



พลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมต่อ
ความร่วมมือในการรักษา และการมาตรวจซ้ำก่อนวันนัดของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

Effects of the Self-efficacy and Social Support Enhancement Program on Adherence to Therapeutic Regimens and Revisiting to Hospital among Persons with Heart Failure

เกรียงวรา นาวินประเสริฐ	พย.ม.*	Kriangwara Nawinprasert	M.N.S.*
ประทุม สร้อยวงศ์	ปร.ด**	Pratum Soivong	Ph.D.**
พิกุล บุญช่วง	พย.ด***	Pikul Boonchuang	D.N.S.***

บทคัดย่อ

ปัญหาสำคัญในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว คือ การเกิดอาการกำเริบที่ต้องทำให้เข้ารับการรักษา และเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ดังนั้นการปฏิบัติกิจกรรมความร่วมมือในการรักษาจึงเป็นสิ่งสำคัญ การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมต่อความร่วมมือในการรักษา และการมาตรวจซ้ำก่อนวันนัดของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2555 กลุ่มตัวอย่าง 52 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมโดยได้รับความรู้ และการฝึกทักษะกิจกรรมความร่วมมือในการรักษาจำนวน 3 ครั้งร่วมกับการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมความร่วมมือในการรักษา และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ประเมินผลโปรแกรม

โดยใช้แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และแบบบันทึกการมาตรวจซ้ำก่อนวันนัด วิเคราะห์เปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบแมนนิตนีย์ยู และเปรียบเทียบสัดส่วนของการมาตรวจซ้ำก่อนวันนัดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติฟิชเชอร์

ผลการวิจัย พบว่า ความร่วมมือในการรักษาของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ ที่สัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 สำหรับสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่มาตรวจซ้ำก่อนวันนัดของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีการปฏิบัติกิจกรรมความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น ดังนั้นควรมีการนำ

* นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Graduate Student, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University



กิจกรรมการพยาบาลนี้ผสมผสานกับการพยาบาลตามปกติในการดูแลผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว รวมทั้งควรมีการศึกษาติดตามผลระยะยาวของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมนี้ต่อจำนวนครั้งของการมาตรวจซ้ำก่อนวันนัด

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม ความร่วมมือในการรักษา การมาตรวจซ้ำก่อนวันนัด ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

Abstract

Significant problems among persons with heart failure are the exacerbation of the symptoms requiring hospitalization and risk of death. Thus, adherence to therapeutic regimens is essential to these persons. This quasi-experimental study aimed to examine the effects of self-efficacy and social support enhancement program on adherence to therapeutic regimens as well as hospital revisits for persons with heart failure. The subjects were persons with heart failure attending the Heart Clinic at Chiangrai Prachanukroh Hospital. Fifty-two subjects, purposively selected, were divided into experimental and control groups, 26 in each group. Subjects in the experimental group participated in the self-efficacy and social support enhancement program, which included 3 group sessions of health education and skills training in adherence to therapeutic regimen activities plus the promotion of family members to support these activities. The control group received usual care. The program evaluation was used the Adherence to Therapeutic Regimens Questionnaire and the Revisiting to Hospital Form. Comparisons of adherence to therapeutic regimens between the two groups were analyzed using Mann-Whitney U test. The proportions of hospital revisits between the two groups were analyzed using the Fisher's Exact Test.

The results of this study revealed that subjects in experimental group demonstrated statistically significant higher adherence to therapeutic regimens than those of the control group ($p < .001$) at 4th, 8th, and 12th week after the completion of the intervention. For proportions of hospital revisits, there was no significant difference between two groups.

The study findings indicate that the self-efficacy and social support enhancement program enhanced the adherence to therapeutic regimens behavior in persons with heart failure and it is recommended that this program may be integrated into the usual care for persons with health failure. A study to evaluate the long term outcomes of this program on hospital revisits for heart failure should be conducted.

Key words: Self-efficacy and Social Support Enhancement Program, Adherence to Therapeutic Regimens, Revisiting to Hospital, Heart Failure



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะที่หัวใจไม่สามารถบีบตัวเพื่อสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายหรือรับเลือดกลับเข้าสู่หัวใจได้เพียงพอ (The European Society of Cardiology [ESC] Committee for Practice Guidelines, 2008) เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขทั้งในประเทศที่พัฒนา และกำลังพัฒนา ข้อมูลจากประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นสาเหตุของการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และการเสียชีวิตของประชากรเป็นอันดับ 1 โดยมีผู้ป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวประมาณ 5.8 ล้านราย และทุก ๆ ปีจะมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นประมาณ 670,000 ราย (Heidenreich, Albert, & Allen, 2013) สำหรับในประเทศไทยแม้ไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนถึงจำนวนผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว แต่พบจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และโรคที่มีความผิดปกติของหัวใจ และหลอดเลือดอื่น ๆ ที่เพิ่มขึ้น โดยจากสถิติผู้ป่วยโรคหัวใจ พ.ศ. 2551-2555 พบว่า มีอัตราป่วยด้วยโรคนี้เพิ่มขึ้นจาก 749.54 เป็น 955.07 รายต่อแสนประชากร และยังพบว่า โรคหัวใจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรไทยเป็นอันดับ 3 โดยในช่วงปี พ.ศ. 2551-2555 พบอัตราตายของผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจเพิ่มขึ้นจากจำนวน 29.80 เป็น 32.90 รายต่อแสนประชากร (สำนักนโยบาย และยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ซึ่งผู้ป่วยเป็นโรคหัวใจเหล่านี้ส่วนหนึ่งจะมีภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมด้วย ในจำนวนที่มากขึ้น (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557)

การเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่งผลกระทบต่อผู้ที่ เป็น โดยด้านร่างกายทำให้มีอาการหายใจเหนื่อย หอบ อาการเหนื่อยง่าย มีการคั่งของน้ำหรือมีภาวะน้ำเกิน อาการบวมตามอวัยวะส่วนปลาย และมีภาวะเลือดคั่งที่ปอด ผลกระทบทางด้านจิตใจทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัววิตกกังวล ภาวะเครียด (Cole, Gawlinski, Streers, & Kotlerman, 2007) เบื่อหน่าย รู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต (Jaarsma, 2005) และภาวะซึมเศร้า (จันทร์เพ็ญ สมโน, 2551) ในด้านสังคมส่งผลถึงการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ทั้งในครอบครัว และสังคม (Dunderdale,

Thompson, Miles, Beer, & Furze, 2005) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหรือการทำหน้าที่ทางสังคมลดลง ทำให้เป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลหลัก และการมีส่วนร่วมทางสังคมลดลง (Suwano, Petpichet-chian, Riegel, & Issaramalai, 2008) ส่วนทางด้านเศรษฐกิจผู้ป่วย และครอบครัวสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเนื่องจากผู้ป่วยต้องรับประทายาหลายชนิด และมีราคาแพง (Heidenreich, Albert, & Allen, 2013) สำหรับปัญหาสำคัญที่พบในผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ เกิดอาการหายใจเหนื่อยหอบ หรือน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็นสาเหตุให้มาตรวจซ้ำก่อนวันนัด ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญ (Hamner & Ellison, 2005)

การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวมีเป้าหมาย คือ ลดอาการหรือการควบคุมอาการของโรค ลดการมาตรวจซ้ำก่อนวันนัดบ่อยครั้ง และเพื่อให้ชีวิตยืนยาว (ESC Committee for Practice Guideline, 2008) โดยการรักษาประกอบด้วยการแก้ไขปัญหาคือเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวโดยตรง ได้แก่ การรักษาด้วยการใช้เครื่องมือพิเศษ และการผ่าตัด การรักษาด้วยการใช้ยา และการรักษาด้วยการไม่ใช้ยา เช่น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตด้วยการ จำกัดน้ำ จำกัดโซเดียม การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการพักผ่อน การงดสูบบุหรี่ และสุรา การสังเกตอาการผิดปกติ โดยผู้ป่วยจะได้รับการตรวจรักษาโดยแพทย์ และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อให้สอดคล้องกับแผนการรักษาโดยแพทย์ และพยาบาล (van der Wal, Jaarsma, & van Veldhuisen, 2005) ดังนั้นเพื่อให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติ สามารถควบคุมอาการกำเริบได้ ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต้องให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวที่สอดคล้องกับแผนการรักษา และตามคำแนะนำของทีมผู้ดูแลสุขภาพ

สาเหตุสำคัญที่นำผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมา รับการรักษา คือ การเกิดอาการหายใจเหนื่อยหอบ อาการบวมจากน้ำเกิน น้ำหนักเพิ่ม 1.5 ถึง 2 กิโลกรัมใน 3 วัน หรือมีระดับอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวเปลี่ยนแปลง (Esposito, Bagchi, Verdier, Bencio, & Kim, 2009)



โดยพบว่า ในระยะเวลา 6 เดือนมีผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมาตรวจซ้ำก่อนวันนัดร้อยละ 65.8 ซึ่งร้อยละ 31.7 มารับการตรวจซ้ำก่อนวันนัด 1 ครั้ง และร้อยละ 34.1 มารับการตรวจซ้ำก่อนวันนัดมากกว่า 1 ครั้ง (Hodges, 2009) สำหรับสาเหตุของการมาตรวจซ้ำก่อนวันนัด คือ มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ร่วมกับอาการบวมตามร่างกายพบถึงร้อยละ 83.33 (เยวภา บุญเที่ยง, 2545) การเกิดอาการหายใจเหนื่อยหอบ และการเกิดอาการบวมนี้สามารถชะลอการเกิดหรือป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้โดยผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะต้องมีการปฏิบัติตามกิจกรรมความร่วมมือในการรักษา 8 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการจำกัดน้ำ 2) ด้านการจำกัดโซเดียม 3) ด้านการควบคุมน้ำหนัก 4) ด้านการออกกำลังกาย และการพักผ่อน 5) ด้านการรับประทานยา 6) ด้านการมาตรวจตามนัด 7) ด้านการดูแลสุขภาพ และดื่มสุรา และ 8) ด้านการสังเกตอาการผิดปกติ (จันทร์เพ็ญ สมโน, 2551) แต่จากการศึกษาผ่านมาพบว่า มีผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเพียงร้อยละ 20 ถึง 60 ที่มีการปฏิบัติตามกิจกรรมที่สอดคล้องกับแผนการรักษา หรือมีความร่วมมือในการรักษาที่ดี (ESC Committee for Practice Guideline, 2008) และพบว่า ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความร่วมมือในการรักษาด้านการออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก และการชั่งน้ำหนักตัวได้ไม่ดี จึงทำให้เกิดอาการกำเริบที่ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง (van der Wal et al., 2005) สำหรับในประเทศไทย พบว่า ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความร่วมมือในการรักษาด้านการจำกัดน้ำ ด้านการจำกัดโซเดียม ด้านการออกกำลังกาย และการพักผ่อน และด้านการควบคุมน้ำหนักอยู่ในระดับที่ต่ำ (จันทร์เพ็ญ สมโน, 2551) ดังนั้น ควรมีกิจกรรมการดูแลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีการปฏิบัติตามกิจกรรมความร่วมมือในการรักษาอันจะนำไปสู่การลดอัตราการมาตรวจซ้ำก่อนวันนัด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา พบว่า ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Messer et al., 2007) และปัจจัยด้านสังคม และเศรษฐกิจ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม (Sayers et al., 2008) เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อความ

