

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ ต่อความร่วมมือในการรับประทานอาหารและยาของผู้ป่วย วัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว*

สิริชยา อังกูรขจร พยม.**

สุนิดา ปรีชาวงษ์ PhD***

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ต่อความร่วมมือในการรับประทานอาหารและยาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีผู้ดูแลหลักที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลหลักพร้อมกับกลุ่มตัวอย่าง ในกระบวนการสอนและให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ให้ความรู้และคำแนะนำในการเลือกรับประทานอาหารอาหารที่มีเกลือต่ำ และการรักษาด้วยยา และฝึกทักษะการนับเม็ดยาเพื่อติดตามการใช้ยา ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานอาหารและยาดีก่อนและหลังการทดลอง เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ $t - test$

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานอาหารและยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และ พบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานอาหารและยาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ข้อเสนอแนะ : โรงพยาบาลควรนำโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพนี้ไปประยุกต์ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรับประทานอาหารและยา และพยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมมารับประทานอาหารและยาที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : การสร้างเสริมสุขภาพ, หัวใจล้มเหลว, ความร่วมมือในการรักษา

* ได้รับทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิตจากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

The Effect of Health Promoting Program Applying Pender's Model on Dietary and Medication Adherence in Adult Patients with Heart Failure*

*Sirichaya Angkulkhajorn RN, MNS***

*Sunida Prechawong RN, PhD****

Abstract :

The purpose of this quasi – experimental study, two group pretest – posttest design research was to examine the effect of health promoting program applying Pender's model on dietary and medication adherence in adult patients with heart failure. Fifty patients with heart failure with caregivers, recruited from a tertiary hospital in Nontaburi, participated in this study. The participants were assigned into experimental and control group with 25 persons in each group. The control group received usual care while the experimental group participated in the health promoting program applying Pender's model. The program consists of participation of caregivers in the process of giving health information of heart failure, assessment, giving information, skills training on dietary recommendations, low salt nutrition information, medication administrations and medication count for medical adherence. Data were collected using the dietary and medication adherence questionnaire before and after intervention compared between control and experimental group. Data were analyzed using descriptive and t-test statistics.

The results showed that after participating in the program, the mean score for regimens recommendation of the experimental group was significantly higher before the intervention ($p < .05$). In addition, the mean score regimens recommendation for the experimental group was significantly higher than that for the control group ($p < .05$).

Recommendation : This program should be applied to promote understanding of dietary and medication adherence in adult patients with heart failure. In addition, nurses should promote caregivers to take care of patients comprehensively for continuous and appropriate dietary and medication adherence.

Keywords : Health Promoting, Heart Failure, Adherence

* This research was supported funding by the Graduate School, Chulalongkorn University.

** Master student of Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพ โดยในประเทศไทยยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนถึงจำนวนผู้ป่วยและอัตราการตายแยกจำเพาะภาวะหัวใจล้มเหลวโดยตรง แต่มีรายงานว่าจำนวนและอัตราการตายด้วยโรคหัวใจและระบบไหลเวียนโลหิตต่อประชากร 100,000 คน ตั้งแต่ พ.ศ. 2550 - 2554 อยู่ในลำดับที่ 2 รองจากโรคมะเร็ง¹ ซึ่งจากสถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มากขึ้นนั้นยังแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวด้วยเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุตั้งต้นของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวที่จะเกิดตามมา ภาวะหัวใจล้มเหลวยังเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 30 วัน โดยเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยกลุ่มนี้หลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้ว ภายใน 6 เดือนมักกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลอีกครั้ง² เกิดเนื่องจากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เกี่ยวกับการจำกัดการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม การไม่จำกัดน้ำดื่ม ขาดการรับประทานยาสม่ำเสมอ และการไม่มาพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการ จึงทำให้เกิดภาวะน้ำเกิน^{3,4,5} จากปัญหาการขาดความร่วมมือการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวส่งผลกระทบด้านลบต่อภาวะของโรคทำให้ผู้ป่วยมีอาการและความรุนแรงของโรคเลวลง มีการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเสี่ยงต่ออัตราการตายเพิ่มขึ้น^{6,7} ผู้ป่วยในกลุ่มนี้จึงมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด และจะต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ประเทศต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นด้วย

