดที่ 7 แบบประเมินความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมให้กลุ่มตัวอย่างเลือกคำตอบ ถูกหรือผิด มี 29 ข้อ ตอบถูกให้ 1 คะแนน แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ (1) ความรู้ทั่วไปและความรู้เรื่องโรค 5 ข้อ (2) ความรู้ทางโภชนาการ 7 ข้อ (3) ความรู้ในการทำกิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย 4 ข้อ (4) ความรู้ในเรื่องของยา 5 ข้อ (5) ความรู้ในการติดตามอาการตนเอง 6 ข้อ และ (6) ความรู้ในการขอความช่วยเหลือ 2 ข้อ

ชุดที่ 8 แบบประเมินความเครียด (ST-5) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พัฒนาโดย อรรถพร ศิลปกิจ เป็นแบบวัดความเครียด 5 ข้อเพื่อประเมินอาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะ 2-4 สัปดาห์ แบ่งการประเมินเป็น 4 ระดับคือ แทบไม่มี (0 คะแนน) เป็นครั้งคราว (1 คะแนน) บ่อย ๆ ครั้ง (2 คะแนน) และเป็นประจำ (3 คะแนน) คิดเป็นคะแนนรวมระหว่าง 0 - 15 คะแนน มีจุดตัดคะแนนที่ < 4 เพื่อจำแนกภาวะความเครียดเป็น 3 กลุ่มคือ

คะแนน 0-4 หมายถึงเครียดน้อย คะแนน 5-7 หมายถึงเครียดปานกลาง คะแนน 8-9 หมายถึงเครียดมาก และคะแนน 10-15 หมายถึงเครียดมากที่สุด¹³

2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยในระยะที่ 3

รูปแบบการสร้างเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่พัฒนาขึ้นในระยะที่ 2 ของการวิจัย รายละเอียดนำเสนอในผลการศึกษาดังนี้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรง เครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นทุกชุด ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์โรคหัวใจ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลกองการพยาบาล และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลและระเบียบวิจัย พิจารณาความถูกต้อง ความครอบคลุม และความเหมาะสมของข้อคำถาม/ ข้อความ โดยผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละท่านให้ข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะ จากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง

การตรวจสอบความเที่ยง ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ดังนี้ (1) แนวคำถามการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยทดลองใช้คำถามเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกันระหว่างผู้เก็บข้อมูล โดยให้ผู้วิจัย 2 คน สัมภาษณ์ผู้ป่วยและทีมสุขภาพที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างพยาบาลที่ศึกษาคนละ 3 คน แล้วนำผลการทดลองสัมภาษณ์มาพูดคุยทำความเข้าใจร่วมกันจนกระทั่งเข้าใจตรงกันหมดทุกข้อ (2) แบบเก็บข้อมูลทั่วไปและผลลัพธ์ทางคลินิกการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ตรวจสอบโดยให้ผู้วิจัย 2 คน บันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยจำนวน 10 คน (ฉบับ) โดยบันทึกข้อมูลอิสระจากกันแล้วนำมาพิจารณาความสอดคล้อง เมื่อพบว่ามียารายการใดมี

ความเห็นไม่ตรงกันผู้วิจัยใช้การประชุมปรึกษาจนกระทั่งได้ข้อสรุปที่ตรงกัน (3) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย และแบบสอบถามความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย อสม.ต่อรูปแบบการสร้างเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยทดสอบความเที่ยงแบบสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's Alpha coefficient) เท่ากับ 0.797 เท่ากันทั้งสองชุด (4) การทดสอบความเที่ยงของดัชนีชี้วัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เครื่องมือได้มีการตรวจสอบความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) ได้ค่า Cronbach's Alpha coefficient .73 และ test-retest reliability 0.73 – 0.92 ¹¹ และ (5) แบบประเมินความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยทดสอบความเที่ยงแบบสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง (Kuder-Richardson Reliability) เท่ากับ 0.68 ทั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้มีการทดสอบความเที่ยงของแบบประเมินความเครียดเนื่องจากเป็นเครื่องมือมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต เลขที่ VPH REC 016/2022 วันที่ 24 มิถุนายน พ.ศ.2565 ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตเก็บข้อมูลต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต หลังจากนั้นจึงดำเนินการศึกษาโดยคำนึงถึงหลักจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ โดยการให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ซึ่งการเข้าร่วมหรือ

ไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยไม่ส่งผลต่อมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย การปฏิบัติงานของทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย อสม.