ร่วมมือในการรักษา และจากการศึกษาของ พัทย์รัตน์ เวชมนัส (2547) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 32.90 สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมาตรวจซ้ำก่อนวันนัดของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวพบปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ได้แก่ ความร่วมมือในการรักษา และปัจจัยด้านสังคม และเศรษฐกิจ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการมารับการตรวจซ้ำก่อนวันนัดของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (Esposito et al., 2009) โดยจะเห็นได้ว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา และการมาตรวจซ้ำก่อนวันนัด

จากการศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมที่ใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1987) เป็นแนวทางในการศึกษา เป็นงานวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลว (พรทิพย์ ราชภัณฑ, 2550) โรคหลอดเลือดหัวใจ (พิกุล ดินะมาส, 2550) และ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ทิภา พุดปา, 2551) ซึ่งผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเกิดขึ้น ได้แก่มีพฤติกรรมออกกำลังกายที่ดีขึ้น (ทิภา พุดปา, 2551; พรทิพย์ ราชภัณฑ, 2550) และพฤติกรรมการรับประทานอาหารดีขึ้น (พิกุล ดินะมาส, 2550) แม้การศึกษาดังกล่าวข้างต้นจะเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ แต่จากสภาพของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามชีวิต และได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ต้องได้รับการรักษา และมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่สอดคล้องกับแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกับผู้สูงอายุ รวมทั้งการเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ส่งผลทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เป็นโรคที่รักษาไม่หายอาจเกิดภาวะเบื่อหน่ายหรือท้อแท้ ดังนั้นหากผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับการส่งเสริมให้มีสมรรถนะแห่งตนเพื่อให้สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมได้ด้วยตนเอง ร่วมกับการสนับสนุน



ทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวอาจจะทำให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความมั่นใจในความสามารถ และปฏิบัติกิจกรรมความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น อันจะส่งผลต่อการลดการมาตรวจซ้ำก่อนวันนัด ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมต่อความร่วมมือในการรักษา และการมาตรวจซ้ำก่อนวันนัดของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวขึ้น โดยคาดว่าผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับโปรแกรมดังกล่าวจะมีความร่วมมือในการรักษาที่ดีขึ้น และลดการมาตรวจซ้ำก่อนวันนัด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบสัดส่วนของการมาตรวจซ้ำก่อนวันนัดของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. คะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหลังได้รับโปรแกรม การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
3. สัดส่วนของการมาตรวจซ้ำก่อนวันนัดของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการทำวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1987) เป็นแนวทางในการศึกษา อธิบายได้ว่าภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอ ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง และเกิดภาวะแทรกซ้อน คือ ทำให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต้องมารับการตรวจซ้ำก่อนวันนัดบ่อยครั้ง หรือเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต้องมีการปฏิบัติกิจกรรมให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างถูกต้อง และสม่ำเสมอ ประกอบด้วย 8 ด้าน คือ 1) ด้านการจำกัดน้ำ 2) ด้านการจำกัดโซเดียม 3) ด้านการควบคุมน้ำหนัก 4) ด้านการออกกำลังกาย และการพักผ่อน 5) ด้านการรับประทานยา 6) ด้านการมาตรวจตามนัด 7) ด้านการงดสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา และ 8) ด้านการสังเกตอาการผิดปกติ ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต้องเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าว จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนจาก 4 แหล่ง ได้แก่ 1) จากประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาทั้ง 8 ด้าน 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่นโดยใช้ตัวแบบที่มีชีวิต 3) การได้รับคำพูดชักจูงจากผู้วิจัย และ 4) การสนับสนุนด้านร่างกาย และอารมณ์ ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านการประเมินผลย้อนกลับ 3) การสนับสนุนข้อมูลด้านการรักษา และ 4) การสนับสนุนด้านเครื่องมือ สิ่งของ โดยคาดว่าเมื่อผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมแล้ว จะส่งผลต่อผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวให้มีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเอง ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติ และช่วยให้ได้ปฏิบัติอย่างเหมาะสม อันจะส่งผลต่อการมีความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น และลดการมาตรวจซ้ำก่อนวันนัด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อน และ หลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มาใช้บริการที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล เชียงรายประชานุเคราะห์ ตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึงเดือน กันยายน พ.ศ.2555 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์ และคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ 1) อายุ 40 ถึง 65 ปี 2) มีความรุนแรงของอาการระดับ 2 และ 3 ตามการจำแนกของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (The New York Heart Association) 3) ไม่มีข้อห้ามที่เป็นอันตรายต่อการเข้าร่วมกิจกรรม เช่น มีอาการรุนแรง ได้แก่ เจ็บแน่นหน้าอก หายใจเหนื่อยหอบมาก เป็นต้น 4) มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติกิจกรรมความร่วมมือในการรักษา และการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำหรือปานกลาง 5) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ 6) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และ 7) อาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวโดยตรงที่มีอายุ 18 ถึง 65 ปี สามารถสื่อสาร และเข้าใจภาษาไทย และ ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการวิเคราะห์ค่ากำลัง (power analysis) โดยกำลังทดสอบ (power) เท่ากับ 0.80 ค่าอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .50 และ ค่านัยสำคัญของ การทดสอบเท่ากับ 0.05 จากการเปิดตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 ราย (Burn & Grove, 2005) และผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 26 ราย รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 52 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติกิจกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน

ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และตรวจสอบความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89

3. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว สร้างโดย หทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.83 และตรวจสอบความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.90

4. แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดความร่วมมือในการรักษาของ จันทรเพ็ญ สมโน (2551) โดยตัดด้านการมาตรวจตามนัดออก เนื่องจากเกณฑ์การประเมินผลการมาตรวจตามนัดของจันทรเพ็ญ สมโน ใช้ที่ระยะเวลา 1 ปี ที่ผ่านมาซึ่งแตกต่างจากเกณฑ์ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ที่ประเมินทุก 1 เดือน ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.89 ในการศึกษาครั้งนี้ตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.85

5. แบบบันทึกการมาตรวจซ้ำก่อนวันนัด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 นำไปทดลองใช้กับผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 3 ราย เพื่อประเมินความเข้าใจในเนื้อหา จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมในการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
 2. คู่มือการปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมความร่วมมือในการรักษาสำหรับผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
 3. คู่มือสำหรับสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักในการสนับสนุนให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวปฏิบัติกิจกรรม
- เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง



ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน จากนั้นนำไปแก้ไขปรับปรุงตามข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะ ตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยการนำไปทดลองใช้กับผู้ที่มิภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 3 คน เพื่อประเมินความเข้าใจในเนื้อหา จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริงกลุ่มตัวอย่างซึ่งทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ และจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และโรงพยาบาลเชียงใหม่ระยองราษฎร์ ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มทดลอง โดยทำตามขั้นตอนดังนี้

กลุ่มควบคุม

ในกลุ่มควบคุมมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 26 คน ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยประเมินกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติกิจกรรมความร่วมมือในการรักษา แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที เป็นการประเมินครั้งที่ 1 หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำคลินิกโรคหัวใจ และผู้วิจัยมอบเครื่องชั่งน้ำหนักให้แก่กลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคหัวใจ เพื่อตอบแบบประเมินความร่วมมือในการรักษา และแบบบันทึกการมาตรวจซ้ำก่อนวันนัด ในสัปดาห์ที่ 4, 8, และ 12 โดยใช้เวลาแต่ละครั้งประมาณ 30 นาที เมื่อสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยมอบคู่มือการปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมความร่วมมือในการรักษาสำหรับผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว คู่มือสำหรับผู้ดูแลหลักในการสนับสนุนผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวปฏิบัติกิจกรรม พร้อมทั้งอธิบายสาระสำคัญ และให้คำแนะนำในการใช้คู่มือ

กลุ่มทดลอง

ในกลุ่มทดลองมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 26 คน ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม โดยจัดกิจกรรมเป็นรายกลุ่มๆ ละ 4 – 6 ราย รวมทั้งหมด 5 กลุ่ม สัปดาห์ละ

1 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 3 ครั้ง ครั้งละ 1- 2 ชั่วโมง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยประเมินกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติกิจกรรมความร่วมมือในการรักษา แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว หลังจากนั้นดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ความร่วมมือในการรักษาของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และการปฏิบัติบทบาทของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวการเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักในการดูแลตนเอง หลังจากนั้นสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติโดยผ่านการสนับสนุนทั้ง 4 แห่ง ได้แก่ 1) การสนับสนุนสภาวะด้านร่างกาย และอารมณ์ โดยการประเมินความพร้อมทางด้านร่างกาย และอารมณ์ 2) การสังเกตจากประสบการณ์ของผู้อื่นโดยให้รับฟัง และร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับตัวแบบ คือ ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มาเล่าถึงประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการเจ็บป่วย และวิธีการแก้ไขปัญหา 3) การให้มีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมความร่วมมือในการรักษาการปฏิบัติกิจกรรมความร่วมมือในการรักษา 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการจำกัดน้ำ ด้านการจำกัดโซเดียม ด้านการรับประทานยา และด้านการควบคุมน้ำหนัก ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกการปฏิบัติกิจกรรม พร้อมทั้งระบุปัญหา และอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมในแต่ละวัน และนำมาร่วมวิเคราะห์ร่วมกันในการมาเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไปเพื่อหาวิธีแก้ไขปัญหาร่วมกัน และ 4) การชักจูงด้วยคำพูด โดยผู้วิจัย และผู้ดูแลหลักจะมีส่วนร่วมในการให้กำลังใจขณะกลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติกิจกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษา และกล่าวชมเชยเมื่อฝึกได้สำเร็จ พร้อมทั้งพูดชักจูงให้มีความเชื่อมั่นในความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมความร่วมมือในการรักษาทั้ง 4 ด้าน