ความร่วมมือในการรักษาจึงถือเป็นสิ่งที่สำคัญมากสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งประกอบด้วย ภาวะโภชนาการ (ควบคุมการบริโภคเกลือและน้ำ, งดแอลกอฮอล์), การรับประทานยา, การติดตามอาการด้วยตนเอง (เฝ้าระวังอาการกำเริบจากภาวะการคั่งของน้ำและเกลือ, การชั่งน้ำหนัก) การปฏิบัติกิจกรรมและการออกกำลังกาย⁸ โดยในทาง

ปฏิบัติแล้วนั้น ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคเรื้อรัง รวมไปถึงผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ไม่สามารถที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาของบุคลากรทางการแพทย์ได้เสมอไป เนื่องจากการคำแนะนำในการรักษานั้นมีความซับซ้อนในการปฏิบัติ และเป็นเรื่องยากที่ผู้ป่วยจะปฏิบัติตามพฤติกรรมนั้นได้⁹ จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวยังขาดความร่วมมือในการรักษาด้านการรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำ และการรับประทานยาเป็นลำดับต้นๆ ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญที่พบได้ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และจะส่งผลต่อเนื่องให้เกิดอาการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลว และทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ามารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล^{4,10}

นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มักจะมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ จากอาการของโรค ทำให้มีความจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น ทั้งในด้านของกิจวัตรประจำวัน และการดูแลด้านภาวะสุขภาพ ซึ่งผู้ที่มิบทบาทในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด คือครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นคู่สามีภรรยาหรือญาติที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและให้ความร่วมมือในการรักษา การจัดการกระทำที่สนับสนุนให้ ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วย มีพฤติกรรมปฏิบัติตามคำแนะนำให้ความร่วมมือ นำในการรักษาดีขึ้นได้ โดยสมาชิกในครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติและให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างสม่ำเสมอ^{11,12} จากการศึกษาที่ผ่านมาได้มุ่งส่งเสริมการดูแลเฉพาะเป้าหมายคือผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวให้ความสำคัญไปที่ตัวผู้ป่วย มีงานวิจัยเพียงส่วนน้อยที่ได้เห็นถึงบทบาทและความสำคัญของครอบครัว บุคคลใกล้ชิด ซึ่งมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วย เนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยมักมีความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังจากการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานาน สภาวะทางจิตใจที่ไม่สมบูรณ์ยังส่งผลให้ความร่วมมือในการรักษาลดลงตามไปด้วย เกิดความรู้สึก หมดหวัง ครอบครัวจึงเป็นที่พึ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย ที่จะต้องเข้ามาดูแล

ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดทั้งในด้านร่างกายและดูแลด้านจิตใจ ความคุ้นกันไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาลโดยส่งเสริมให้ญาติหรือสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมและสนับสนุน ผู้ป่วยให้เห็นความสำคัญของการให้ความร่วมมือในการรักษากับบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้และทัศนคติที่ดีต่อคำแนะนำในการรักษา เพื่อคาดหวังว่าผู้ป่วยจะมีความร่วมมือในการรักษาที่ดียิ่งขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender¹³ มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย โดย Pender ได้เสนอแนวคิดการรับรู้ประโยชน์ (Perceived benefits) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Barriers) ซึ่งอธิบายไว้ว่า บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมหรือกระทำสิ่งใดๆ เพราะเห็นว่ามีความประโยชน์ มีคุณค่า รวมถึงหากมีการรับรู้อุปสรรคน้อยลงมากเท่าไรก็จะส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติมากขึ้น นอกจากนั้น Pender ยังได้กล่าวถึงแนวคิดอิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences) ไว้ว่า บุคคลรอบข้างจะมีอิทธิพลต่อบุคคลนั้นๆ ให้ปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับแนวคิดการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ คือ ซึ่งหากส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ประโยชน์ และลดการรับรู้อุปสรรคต่อความร่วมมือในการรักษา ผ่านกระบวนการให้ข้อมูล การให้ความรู้ ส่งผลต่อกระบวนการคิดและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงได้รับการสนับสนุนจากเป็นครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลที่คอยให้ความช่วยเหลือ โดยผู้ดูแลจะทำหน้าที่ในการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และช่วยเหลือในด้านวัตถุประสงค์ของ และระดับประครองอารมณ์ผู้ป่วย จะส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวให้ความร่วมมือในการรักษาที่ดียิ่งขึ้น ซึ่งคาดหวังผลลัพธ์ต่อเนื่องที่ตามมาคือลดการเกิดอาการกำเริบทางหัวใจและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้และทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อภาวะสุขภาพของ