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ (ข้อมูลเชิงคุณภาพ) ในระยะที่ 1 ใช้การวิเคราะห์เนื้อหาสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และวิเคราะห์ข้อมูลตามระดับการวัดของข้อมูล โดยใช้ (1) สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าต่ำสุด-สูงสุด ค่ามัธยฐาน (median: Mdn) และค่าพิสัยส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ (interquartile range: IQR) ค่าเฉลี่ย (mean: M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) และ (2) สถิติอ้างอิง โดยใช้สถิติการทดสอบของแมคเนียร์ (McNemar Test) เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของสัดส่วนการกลับเข้านอนโรงพยาบาลและภาวะน้ำเกิน เปรียบเทียบก่อนและหลังการนำรูปแบบ ๓ ไปใช้ และใช้สถิติทดสอบวิลคอกซันไซน์แรนค์ (Wilcoxon Signed Rank Test) เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนดัชนีชี้วัดการดูแลตนเองผู้มีภาวะหัวใจล้มเหลว ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ความพึงพอใจ ความเครียด เปรียบเทียบก่อนและหลังการนำรูปแบบ ๓ ไปใช้ เนื่องจากชุดข้อมูลบางคู่มือการแจกแจงไม่ปกติ (non-normal distribution) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. รูปแบบการสร้างเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Self-care Enhancement Model for Patients with Heart Failure:

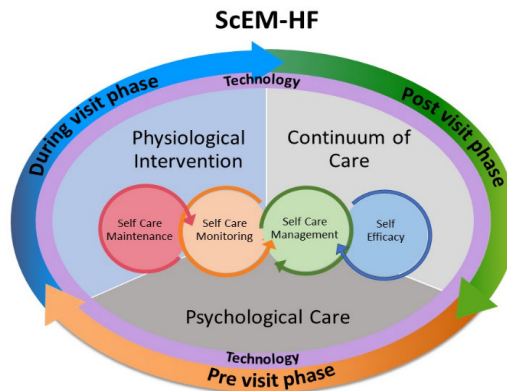
ScEM-HF) โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ

(1) ก่อนการเข้ารับบริการที่คลินิกหัวใจล้มเหลว (pre-visit phase) เป็นการเตรียมด้านโครงสร้าง เช่น การขยายพื้นที่คลินิกที่ให้บริการ การจัดหาอุปกรณ์เครื่องชั่งน้ำหนักให้ผู้ป่วย การสร้างสื่อชุดการให้ความรู้ด้านบุคลากร เช่น การมอบหมายงานการจัดอัตรากำลัง ด้านกระบวนการบริหารจัดการ เช่น การปรับเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยเข้าคลินิก การเปิดบริการเพิ่มเป็น 2 ครั้ง/เดือน และด้านเครือข่าย อสม. โดยจัดอบรมการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (โครงการ อสม. เพื่อนข้างกาย-มิตรข้างใจ)

(2) ระหว่างการเข้ารับบริการที่คลินิกหัวใจล้มเหลว (during-visit phase) ประกอบด้วยขั้นตอนการส่งเสริมการรู้จักตนเองและสร้างแรงจูงใจโดยการสร้างสัมพันธภาพ การประเมินความรู้ การประเมินการดูแลตนเอง และการประเมินความเครียด และให้ข้อมูลสะท้อนกลับเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาและภาวะสุขภาพในปัจจุบันในผู้ป่วยรายใหม่ทุกราย และประเมินซ้ำในผู้ป่วยรายเก่าทุก 2-3 เดือน และขั้นตอนการพัฒนาทักษะการดูแลตัวเอง ประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคภาวะแทรกซ้อน การรักษา และฝึกทักษะการดูแลตนเองตามหัวข้อที่เกี่ยวข้อง 6 เรื่อง คือ ความรู้เรื่องโรค โภชนาการ การทำกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย การรับประทานยา การติดตามอาการ และขอความช่วยเหลือ ด้วยวิธีสอนรายบุคคล ใช้สื่อการสอน