ขณะที่กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติกิจกรรมการให้ความร่วมมือในด้านต่าง ๆ นั้น ผู้วิจัยส่งเสริมให้ผู้ดูแลหลักให้การสนับสนุนผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในการปฏิบัติโดย 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ ให้ผู้ดูแลหลักฝึกให้การดูแล

ให้กำลังใจอย่างใกล้ชิด 2) การสนับสนุนด้านการประเมินผลย้อนกลับ ให้ผู้ดูแลหลักฝึกประเมินการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวขณะกลุ่มตัวอย่างได้ปฏิบัติว่าถูกต้องหรือไม่ หากพบว่า กลุ่มตัวอย่างกระทำไม่ถูกต้องให้ผู้ดูแลหลักเป็นผู้ให้ข้อมูลย้อนกลับ และระบุวิธีที่ถูกต้อง แต่หากกลุ่มตัวอย่างทำได้ถูกต้อง ก็ให้กำลังใจชมเชย 3) การสนับสนุนข้อมูลด้านการรักษาฝึกให้ผู้ดูแลหลักเป็นผู้ให้คำแนะนำ และสอนวิธีการปฏิบัติกิจกรรมแก่กลุ่มตัวอย่าง 4) การสนับสนุนด้านเครื่องมือ สิ่งของผู้วิจัยระบุอุปกรณ์ที่ผู้ดูแลหลักจะต้องจัดเตรียมให้กลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยสังเกต และประเมินการให้การสนับสนุนในการทำกิจกรรมของผู้ดูแลหลักพร้อมทั้งให้คำแนะนำและให้ข้อเสนอแนะ หากพบว่าผู้ดูแลหลักให้การสนับสนุนไม่ถูกต้อง

ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และผู้ดูแลหลักทบทวนกิจกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาที่ได้รับการฝึกไปเมื่อครั้งแรก โดยมีผู้ดูแลหลักช่วยให้คำแนะนำหรือให้ข้อมูลย้อนกลับ และผู้วิจัยให้คำแนะนำเพิ่มเติมในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลหลักไม่เข้าใจหรือหลงลืมหลังจากนั้นดำเนินกิจกรรมเหมือนครั้งที่ 1 โดยมีกิจกรรมเพิ่มเติม คือ ผู้วิจัยร่วมปรึกษากับกลุ่มตัวอย่างในการแก้ไขปัญหา และฝึกปฏิบัติกิจกรรมความร่วมมือในการรักษาอีก 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย และการพักผ่อน ด้านการมาตรวจตามนัด ด้านการดูแลสุขภาพ และ การดื่มสุรา และด้านการสังเกตอาการผิดปกติ

ครั้งที่ 3 ดำเนินกิจกรรมเหมือนสัปดาห์ที่ 1 และ 2 โดยเป็นการทบทวนความรู้ และปฏิบัติกิจกรรมความร่วมมือในการรักษาทั้ง 8 ด้าน

ภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมผู้วิจัยจะทำการประเมินผลการวิจัยในสัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 โดยนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง และสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก มารวมกลุ่มกันที่โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. คะแนนความร่วมมือในการรักษามีการกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติจึงเปรียบเทียบคะแนนความ

ร่วมมือในการรักษาระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติด้วยสถิติทดสอบแมนวิทนียู

2. เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมด้วยสถิติทดสอบฟรیدแมน และเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยการเปรียบเทียบพหุคูณ (multiple comparisons)

3. เปรียบเทียบสัดส่วนของการมาตรวจร่างกายก่อนวันนัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติด้วยสถิติฟิชเชอร์

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งสองกลุ่มเกินครึ่งหนึ่งเป็นเพศชาย โดยในกลุ่มทดลองมีอายุในช่วง 45-63 ปี ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุอยู่ในช่วง 41-65 ปี ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ด้านการศึกษากลุ่มทดลองร้อยละ 84.60 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 76.90 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา สำหรับจำนวนสมาชิกในครอบครัวกลุ่มทดลองร้อยละ 61.50 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 69.23 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 1-3 คน กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมเป็นผู้ประกอบอาชีพร้อยละ 76.90 เท่ากันโดยเกินครึ่งหนึ่งประกอบอาชีพเกษตรกร กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มครึ่งหนึ่งมีแหล่งที่มาของรายได้มาจากตนเอง มีความเพียงพอของรายได้ ในกลุ่มทดลองร้อยละ 76.90 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 69.20 มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว 1-5 ปี สามในสี่ของทั้งสองกลุ่มมีระดับความรุนแรงของอาการภาวะหัวใจล้มเหลวระดับ 2 คือ มีความสุขสบายเหมือนคนปกติในขณะที่พัก สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ปกติ แต่รู้สึกเหนื่อยเวลาออกแรงมากๆ ทั้งสองกลุ่มมีปัญหาสุขภาพอื่นๆ โดยมีโรคร่วมเป็นความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมา เป็นโรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง เมื่อเปรียบเทียบ



ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะส่วนบุคคล และการเจ็บป่วยไม่แตกต่างกัน

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 คะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุน

ทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัย พบว่า ความร่วมมือในการรักษาของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ ที่สัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการรักษาระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ระยะเวลาการศึกษา	กลุ่มทดลอง (n=26)			กลุ่มควบคุม (n=26)			Z	p-value
	Median	$\bar{x}$	S.D.	Median	$\bar{x}$	S.D.		
หลังการศึกษาสัปดาห์ที่ 4	6.00	5.67	1.32	3.00	3.11	0.99	-5.22	<.001**
หลังการศึกษาสัปดาห์ที่ 8	7.00	6.42	0.70	3.50	3.35	1.09	-6.08	<.001**
หลังการศึกษาสัปดาห์ที่ 12	7.00	6.58	0.58	3.00	3.31	0.97	-6.30	<.001**

** $p < .001$

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 คะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ผลการวิจัย พบว่า ความร่วมมือในการรักษาของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริม

สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ โดยคะแนนความร่วมมือในการรักษาหลังการศึกษาสัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 สูงกว่าก่อนการศึกษา และคะแนนในสัปดาห์ที่ 8 และ 12 สูงกว่าสัปดาห์ที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มทดลอง ก่อน และหลังการศึกษา

กลุ่มทดลอง	Range	Median	$\bar{x}$	S.D.	Chi-square	p value
ก่อนการศึกษา	0-4	2.50	2.50	1.17	65.38	$p < .001^{**}$
หลังการศึกษาสัปดาห์ที่ 4	2-7	6.00	5.69	1.32		
หลังการศึกษาสัปดาห์ที่ 8	5-7	7.00	6.42	0.70		
หลังการศึกษาสัปดาห์ที่ 12	5-7	7.00	6.58	0.58		

** $p < .001$

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 สัดส่วนของการมาตรวจซ้ำก่อนวันนัดของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัย พบว่า การมาตรวจซ้ำก่อนวันนัดของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวภายหลังการศึกษาสัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของจำนวนครั้งการมาตรวจซ้ำก่อนวันนัดของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ในแต่ละระยะเวลาการศึกษาด้วยสถิติฟิชเชอร์ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

อภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถอธิบายผลของโปรแกรมนี้ต่อการเพิ่มความมั่นใจของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จนนำไปสู่การปฏิบัติกิจกรรมความร่วมมือในการรักษา โดยผ่านกิจกรรมดังนี้

1. การให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง และผู้ดูแล การที่กลุ่มตัวอย่าง และผู้ดูแลได้รับข้อมูลทำให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญ และเห็นประโยชน์ของการปฏิบัติ (Bandura, 1997) กิจกรรมความร่วมมือในการรักษา รวมทั้งทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่น และมีการตัดสินใจลงมือปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม นอกจากนี้การที่ผู้วิจัยแจกเอกสารคู่มือต่างๆ ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถทบทวนกิจกรรมที่ควรปฏิบัติเมื่อเกิดการลืม หรือไม่มั่นใจในความถูกต้องในการปฏิบัติกิจกรรมได้

2. การสนับสนุนให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ โดยผ่านการสนับสนุนทั้ง 4 แหล่ง ร่วมกับการให้การสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

2.1 การสนับสนุนสภาวะด้านร่างกาย และอารมณ์ โดยการประเมินความพร้อมทางด้านร่างกาย และอารมณ์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมความร่วมมือในการรักษาได้จริง พร้อมทั้งแก้ไขปัญหาก่อนดำเนินการกิจกรรม และผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในการฝึกประเมินสภาวะด้านร่างกาย และอารมณ์แก่กลุ่มตัวอย่างด้วย ทำให้ผู้ดูแลสามารถประเมินความผิดปกติ และให้การช่วยเหลือ หาวิธีการ

แก้ปัญหาร่วมกัน หรือการส่งต่อไปรับการรักษาที่เหมาะสม (Bandura, 1997)