ผู้ป่วยด้วย^{11,14}

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ และเลือกศึกษาเฉพาะเรื่องความร่วมมือในการรับประทานอาหารและยา เนื่องจากเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยที่สุดของผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยผู้วิจัยใช้กระบวนการให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ประโยชน์ มีทัศนคติที่ดีต่อคำแนะนำในการรับประทานอาหารและยา วิเคราะห์ปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติ เพื่อลดการรับรู้อุปสรรคของการเลือกรับประทานอาหารและยา ให้ข้อมูลและส่งเสริมให้ผู้ดูแลหลักเข้าใจถึงการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว สนับสนุนบทบาทของผู้ดูแลในการให้กำลังใจและช่วยเหลือผู้ป่วยมีพฤติกรรมรับประทานอาหารและยาที่เหมาะสม และให้ความร่วมมือในการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย :

1. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรับประทานอาหารและยาของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์
2. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรับประทานอาหารและยาของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย :

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ จะมีคะแนนความร่วมมือในการรับประทานอาหารและยาสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ จะมีคะแนนความร่วมมือในการ

รับประทานอาหารและยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับ การดูแลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลเปรียบเทียบก่อนและหลัง การทดลอง (Pretest-posttest control group design) โดยมีการดำเนินการดังนี้

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรสำหรับการศึกษาคือผู้ป่วย ผู้ใหญ่ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 18-65 ปี และมีผู้ดูแลหลัก ที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลชลประทาน จังหวัดนนทบุรี จำนวน กลุ่มตัวอย่างโดยกำหนด ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 , กำหนดขนาดของอำนาจทดสอบเท่ากับ 0.80 และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดกลางที่ ระดับ 0.5 จากการเปิดตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวนกลุ่มละ 22 คน¹⁵ ผู้วิจัย จึงเก็บตัวอย่างเพิ่มเป็น กลุ่มละ 25 คน รวมเป็น 50 คน เพื่อป้องกันการ สูญหายของกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ เฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว อายุระหว่าง 18 – 65 ปี เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วย ใน โรงพยาบาลชลประทาน จังหวัดนนทบุรี

2. อาศัยอยู่กับผู้ดูแลหลัก

3. ไม่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งประเมินตามแบบประ เเมินภาวะซึมเศร้า CES-D ฉบับภาษาไทย

4. มีเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

5. สามารถสื่อสารเข้าใจอ่านภาษาไทยได้ ฟัง รู้เรื่อง

ผู้ดูแลหลักจะต้องมีคุณสมบัติดังนี้

- พักอาศัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และดูแลใกล้ชิดกับกลุ่มตัวอย่าง

- ยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมการทดลองอย่าง น้อย 1 ครั้ง (กิจกรรมครั้งที่ 1)

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวม ข้อมูลจากคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลประทาน จังหวัดนนทบุรี เพื่อขออนุมัติการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอพิจารณาจริยธรรมของโรงพยาบาล จากนั้นผู้ วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกอายุรกรรมของโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และรายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการ เก็บรวบรวมข้อมูล

2. พัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตาม แนวคิดของเพนเดอร์ ประกอบด้วย

2.1 ผลิตคู่มือแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ด้านการรับประทานอาหารและยา สำหรับผู้ป่วยที่ มีภาวะหัวใจล้มเหลว เรื่อง “ปฏิบัติตัวอย่างไร .. ให้หัวใจ แข็งแรง” เป็นคู่มือที่ทำขึ้นเพื่อให้คำแนะนำให้ความรู้ เกี่ยวกับการปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับแผนการรักษา โดยเนื้อหาประกอบด้วย ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะ หัวใจล้มเหลว การรับประทานยาที่เหมาะสมกับโรค การเลือกซื้ออาหารและการอ่านฉลากส่วนประกอบ, ข้อมูลส่วนผสมของเกลือโซเดียมในเครื่องปรุงรส, ยาที่ ใช้ในการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว, การออกฤทธิ์และ ผลข้างเคียงของยา โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรง คุณวุฒิจำนวน 5 คน