ด้วยแผ่นพลิก แผ่นพับ และวีดิทัศน์ และการสนับสนุนการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วย กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อให้กำลังใจ และเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเอง รวมถึงการจัดให้ครอบครัวมีส่วนร่วม โดยให้ความรู้ที่เหมาะสมรายบุคคลพร้อมผู้ป่วย

(3) หลังการเข้ารับบริการที่คลินิกหัวใจล้มเหลว (post-visit phase) เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในกระบวนการดูแลจากโรงพยาบาลสู่บ้านและชุมชน โดยการติดตามทางโทรศัพท์ทุก 2 สัปดาห์ ครั้งละ 15 นาทีจำนวน 4 ครั้ง การเปิดใช้ช่องทางแอปพลิเคชันไลน์เพื่อให้ผู้ป่วยติดต่อ ขอคำปรึกษา หรือขอความช่วยเหลือตลอดเวลา 24 ชั่วโมง ในระหว่างโปรแกรม ทั้งนี้ได้นำเทคโนโลยีการสื่อสารมาใช้เพื่อเพิ่มการเข้าถึงและความเท่าเทียมกัน โดยมุ่งเน้นการดูแลตนเอง 3 ด้าน คือ (1) การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย (physiological intervention) (2) การจัดการด้านจิตใจ (psychological intervention) ในด้านภาวะวิตกกังวล ความทุกข์ใจ ภาวะซึมเศร้า และ (3) การดูแลต่อเนื่อง (continuum of care) เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองทั้ง 4 ด้าน คือ การดูแลตนเองเพื่อรักษาสุขภาพ การดูแลตนเองเพื่อเฝ้าระวังอาการและอาการแสดง การดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ และการสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเอง ร่วมกับการดูแลตามปกติสรุปได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการสร้างเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Self-care Enhancement Model for Patients with Heart Failure: ScEM-HF)

2. ผลการนำใช้รูปแบบการสร้างเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยหัวใจภาวะล้มเหลว

2.1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (N = 26) มีอายุเฉลี่ย 62.08 ปี (SD=13.30) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 65.4) เกือบครึ่งจบการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 46.2) สามในสี่มีสถานภาพสมรสคู่ มากกว่าหนึ่งในสามไม่ได้ทำงานและไม่มีรายได้ (ร้อยละ 42.3 และ 38.5 ตามลำดับ) ทุกคนมีโรคร่วม โดยเกินครึ่งมีโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 53.8) รองลงมาคือโรคเบาหวานและโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 42.3) ค่ามัธยฐานระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะหัวใจล้มเหลว 48 เดือน (Mdn = 48, IQR = 84) และค่ามัธยฐานระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างมารับบริการที่คลินิกหัวใจล้มเหลวคือ 23.08 เดือน (Mdn = 18, IQR = 22)

กลุ่มตัวอย่างทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย อสม. รวมจำนวน 21 คน ค่ามัธยฐานอายุ 54 ปี (IQR = 8) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 90.5) สองในสามมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 71.4) และนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 71.4) ส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 38.1) ในจำนวนดังกล่าวเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ 6 คน (ร้อยละ 28.6) ประกอบด้วยอายุรแพทย์โรคหัวใจ 1 คน พยาบาลเฉพาะทาง 2 คน เภสัชกร 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน และนักโภชนาการ 1 คน และเครือข่าย อสม. 15 คน (ร้อยละ 71.4) ซึ่งมีค่ามัธยฐานระยะทำงานในบทบาท อสม. 12 ปี ทั้งหมดไม่เคยได้รับการอบรมหรือมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมาก่อน มีเพียง 1 คนที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะฉุกเฉิน 1 ครั้ง

2.2 การประเมินผลการนำใช้รูปแบบการสร้างเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (ScEM-HF) โดยการเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการนำใช้รูปแบบ ScEM-HF พบว่า

2.2.1 ผลลัพธ์ทางคลินิก สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่มีการกลับเข้านอนโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวภายใน 28 วันโดยไม่ได้นัดหมาย นับจากวันที่มารับบริการที่เกิดจากการดูแลตนเอง

ไม่เหมาะสมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จาก 8 คน (ร้อยละ 30.8) เป็น 1 คน (ร้อยละ 3.8) ภาวะน้ำเกินพบวาลลดลงจาก 13 คน (ร้อยละ 50) เป็น 3 คน (ร้อยละ 11.5) และมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 2) ความเครียดก็เช่นเดียวกัน พบว่า สัดส่วนกลุ่มตัวอย่างมีความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 จำนวน (ร้อยละ) ของผลลัพธ์ทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เปรียบเทียบก่อนและหลังการนำใช้รูปแบบ ScEM-HF ด้วยสถิติ McNemar Test (N = 26)