2.2 การให้มีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมความร่วมมือในการรักษาทั้ง 8 ด้าน และให้กลุ่มตัวอย่างได้เห็นว่าสามารถประสบความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง โดยเฉพาะจากการบันทึกการปฏิบัติกิจกรรม เมื่อเผชิญกับปัญหาหรืออุปสรรค กลุ่มตัวอย่างสามารถประเมินตนเองได้ว่าเป็นเพราะยังไม่ได้กระทำอย่างเต็มที่ หรือเกิดจากสถานการณ์ไม่อำนวย จึงทำให้เกิดความพยายามในการปฏิบัติพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้น ดังที่แบนดูรา (Bandura, 1997) กล่าวว่า ประสบการณ์ที่บุคคลกระทำ และประสบผลสำเร็จ ทำให้บุคคลมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การแจกเครื่องชั่งน้ำหนักให้แก่กลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีการปฏิบัติได้จริงทุกราย ในส่วนของผู้ดูแลหลักพบว่า ผู้ดูแลหลักจะคอยกระตุ้น และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติ และมีการติดตามเป็นระยะๆ ซึ่งช่วยให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่คุกคามชีวิตได้อย่างเหมาะสม

2.3 การสังเกตจากประสบการณ์ของผู้อื่น จากการได้รับฟัง และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับตัวแบบซึ่งเป็นผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติกิจกรรมความร่วมมือในการรักษา ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้จากตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตนที่สามารถกระทำพฤติกรรมใด ๆ แล้วประสบความสำเร็จ จึงเกิดการคล้อยตาม และเกิดความเชื่อมั่น หรือรับรู้ว่าคุณสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ได้สำเร็จเช่นกัน (Bandura, 1997) นอกจากนี้การใช้ตัวแบบจากประสบการณ์ตรง ยังช่วยในการสื่อสารด้วยภาษาที่กลุ่มตัวอย่างเข้าใจง่าย และประสบการณ์เช่นเดียวกัน

2.4 การชักจูงด้วยคำพูด การที่ผู้วิจัยให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างขณะฝึกปฏิบัติกิจกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษา และกล่าวชมเชยเมื่อฝึกได้สำเร็จ พร้อมทั้งพูดชักจูงให้มีความเชื่อมั่นในความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างนำข้อมูลที่ได้รับมาพิจารณาความสามารถของตน จึงทำให้เกิดความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จ ถึงแม้ว่าจะไม่เคย



กระทำหรือไม่เคยประสบความสำเร็จมาก่อนก็ตาม (Bandura, 1997)

ในขั้นตอนการฝึกกิจกรรมเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติโดยผ่านการสนับสนุนทั้ง 4 แหล่ง ผู้ดูแลหลักมีบทบาทในการให้การสนับสนุนกลุ่มตัวอย่าง จากการสนับสนุนดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ดูแลหลักมีบทบาทในการแสดงความรักใคร่ห่วงใยการให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับ และข้อมูลเพื่อการรับรู้ และประเมินตนเอง ซึ่งผลการศึกษาสนับสนุนตามที่เฮาส์ (House, 1987) กล่าวไว้ว่าหากบุคคลนั้นได้รับความรักการดูแลเอาใจใส่ให้ความช่วยเหลือทางด้านสิ่งของข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้อง และได้รับข้อมูลย้อนกลับจะช่วยให้บุคคลนั้นสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่คุกคามชีวิตได้อย่างเหมาะสม

3. การติดตามประเมินความมั่นใจของกลุ่มตัวอย่างภายหลังจากได้รับกิจกรรมการให้ความรู้ และการสนับสนุนจาก 4 แหล่งดังกล่าวไปแล้วข้างต้น โดยภายหลังการดำเนินกิจกรรม 3 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้ทำการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติกิจกรรมความร่วมมือในการรักษา และประเมินการสนับสนุนทางสังคม ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีคะแนนอยู่ระดับสูงขึ้นทุกราย ผู้วิจัยจึงให้กำลังใจ และกล่าวคำชมเชยในการปฏิบัติกิจกรรมความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดีของกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง ดังพบในการศึกษาของ พรทิพย์ราชภัณท์ (2550) ที่พบว่า คะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม และภายหลังได้รับโปรแกรมหักคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบเช่นเดียวกับการศึกษาของพิกุล ดินะมาส (2550) พบว่า คะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่

ไม่ได้รับโปรแกรม และภายหลังได้รับโปรแกรมหักคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สำหรับผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม ต่อการมาตรวจซ้ำก่อนวันนัด ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า สัดส่วนของการมาตรวจซ้ำก่อนวันนัดของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันทางสถิติ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผลลัพธ์เกี่ยวกับการมาตรวจซ้ำก่อนวันนัด จะต้องใช้ระยะเวลานานในการติดตามผลในระยะเวลาเกินกว่า 3 เดือนจึงจะเห็นผลต่อการมาตรวจซ้ำก่อนวันนัด ซึ่งจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องที่ผ่านมา พบว่า ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลการมาตรวจซ้ำก่อนวันนัด หรือการกลับมารักษาในโรงพยาบาลมีการติดตามเป็นระยะเวลา 6 เดือน (Hodges, 2009) และ 1 ปี (เยวภา บุญเที่ยง, 2545) ถึงจะได้เห็นผลของกิจกรรมที่ให้สำหรับการวิจัยครั้งนี้ใช้ระยะเวลาการเก็บข้อมูลการมาตรวจซ้ำก่อนวันนัดของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมที่หลังการศึกษาประมาณ 3 เดือน ซึ่งอาจจะทำให้ยังไม่เห็นผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมต่อการมาตรวจซ้ำก่อนวันนัด จึงควรมีการศึกษา และติดตามในระยะเวลาที่นานขึ้น

ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) และการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1987) แต่อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างของสัดส่วนผู้ที่มาตรวจซ้ำก่อนวันนัดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบเพียงแนวโน้มที่กลุ่มทดลองมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มาตรวจซ้ำก่อนวันนัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ดังนั้นควรมีการศึกษาติดตามผลของโปรแกรมนี้อีกการมาตรวจซ้ำก่อนวันนัดในระยะที่นานขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านบริหารการพยาบาล ควรมีการเสนอแนะเชิงนโยบายในการนำโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมไปปรับใช้เป็น



กิจกรรมการดูแลผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในหน่วยงาน

2. ด้านการศึกษาพยาบาล ควรนำเสนอผลการ
ศึกษาในด้านกิจกรรมการพยาบาลที่พัฒนาตามแนวคิด
การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม
และแสดงให้เห็นถึงผลของการนำทฤษฎีสู่การปฏิบัติ

3. ด้านการวิจัย เป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำไปใช้
ในการพัฒนา และศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริม
สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรม

ในการดูแลสุขภาพ ในผู้ที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังอื่นๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาในระยะยาวเพื่อประเมินผลของ
โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการ
สนับสนุนทางสังคมต่อความคงอยู่ของการปฏิบัติกิจกรรม
ความร่วมมือในการรักษา และเพื่อให้เห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจน
เกี่ยวกับการมาตรวจซ้ำก่อนวันนัด

เอกสารอ้างอิง

- จันทร์เพ็ญ สมโน. (2551). *ความร่วมมือในการรักษา และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวใน
โรงพยาบาลเชียงใหม่ราม. (การค้นคว้าแบบอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่).
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- ทีปา พุดปา. (2551). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกาย
ต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และอาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.
(วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- พรทิพย์ ราชภักดิ์. (2550). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรม
การออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
พยาบาลผู้สูงอายุ). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- พิกุล ดินามาส. (2550). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรม
การรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
พยาบาลผู้สูงอายุ). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- เยาวภา บุญเที่ยง. (2545). *การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพ และการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของ
ผู้สูงอายุหัวใจวายเลือดคั่ง. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ).
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัย และ
การดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: เอ-พลัส พริน.*
- สำนักงานนโยบาย และยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *สรุปสถิติสาธารณสุขที่สำคัญ พ.ศ. 2551-2555.
กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.*
- หทัยรัตน์ เวชมนัส. (2547). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย. (วิทยานิพนธ์พยาบาล
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman.
- Burns, N. & Grove, S. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization
(5th ed.)*. St Louis, MI Elsevier Inc.
- Cole, K. M., Gawlinski, A., Steers, N., & Kotlerman, J. (2007). Animal-assisted therapy in patients
hospitalized with heart failure. *American Journal of Critical Care*, 16, 575-587.



- Dunderdale, K., Thompson, D. R., Miles, J. N. V., Beer, S. F., & Furze, G. (2005). Quality-of-life measurement in chronic heart failure: Do we take account of the patient perspective?. *The European Journal of Heart Failure*, 7, 572-582.
- Esposito, D., Bagchi, A. D., Verdier, J. M., Bencio, D. S., & Kim, M. S. (2009). Medicaid beneficiaries with congestive heart failure: Association of medication adherence with healthcare use and costs. *The American Journal of Managed Care*, 15(7), 437-445.
- Hamner, J. B. & Ellison, K. J. (2005). Predictors of hospital readmission after discharge in patients with congestive heart failure. *Heart and Lung*, 34(4), 231-239.
- Heidenreich P. A., Albert N. M., & Allen L. A. (2013). Forecasting the impact of heart failure in the United States: A policy statement from the American Heart Association. *Circ Heart Fail*, 6, 606-619.
- Hodges, P. (2009). Factors impacting readmissions of older patients with heart failure. *Critical Care Nursing Quarterly*, 32(1), 33-43.
- House, J. S. (1987). Social support and social structure. *Sociological Forum*, 2(1), 135-146.
- Jaarsma, T. (2005). Health care professionals in a heart failure team. *The European Journal of Heart Failure*, 7, 343-349.
- Messer, K. L., Hines, S. H., Raghunathan, T. E., Seng, J. S., Diokno, A. C., & Sampselle, C. M. (2007). Self- efficacy as a predictor to PFMT adherence in a prevention of urinary incontinence clinical trial. *Health Education and Behavior*, 34(6), 942-952.
- Sayers, S. L., Riegel, B., Pawlowski, S., Coyne, J. C., & Samaha, F. F. (2008). Social support and self-care of patients with heart failure. *The Society of Behavioral Medicine*, 35, 70-79.
- Suwanno, J., Petpichetchian, W., Riegel, B., & Issaramalai, S. (2008). A model predicting the health status of patients with heart failure. *Songklanagarind Medical Journal*, 26(3), 239-251.
- The European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines. (2008). ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. *European Heart Journal*, 29, 2388-2442.
- van der Wal, M. H. L., Jaarsma, T., & van Veldhuisen, D. J. (2005). Non-compliance in patients with heart failure: How can we manage it?. *The European Journal of Heart Failure*, 7, 5-17.