2.2 สร้างปฏิทินแขวนผนัง ที่มีภาพสัญลักษณ์หรือข้อความสั้นๆ ที่ช่วยเตือนให้ผู้ป่วย และให้ ผู้ป่วยสังเกตเห็นได้ง่าย

2.3 สร้างสื่อการสอนใช้รูปแบบการนำ เสนอภาพนิ่งผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ รูปภาพสี ประกอบการสอน โดยขอบเขตของเนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา ให้คำแนะนำด้านการ รับประทานอาหารและยา และจัดหาโมเดลอาหารที่มี ฉลากระบุเพื่อประกอบการสอนสาธิต ผ่านตรวจสอบ จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ

สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ

2. แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทาน อาหารและยาเป็นแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การรับประทานอาหารและยาของตามคำแนะนำ ของทีมสุขภาพในเรื่องของการรับประทานอาหารที่ เหมาะสมโรค และการรับประทานยา รวมถึงการมา ตรวจตามนัดเพื่อรับการรักษาและรับยาอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินพฤติกรรมรับประทาน อาหารเฉพาะโรค และแบบประเมินพฤติกรรมรับประทาน ยา¹⁶ มาปรับใช้ ร่วมกับการทบทวนวรรณ กรรม มีข้อคำถาม ทั้งหมด 14 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางด้านบวก 11 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น มาตราวัดแบบประเมินค่า 4 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ คือ เป็นประจำ เท่ากับ 4 คะแนน, บ่อยครั้ง เท่า กับ 3 คะแนน, บางครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน, และ ไม่เคย ปฏิบัติ เท่ากับ 1 คะแนน และมีข้อคำถามที่เป็นด้านลบ 3 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนตรงกันข้าม นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่า ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.93 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค เท่ากับ .83

3. แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ รับรู้อุปสรรค ต่อความร่วมมือในการรับประทานอาหารและยา ผู้วิจัย ใช้แบบประเมิน Belief about Medication Compliance Scale (BMCS) and Belief about Dietary Compliance Scale (BDCS)¹⁷ ผู้วิจัยนำเครื่องมือ ดัชนีบับภาษาอังกฤษมาแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย วิธีการแปรย้อนกลับ โดยผู้เชี่ยวชาญสองภาษาจำนวน 2 คนจากสถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดย ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาคนแรกแปลเครื่องมือดัชนีบับ ภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย จากนั้นผู้เชี่ยวชาญด้าน ภาษาคนที่สองจึงแปลเครื่องมือดัชนีบับภาษาไทยย้อน กลับเป็นภาษาอังกฤษ และนำมาเทียบเคียงความตรง เิงภาษาและความหมาย แบบประเมินมีข้อคำถาม 24 ข้อ เป็นคำถามที่ใช้ประเมินทัศนคติเชิงบวก (การรับรู้ ประโยชน์) และเชิงลบ (รับรู้อุปสรรค) ต่อความร่วมมือ

ในการรับประทานอาหารและการรับประทานยา ลักษณะคำตอบเป็นมาตราวัดแบบประเมินค่า 5 ระดับ ข้อคำถามที่เป็นความหมายเชิงบวกหรือข้อคำถามที่ แสดงถึงการรับรู้ประโยชน์ต่อความร่วมมือในการรับ รับประทานอาหารและยา มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 5 คะแนน, เห็นด้วย เท่ากับ 4 คะแนน, ไม่แน่ใจ เท่ากับ 3 คะแนน, ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 2 คะแนน, ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 คะแนน และข้อคำถามที่เป็นความหมายเชิงลบหรือ ข้อคำถามที่แสดงถึงการรับรู้อุปสรรคต่อความร่วมมือใน การรับประทานอาหารและยา มีเกณฑ์การให้คะแนน ตรงกันข้าม

เครื่องมือนี้้นำไปตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าดัชนีความตรงตาม เนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 1.0 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .88 ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมมาก หมายถึง กลุ่ม ตัวอย่างมีทัศนคติเชิงบวกต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำ ในการรักษาสูง (มีการรับรู้ประโยชน์ต่อความร่วมมือใน การรับประทานอาหารและยามาก และมีการรับรู้ อุปสรรคน้อย)

ขั้นตอนการโปรแกรมสร้างเสริม สุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์