ก่อนการนำใช้รูปแบบ	หลังการนำใช้รูปแบบ ๓		Test statistic	p
	ไม่มี	มี		
1. การกลับเข้านอนโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว			4.00	.039
- ไม่มี	17 (65.4)	1 (3.8)		
- มี	8 (30.8)	0		
2. ภาวะน้ำเกิน			11.08	.000
- ไม่มี	10 (38.5)	0		
- มี	13 (50.0)	3 (11.5)		

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐานและพิสัยส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ คะแนนความเครียดของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการนำใช้รูปแบบ ScEM-HF ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test (N = 26)

ความเครียด	คะแนน				ระดับ	Test statistic	p
	M	SD	Mdn	IQR			
-ก่อนการนำใช้รูปแบบ	3.88	2.14	4.00	3.00	น้อย	-2.23	.026
-หลังการนำใช้รูปแบบ	2.61	2.31	3.00	4.00	น้อย		

M = ค่าเฉลี่ย, SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Mdn = ค่ามัธยฐาน, IQR = ค่าพิสัยส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์

2.2.2 ผลลัพธ์ระยะกลาง การดูแลตนเอง ผู้มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า หลังการนำใช้รูปแบบ ScEM-HF คะแนนการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้านคือ การดูแลตนเองเพื่อการรักษาสุขภาพ การเฝ้าระวังอาการ และอาการแสดง และการดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) ส่วนความ

มั่นใจในการดูแลตนเอง พบว่ามีคะแนนหลังการนำรูปแบบฯ มาใช้เพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองโดยรวม พบว่ามีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน ($p < .001$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐานและส่วนพิสัยเบี่ยงเบนควอไทล์ คะแนนการดูแลตนเอง จำแนกรายด้านและคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยรวม เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการนำใช้รูปแบบ ScEM-HF ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test (N = 26)

การดูแลตนเอง	ก่อนการนำใช้รูปแบบ		หลังการนำใช้รูปแบบ		Test statistic	p
	M(SD)	Mdn (IQR)	M(SD)	Mdn (IQR)		
1.การดูแลตนเองเพื่อรักษาสุขภาพ (self-care maintenance)	69.04 (13.11)	70.00 (18.75)	81.15 (13.33)	81.25 (17.50)	3.370	.001
2 การดูแลตนเองเพื่อเฝ้าระวัง อาการและอาการแสดง (self-care monitoring)	69.93 (14.46)	68.10 (21.00)	85.91 (10.29)	90.8 (11.92)	4.003	.000
3 การดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ (self-care management)	66.23 (15.96)	62.50 (25.78)	78.24 (11.77)	78.12 (22.66)	2.991	.003
4 ความมั่นใจในการดูแลตนเอง (self confidence)	78.94 (16.78)	78.75 (25.63)	83.36 (10.56)	81.25 (16.25)	1.172	.241
5. ความรู้โดยรวม (คะแนน 0-29)	23.65 (3.14)	24.00 (3.25)	26.50 (1.55)	26.50 (2.25)	4.163	.000

2.2.3 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการสร้างเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับจากคลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลวชิระภูเก็ตเพิ่มสูงขึ้น แต่เมื่อทดสอบทางสถิติไม่พบความแตกต่าง

อย่างมีนัยสำคัญ ส่วนกลุ่มตัวอย่างทีมสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่าย อสม. พบว่ามีความพึงพอใจเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$ และ $p < .01$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ของคะแนนความพึงพอใจเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลที่ได้รับในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ทีมสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่าย อสม. เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจก่อนและหลังการนำใช้ ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test

ความพึงพอใจ	ก่อนการนำใช้รูปแบบ		หลังการนำใช้รูปแบบ		Test statistic	p
	M(SD)	Mdn (IQR)	M(SD)	Mdn (IQR)		
ผู้ป่วย	4.03 (0.56)	4.04 (0.86)	4.20 (0.43)	4.00 (0.75)	1.692	.091
ทีมสหสาขาวิชาชีพ	3.81 (0.41)	3.77 (0.70)	4.25 (0.47)	4.27 (0.84)	2.02	0.043
เครือข่าย อสม.	4.12 (0.32)	4.09 (0.36)	4.55 (0.18)	4.54 (0.36)	3.084	.002