1. ผู้วิจัยเริ่มสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่มีภาวะ หัวใจล้มเหลวในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลที่มี คุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ชี้แจงวัตถุประสงค์ของ การวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย อธิบายประโยชน์ของ การวิจัย และผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และลงนามเป็น ลายลักษณ์อักษร

2. สุ่มผู้ป่วยเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่แทนที่ด้วยตัวเลข 1 – 50 หากจับได้เลขคู่จัดให้เป็นกลุ่มทดลอง เลขคี่เป็นกลุ่ม ควบคุม และเริ่มดำเนินการวิจัยโดยกลุ่มควบคุมจะ ได้ รับการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรม การสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 (วันก่อนจำหน่ายกลับบ้าน 1 วัน)

ให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างและญาติเป็นรายบุคคล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์เป็นสื่อ ในเรื่อง 1) สาเหตุการเกิดโรค พยาธิสรีรวิทยา และการดำเนินของโรค, 2) การรักษาด้วยยาและประโยชน์จากการรับประทานยา 3) การเลือกรับประทานอาหาร และประโยชน์ของการรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำ โดยเนื้อหาสั้นกระชับและเข้าใจง่าย และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัย พร้อมทั้งแจกคู่มือเรื่อง "ปฏิบัติตัวอย่างไร .. ให้หัวใจแข็งแรง" และปฏิทินแขวนผนัง (ใช้ระยะเวลา 45 - 60 นาที)

เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์ที่ดี และคิดว่าเป็นประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เกี่ยวกับการให้ความร่วมมือในการรับประทาน อาหารและยา ให้กลุ่มตัวอย่างได้ระบายถึงอุปสรรค หรือปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถให้ความร่วมมือ ในการรับประทานอาหารและยาได้ วิเคราะห์ปัญหาและ ร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกันทั้ง พยาบาล ผู้ป่วย และญาติ (ใช้ระยะเวลา 30 นาที)

ในกิจกรรมครั้งที่ 1 ผู้วิจัยจะพบกับผู้ดูแลหลัก และให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้กล่าวไว้ ข้างต้นโดยเรียนรู้พร้อมกับกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังจาก สิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพูดคุยและให้คำแนะนำ แก่ญาติเกี่ยวกับการดูแลและสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างมี ความสำเร็จในการรับประทานอาหารและยาที่ดีขึ้น (ระยะเวลา 30 นาที) โดยให้ญาติเป็นผู้ให้การสนับสนุน แก่กลุ่มตัวอย่าง ทั้งด้านวัตถุสิ่งของ และสนับสนุนด้าน อารมณ์ของกลุ่มตัวอย่าง ให้ญาติเป็นแบบอย่าง ในการ เลือกรับประทานอาหารที่ดีมีประโยชน์ แนะนำให้ญาติ ทำหน้าที่ในการกระตุ้นเตือนกลุ่มตัวอย่างในการ รับประทานยา และการเลือกรับประทานอาหาร

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 (วันจำหน่ายกลับบ้าน)

การสอนสาธิตและการฝึกทักษะ ให้แก่กลุ่ม ตัวอย่าง ในเรื่อง 1) การเลือกซื้ออาหารที่มีเกลือต่ำ และการอ่านฉลากส่วนประกอบของอาหาร, 2)

การคำนวณปริมาณเกลือโซเดียมที่ควรจำกัดในแต่ละวัน, 3) แนะนำการใช้ยาและการนับเม็ดยาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของการรับประทานยา พร้อมทั้งผู้วิจัย จะให้ "สมุดบันทึกการใช้ยาประจำตัว" แก่กลุ่มตัวอย่าง และสอนให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกตารางการรับประทาน ยาทุกชนิดลงในสมุด

สัปดาห์ที่ 3 (ใช้ระยะเวลา 30 นาที)

นัดกลุ่มตัวอย่างให้ตรงกับวันที่แพทย์นัด ติดตามอาการ ทบทวนคำแนะนำในการรับประทาน อาหารและยาซ้ำอีกครั้ง พร้อมทั้งสอบถามการปฏิบัติ และกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

สัปดาห์ที่ 2, 4, และ 6 (ใช้ระยะเวลา 15 - 30 นาที)

ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามความร่วมมือในการ รับประทานอาหารและยา พร้อมทั้งกระตุ้นเตือนให้ ผู้ป่วยเลือกรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำ และการ รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัย โดยใช้เวลาในช่วงที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นรายบุคคล ไม่มีการพบกันของกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ตอบแบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป, แบบประเมินการปฏิบัติตามคำแนะนำใน การรักษา และแบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ อุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประทานอาหารและ ยา ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ประเมินผลหลังการ เข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ได้รับการประเมินความ ร่วมมือในการรับประทานอาหารและยา และแบบ ประเมินการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของต่อ ความร่วมมือในการรับประทานอาหารและยาซ้ำอีกครั้งหนึ่ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรม

คอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน,

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานอาหารและยาของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ด้วยสถิติ Paired t- test และเปรียบเทียบการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติ Independent t- test (เมื่อทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ One – Sample Kolmogorov – Smirnov Test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ)

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ของโรงพยาบาล ชลประทาน จังหวัดนนทบุรี และได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการให้สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการทำวิจัย ซึ่งแจ้งสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะถือเป็นความลับ ผลของการวิจัยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม หากกลุ่มตัวอย่างมีอาการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจะให้การช่วยเหลือเบื้องต้นและให้กลุ่มตัวอย่างได้พบแพทย์เพื่อรักษาต่อในทันที

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็น

ร้อยละ 64 มีอายุอยู่ในช่วง 50 - 59 ปี (ร้อยละ 60) และอายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) ครึ่งหนึ่งของประชากรกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพการสมรส คู่ (ร้อยละ 58) การศึกษาของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปริญญาตรีจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 44) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 30) เมื่อเปรียบเทียบระดับการศึกษาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ non parametric พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ($p>.05$)

นอกจากนี้ยังพบว่าประชากรกลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งจะมีโรคประจำตัว 3 โรค (ร้อยละ 56) รองลงมาคือ 2 โรค (ร้อยละ 24) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 50 ราย จะพบโรคความดันโลหิตเป็นอันดับที่ 1 (ร้อยละ 80) รองลงมาคือ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (Coronary Artery Disease) (ร้อยละ 66) และ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 56) ตามลำดับ ระดับความรุนแรงของโรคจำแนกตาม NYHA – Functional classification ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจะมีระดับความรุนแรงของโรคระดับ 2 (ร้อยละ 52) รองลงมาคือ ระดับ 3 (ร้อยละ 38) และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของประชากรกลุ่มตัวอย่างกับผู้ดูแลหลัก พบว่า ผู้ดูแลหลักของกลุ่มตัวอย่างเป็นบุตรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44 รองลงมาคือ พี่/น้อง (ร้อยละ 30)

จากการศึกษาทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างด้านการรับรู้ประโยชน์ รับรู้อุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประทานอาหารและยา โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประทานอาหารและยาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองพบว่า ทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างด้านการรับรู้ประโยชน์ รับรู้อุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประทานอาหารและยามีความเท่าเทียมกัน ตารางที่ 1

หลังการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประทานอาหารและยาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง พบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ประโยชน์ ต่อความร่วมมือในการรับประทาน อาหารและยามากกว่า และมีการรับรู้อุปสรรคน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 1 ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประทานอาหารและยา ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ อุปสรรคต่อความร่วมมือใน การรับประทานอาหารและยา	$\bar{X}$	SD	df	<i>p</i> - value	
ก่อนการทดลอง (N = 50)					
กลุ่มควบคุม	67.96	4.27	48	.766	.965 ^{ns}
กลุ่มทดลอง	70.76	7.40	48		
หลังการทดลอง (N = 50)					
กลุ่มควบคุม	70.28	5.22	48	3.806	.000*
กลุ่มทดลอง	76.36	6.04	48		

P<.001

การทดสอบสมมติฐาน
การทดสอบสมมติฐานที่ 1 : ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ มีค่าเฉลี่ยคะแนน

ความร่วมมือในการรับประทานอาหารและยาเพิ่มขึ้น หลังเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (*p* =.012) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานอาหารและยา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ โดยใช้สถิติ Dependent t-test

ความร่วมมือในการ รับประทานอาหารและยา	$\bar{X}$	SD	df	t	<i>p</i> - value
กลุ่มทดลอง (N = 25)					
ก่อนการทดลอง	37.32	3.41	24	2.730	0.012*
หลังการทดลอง	39.36	1.38	24		

P<.05

การทดสอบสมมติฐานที่ 2 :

ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ มีค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานอาหารและยาไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p > .001$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความร่วมมือใน