M = ค่าเฉลี่ย, SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Mdn = ค่ามัธยฐาน, IQR = ค่าพิสัยส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์

อภิปรายผล

การดูแลตนเอง (self-care) เป็นแนวคิดสำคัญในการนำมาใช้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่จะช่วยให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยหลักสำคัญในทฤษฎีการดูแลตนเองของรีเกลและคณะ (2016)⁶ มี 3 ด้าน คือ การรักษาสุขภาพ (maintenance) การรับรู้อาการ (symptom perception) และการจัดการ (management) เพื่อตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น แม้แนวคิดนี้ได้รับความสนใจและนำไปใช้อย่างแพร่หลาย แต่ยังพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังยังไม่มี การดูแลตัวเองที่ดีพอทั้ง 3 ด้าน¹⁴ จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยพบว่าวิธีการจัดการเพื่อให้การดูแลตัวเองของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น คือเพิ่ม (1) การดูแลด้านจิตใจในการจัดการภาวะวิตกกังวล ความทุกข์ใจ และภาวะซึมเศร้า และ (2)

การใช้เทคโนโลยีในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เทคโนโลยีมือถือและไร้สาย ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะจากงานวิจัย ทบทวนขอบเขตเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกของรีเกล (2021)⁶ อีกทั้ง ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการดูแลต่อเนื่อง โดยใช้ระบบเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชน อสม. มาร่วมพัฒนาเป็น “รูปแบบการสร้างเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว” (Self-care Enhancement Model for Patients with Heart Failure: ScEM-HF) ขึ้น

รูปแบบ ScEM-HF ดังรายละเอียดที่กล่าวไปในผลการศึกษาก่อนหน้านี้ จะเห็นได้ว่ากิจกรรมในรูปแบบ ScEM-HF ได้พัฒนาขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สำหรับด้านเทคโนโลยีการสื่อสารที่ทีมวิจัย

พัฒนาและนำใช้ได้สอดคล้องกับการศึกษาของลีและคณะ (2018) ¹⁵ ที่ทำการศึกษาแบบทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากงานวิจัยเชิงทดลอง 12 เรื่อง พบว่าการดูแลสุขภาพผ่านอุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่ (mobile health : mHealth) สามารถเพิ่มผลลัพธ์การดูแลตัวเองได้อย่างชัดเจน สำหรับการดูแลต่อเนื่องโดยใช้ระบบเครือข่าย อสม. ได้จัดให้มีการพัฒนาเครือข่ายให้เข้มแข็งด้วยการให้ความรู้เพิ่มช่องทางการติดต่อประสานงาน เพื่อให้ อสม. มีความมั่นใจในการที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับสู่ชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญจันทร์และคณะ (2561) ¹⁶ ที่ศึกษาปัจจัยส่งเสริมการพัฒนาการบริการรักษาพยาบาลโรคหัวใจและหลอดเลือดตามระบบการดูแลเครือข่ายในชุมชนในโรงพยาบาลปัตตานี พบว่าการสนับสนุนทรัพยากรและระบบในการสร้างเครือข่ายในโรงพยาบาลชุมชนและการส่งเสริมการมีส่วนร่วมและเสริมพลังภาคประชาชนเป็น 2 ใน 5 ปัจจัยหลักที่ช่วยสนับสนุนระบบการพัฒนาการรักษายาบาลตามมาตรฐานที่สำคัญ

สำหรับการประเมินผลการนำใช้รูปแบบการสร้างเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในด้านผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่าการกลับเข้านอนโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะน้ำเกิน และระดับความเครียด ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทุกด้าน ($p < .05$) ทั้งนี้เพราะรูปแบบ ScEM-HF มีความครอบคลุมของขั้นตอนการดูแลในทุกๆระยะ มีการใช้เทคโนโลยีสื่อสารเข้ามาช่วยเพิ่มการเข้าถึง การประสานติดต่อกับทีมดูแล การสื่อสารในสิ่งที่ต้องปฏิบัติ และเฝ้าระวังติดตามตัวเอง ได้ลงในสมุดบันทึกอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เห็นแนวโน้มของการดูแลตนเองได้ชัดเจนขึ้น ตลอดจนมีสื่อความรู้ให้เลือกดูได้สะดวก ประกอบกับลักษณะพื้นฐานของกลุ่ม

ตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ และทุกคนมีผู้ดูแลเป็นบุคคลในครอบครัวซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาแบบทบทวนวรรณกรรมอย่างมีระบบของติกและคณะ (2016) ¹⁷ ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวทำให้อัตราการกลับมารักษาซ้ำ (readmission rates) และระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังลดลง สำหรับระดับความเครียดพบว่าหลังการนำรูปแบบ ScEM-HF มาใช้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ แต่อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการที่คลินิกหัวใจล้มเหลวในการศึกษาครั้งนี้มีความเครียดในระดับน้อยมาตั้งแต่ระยะก่อนการนำใช้รูปแบบ ScEM-HF หากนำรูปแบบไปใช้กับผู้ป่วยที่มีความเครียดระดับสูง ควรต้องมีกิจกรรมการพยาบาลที่เน้นด้านจิตใจเพิ่มมากขึ้น

ด้านผลลัพธ์ระยะกลาง การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผลการศึกษาพบว่าหลังการนำรูปแบบ ๖ ไปใช้ คะแนนการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) ส่วนด้านความมั่นใจในการดูแลตนเอง พบว่ามีคะแนนหลังการนำรูปแบบ ๖ มาใช้เพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการดูแลรูปแบบปกติที่คลินิกหัวใจล้มเหลว มีรูปแบบที่มีมาตรฐานอยู่แล้ว จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการดูแลตนเองในระดับดี ด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้ทั่วไปและความรู้เรื่องโรค ความรู้ทางโภชนาการ และความรู้ในการติดตามอาการตนเอง พบว่ามีคะแนนเพิ่มสูงขึ้นจากก่อนการนำรูปแบบ ๖ มาใช้อย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) เนื่องจากรูปแบบการให้ความรู้สามารถใช้งานง่าย เข้าถึงข้อมูลความรู้และนำไปใช้ในการจัดการ

ตนเองได้สะดวก แต่เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเป็นรายข้อ หลังการนำรูปแบบ ScEM-HF มาใช้พบว่า ข้อคำถามที่ยังมีกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบผิดได้แก่ ความรู้ทางโภชนาการ ในเรื่อง “เหตุผลสำคัญที่ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวต้องรับประทานอาหารรสจืดเพราะอาหารรสเค็มมีเกลือเป็นตัวทำให้หัวใจเต้นเร็ว” ($n = 20$) รองลงมา คือ ความรู้ในการติดตามอาการตนเอง เรื่อง “เหตุผลสำคัญที่ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวควรชั่งน้ำหนักสม่ำเสมอเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีความอยากอาหารลดลง” ($n = 8$) ความรู้ในเรื่องของยา ในข้อ “ยาที่ใช้ในการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น ยาขับปัสสาวะ มีผลทำให้ความดันโลหิตต่ำได้” ($n = 7$) และความรู้ในการขอความช่วยเหลือ ในเรื่อง “ท่านควรไปพบแพทย์หรือพยาบาลคลินิกหัวใจล้มเหลวทันทีเมื่อมีอาการคล้ายเป็นหวัด” ($n = 6$) อาจเนื่องจากด้านโภชนาการและยา ยังเป็นด้านที่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ให้ความสำคัญหรือสนใจมากนัก รวมทั้งข้อคำถามเป็นการถามเหตุผลของการปฏิบัติในเรื่องนั้น ๆ ซึ่งหากผู้ป่วยขาดความรู้หรือรู้ไม่ถูกต้อง จะทำให้ไม่สามารถตอบคำถามเรื่องนี้ได้

สำหรับความพึงพอใจกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อการบริการของคลินิกหัวใจล้มเหลว หลังจากมีการนำใช้รูปแบบ ScEM-HF พบว่าคะแนนความพึงพอใจเพิ่มสูงขึ้น แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ อาจเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของคลินิกหัวใจล้มเหลวเดิมได้ใช้แนวทางการปฏิบัติของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย ซึ่งเป็นแนวทางที่ทีมสหสาขาวิชาชีพมีบทบาทชัดเจนในการดูแลผู้ป่วย แต่รูปแบบ ScEM-HF ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีช่องทางมากขึ้นและผู้ป่วยมีความเข้าใจเพิ่มขึ้นจากการใช้สื่อวีดิทัศน์ และ

การใช้สมุดประจำตัวในการดูแลตนเอง สำหรับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย อสม. เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$ และ $p < .01$ ตามลำดับ) อาจเนื่องจากรูปแบบ ScEM-HF มีแนวทางการดูแลที่ครอบคลุมและมีความเชื่อมโยงที่ชัดเจน ด้วยเชื่อว่าเครือข่ายอสม. คือกำลังสำคัญในการสนับสนุนส่งเสริมและช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีการดูแลตนเองได้ดีขึ้น ผู้วิจัยได้รวบรวมประเด็นและข้อเสนอแนะจาก อสม. และนำสู่การพัฒนาโดยจัดโครงการอบรมให้ความรู้แก่ อสม. “เพื่อนข้างกาย มิตรข้างใจ” รวมถึงการร่วมจัดนิทรรศการให้ความรู้ อสม. เพื่อติดอาวุธด้านความรู้ที่จะสร้างความมั่นใจให้กับ อสม. ในการลงติดตามผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับที่เวหาและรัชนก (2558)¹⁸ ได้ศึกษาถึงความต้องการพัฒนาความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการเยี่ยมบ้านผู้เป็นเบาหวานพบว่า อสม.ขาดความรู้และไม่มั่นใจในการเยี่ยมบ้านผู้เป็นเบาหวาน ต้องการพัฒนาศักยภาพ และความสามารถอย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดในการนำรูปแบบการสร้างเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวไปใช้และติดตามผลลัพธ์ในระยะเวลานั้น คือในเวลาเพียง 7 สัปดาห์หลังการนำใช้ จึงอาจยังไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนมากนัก อีกทั้งเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มเดียวทั้งระยะก่อนและหลังนำใช้รูปแบบ จึงอาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ไม่สามารถสรุปได้อย่างแน่ชัดว่าผลการศึกษาทั้งผลลัพธ์ทางคลินิก (ผลลัพธ์ปลายทาง) ผลลัพธ์ระยะกลาง และระดับความพึงพอใจ เกิดจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้นหรือจากปัจจัยอื่นของกลุ่มตัวอย่างเอง นอกจากนี้ นักวิจัยที่เป็นทีมสุขภาพปฏิบัติงานในคลินิกโรคหัวใจล้มเหลว มีความ

คุ้นเคยกับผู้ป่วย จึงอาจส่งผลต่อการให้ข้อมูลมีอคติ (measurement bias) ได้

ข้อเสนอแนะของการวิจัยครั้งต่อไป

1. การนำใช้รูปแบบการสร้างเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว หรือนำใช้กับผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ควรเพิ่มระยะเวลาของการติดตามผลลัพธ์ และควรแยกกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม(กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ในแต่ละด้านของกลุ่มตัวอย่างว่ามีความต่างกันอย่างไร ทั้งนี้การศึกษาครั้งนี้มีความจำเพาะกับบริบทของสถานที่ศึกษา ผู้สนใจนำรูปแบบ ฯ นี้ไปใช้ ควรพิจารณาปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และควรมีการศึกษาซ้ำ

2. การติดตามเก็บข้อมูลหรือติดตามวัดผลลัพธ์ ควรเป็นบุคคลภายนอกหน่วยงานที่ทำการการศึกษา เพื่อป้องกันหรือลดการให้ข้อมูลที่มียอคติ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดีจากแพทย์หญิงนงนุช วัชรพรณ์ อายุรแพทย์โรคหัวใจ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร และ ดร.กนกพร แจ่มสมบูรณ์ ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านการพยาบาล กองการพยาบาล ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ขอขอบคุณนายแพทย์วีระศักดิ์ หล่อทองคำ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชิริะภูเก็ที่กรุณาให้ดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลจนสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ขอขอบคุณทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ทีมบุคลากรคลินิกหัวใจล้มเหลว ผู้รับบริการ และเครือข่าย อสม.ที่เข้าร่วมโครงการ รวมถึงกัลยาณมิตร พว. วิไลลักษณ์ วงศ์จุลชาติ ที่ร่วม

สนับสนุนการวิจัยในทุกขั้นตอน จนได้รูปแบบการสร้างเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว คุณประโยชน์ที่เกิดจากการวิจัยครั้งนี้ ขอมอบแด่บิดา มารดา คณาจารย์และผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. Aroonsang P. Nursing care of coronary artery disease patients. Faculty of Nursing, Khon Kaen University, 10th ed. Khon Kaen; 2013. (In Thai)
2. Chunharas P, Yingchoncharoen T, Kunchorn Na Ayutthaya R. 2019 HFCT heart failure guideline thai version. The heart association of Thailand under the royal patronage. Next step D-sign Limited Partnership. Bangkok; 2019. (In Thai)
3. Cao X, Wang XH, Wong EM, Chow CK, Chair SY. Type D personality negatively associated with self-care in Chinese heart failure patients. JGC 2016 Jul;13(5):401.
4. Suwanno J, Petsirasan R, Prasearthai P, Chanpradit R, Saisuk W. Self-care among patients with chronic heart failure. TJNC 2012 Sep5;23(1):35-47. (In Thai)
5. Riegel B, Jaarsma T, Strömberg A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. ANS 2012 Jul 1;35(3):194-204.
6. Riegel B, Dickson VV, Faulkner KM. The situation-specific theory of heart failure self-care: revised and updated. JCN 2016 May 1;31(3):226-35.
7. Khitka P, Sittisombut S, Chaiard J. Interventions for promoting self-care behaviors among persons with heart failure: A systematic review. Nursing Journal 2017Oct-Dec; 44(4): 71-80. (In Thai)

8. Riegel B, Westland H, Iovino P, Barelds I, Slot JB, Stawnychy MA, Osokpo O, Tarbi E, Trappenburg JC, Vellone E, Strömberg A. Characteristics of self-care interventions for patients with a chronic condition: A scoping review. *IJNS* 2021 Apr 1; 116:103713.
9. The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage. TH HF Guideline 2014. A Plus Print company limited. Bangkok; 2014. (In Thai)
10. Damrongratnuwong W, Masingboon K. New final-thai-version self-care-of-heart-failure-index. [cited 2022 June 5] Available from : URL: http://self-care-measures.com/wp-content/uploads/2020/11/New_Final-Thai-version_Self-Care-of-Heart-Failure-Index-3Nov20.docx (In Thai)
11. Vellone E, Maria MD, Iovino P, Barbaranelli C, Zeffiro V, Pucciarelli G.,... & Riegel B. The self-care of heart failure index version 7.2: Further psychometric testing. *RINAH* 2020 Dec;43(6): 640-650. doi: 10.1002/nur.22083
12. Riegel B, Lee CS, Dickson VV, Carlson B. An update on the self-care of heart failure index. *JCN* 2009 Nov;24(6):485.
13. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Guidelines for using mental health tools for health workers in community hospitals (Clinical Chronic Disease) Revised Edition. Agricultural cooperative printing demonstrations of Thai Co., Ltd. Nonthaburi;2015. (In Thai)
14. Aghajanloo A, Negarandeh R, Janani L, Tanha K, Hoseini-Esfidarjani SS. Self-care status in patients with heart failure: Systematic review and meta-analysis. *Nursing open*. 2021 Sep;8(5):2235-48.
15. Lee JA, Choi M, Lee SA, Jiang N. Effective behavioral intervention strategies using mobile health applications for chronic disease management: a systematic review. *BMC Med. Inform. Decis. Mak* 2018 Dec;18(1):1-8.
16. Sanprasan P, Wattradul D, Soontornsawad N, Pitsachart N. Factors contributing to the development of care for cardiovascular patients and risky groups in hospitals qualified for Provincial Healthcare Network Certification (PNC) : A qualitative research. *Thai J. Cardio-Thorac Nurs* 2018Jul-Dec;29 (2):141-156. (In Thai)
17. Deek H, Hamilton S, Brown N, Inglis SC, Digiacomio M, Newton PJ, Noureddine S, MacDonald PS, Davidson PM, FAMILY Project Investigators. Family-centred approaches to healthcare interventions in chronic diseases in adults: a quantitative systematic review. *JAN* 2016 May; 72(5):968-79.
18. Kasemsuk W, Koshakri R. The need to improve of health volunteer's ability in home visit for diabetes people in communities. *JRTAN* 2015; 16 (2): 59-68. (In Thai)