การรับประทานอาหารและยาเท่าเทียมกัน ดังตารางที่ 3

หลังการทดลอง ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ มีค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานอาหารและยาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานอาหารและยา ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

ความร่วมมือในการ รับประทานอาหารและยา	$\overline{X}$	SD	df	T	<i>p</i> - value
ก่อนการทดลอง (N = 50)					
กลุ่มควบคุม	37.28	2.91	48	.766	.447
กลุ่มทดลอง	37.32	3.41	48		
หลังการทดลอง (N = 50)					
กลุ่มควบคุม	36.32	1.82	48	6.655	.0.001
กลุ่มทดลอง	39.36	1.38	48		

การอภิปรายผล

ในการศึกษา พบว่า ประชากรกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยของประชากรกลุ่มตัวอย่างที่มาเข้ารับการรักษานี้เท่ากับ 56 ปี ซึ่งสอดคล้องกับสถิติของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศสหรัฐอเมริกาที่กล่าวไว้ว่า ภาวะหัวใจล้มเหลวนั้นเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ยาวนาน และจะเกิดในคนที่อายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป¹⁸ ผู้ดูแลหลักของประชากรกลุ่มตัวอย่างนั้น ส่วนใหญ่เป็นบุตรที่คอยดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว คิดเป็นร้อยละ 44 รองลงมาคือคู่สามี – ภรรยา ร้อยละ 30 ซึ่งยังแสดงให้เห็นถึงวัฒนธรรมของคนไทยที่อาศัยอยู่เป็นครอบครัวใหญ่ แม้บุตรจะแต่งงานมีครอบครัวของตนเอง แต่ยังคงใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวเดิมเพื่อดูแลบิดา มารดา ซึ่งผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีความ

ร่วมมือในการรักษาที่ดีขึ้นได้ เนื่องจากการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวจะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและมีคนคอยเตือนในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา ทำให้ลดการเกิดอาการกำเริบทางหัวใจและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้^{19,20}

จากผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานอาหารและยาของกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ที่ผู้วิจัยได้ศึกษาพัฒนาขึ้นนั้น ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรมและให้ความร่วมมือในการรับประทานอาหารและยาได้ดีขึ้น

เมื่อนำแนวคิดการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ตามแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender¹⁵ มาประยุกต์ใช้และพัฒนาเป็นโปรแกรมการวิจัย โดยผู้วิจัยใช้กระบวนการให้ข้อมูล ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนกระบวนการคิด ทำให้มีทัศนคติที่ดี รับรู้และตระหนักถึงความสำคัญของการเลือกรับประทานอาหารและการรับประทานยา นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและปฏิบัติตนให้มีความเหมาะสมกับโรคและภาวะสุขภาพ และมีความร่วมมือในการรับประทานอาหารและยาอย่างสม่ำเสมอ

จากการประเมินการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประทานอาหารและยาภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ พบว่าผู้ป่วยมีทัศนคติทางบวกต่อความร่วมมือในการรับประทานอาหารและยาสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือมีการรับรู้ประโยชน์ดีขึ้น และการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติลดลง กล่าวคือผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเมื่อได้รับความรู้และสร้างความเข้าใจให้ตระหนักถึงความสำคัญของการเลือกรับประทานอาหารที่จำกัดเกลือ เลี่ยงอาหารรสเค็ม เนื่องจากอาหารที่มีรสเค็ม หรืออาหารที่มีเกลือเป็นส่วนประกอบจะนำไปสู่ภาวะน้ำเกินในร่างกาย และทำให้อาการของภาวะหัวใจล้มเหลวเลวร้ายเกิดอาการกำเริบขึ้นได้ รวมถึงความจำเป็นในการใช้ยาขับปัสสาวะอย่างต่อเนื่อง โดยยาจะทำหน้าที่ในการช่วยขับน้ำออกจากร่างกายของผู้ป่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำเกินและอาการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลว เมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง จะทำให้ไม่เกิดอาการหอบเหนื่อย ไม่สุขสบาย และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำบ่อยครั้ง ผลการวิจัยครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Sethares และ Elliott²¹ ได้พัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบย่อ โดย โปรแกรมดังกล่าวเป็นการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยโดยพยาบาลเพื่อให้

ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงประโยชน์และรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหัวใจล้มเหลว ซึ่งประกอบด้วยการรับประทานอาหาร, การรับประทานยา, และการติดตามอาการด้วยตนเอง ภายหลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบย่อจะมีการเปลี่ยนแปลงของความเชื่อในการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเองที่ดีขึ้น

จากสมมติฐานที่ 2 หลังการทดลอง ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ มีค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานอาหารและยาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติยังให้ความสำคัญน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีน้อย เพราะมุ่งเน้นการให้ความรู้ไปที่ตัวบุคคลของผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว ส่วนโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์นี้ได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences) ผู้วิจัยได้ส่งเสริมให้ผู้ดูแลหลักเข้ามามีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้ดูแลหลักจะเรียนรู้ถึงการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในด้านการเลือกรับประทานอาหาร ได้รับคำแนะนำด้านโภชนาการไปพร้อมกับผู้ป่วย และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความจำเป็นในการใช้ยาต่างๆ เช่น ยาขับปัสสาวะซึ่งจำเป็นต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการและป้องกันการเกิดอาการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลว หลังจากกลับไปอยู่ที่บ้านผู้ดูแลหลักจะทำหน้าที่ในการกระตุ้นเตือนผู้ป่วยในการรับประทานยาให้ตรงเวลา ช่วยเหลือผู้ป่วยในการประกอบอาหารหรือจัดซื้ออาหารเพื่อเลี่ยงการรับประทานอาหารรสเค็มหรืออาหารสำเร็จรูปที่มีส่วนประกอบของเกลือเจือปนในปริมาณมาก รวมไปถึงการสนับสนุนด้านอารมณ์ ให้กำลังใจผู้ป่วยในสิ่งที่ปฏิบัติว่าเป็นสิ่งที่ดีและช่วยลดอาการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ซึ่งการได้รับการสนับสนุนจาก

ครอบครัวและญาติผู้ดูแลจะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและมีคนคอยเตือนให้มีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานอาหารและยามากขึ้น ส่งผลต่อเนื่องในการลดการเกิดอาการกำเริบทางหัวใจและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้²⁰

ผลการวิจัยครั้งนี้จึงสรุปได้ว่า โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ เป็นโปรแกรมที่มีผู้ดูแลหลักอาจจะเป็นสามีภรรยา บุตรหรือพี่น้องที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่โรงพยาบาลและต่อเนื่องที่บ้าน ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานอาหารและยาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยเริ่มจากการปรับเปลี่ยนกระบวนการคิด ทักษะคิดของผู้ป่วย นำไปสู่การยอมรับและให้ความสำคัญต่อการให้ความร่วมมือในการเลือกรับประทานอาหารที่จำกัดเกลือ เลี่ยงอาหารรสเค็มเนื่องจากเกลือเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดอาการบวม น้ำและมีภาวะน้ำเกินตามมา ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังต้องให้ความสำคัญกับการรับประทานยาขับปัสสาวะสม่ำเสมอเพื่อช่วยขับน้ำออกจากร่างกาย และลดอาการของภาวะน้ำเกิน ทำให้ผู้ป่วยไม่มีอาการหอบเหนื่อย และลดอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ โดยมีผู้ดูแลหลักที่มีบทบาทสำคัญและเป็นที่พึ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยที่จะต้องเข้ามาดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดทั้งในด้านร่างกายและดูแลด้านจิตใจควบคู่กันไป เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่กับโรคและความเจ็บป่วยได้อย่างมีความสุข

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้ระยะเวลาในการติดตามและประเมินผลโครงการเพียง 2 เดือน เนื่องจากเป็นโครงการที่มีการดำเนินงานระยะสั้น จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมและติดตามผลต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. สามารถนำโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์นี้ไปใช้ประยุกต์ใช้ในคลินิกโรคเรื้อรังต่างๆ ที่ส่งเสริมญาติและผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

2. ควรมีการเตรียมความพร้อมพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญทางคลินิกให้มีสมรรถนะด้านความรู้และศึกษาเทคนิคในการถ่ายทอดความรู้ เพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างถูกต้อง และต้องศึกษาทำความเข้าใจในบริบทและรูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยแต่ละราย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. สถิติการตาย ปี 2550 – 2554. [ออนไลน์]. 2554. [อ้างถึง พ.ศ. 2556 สิงหาคม วันที่ 18]. เข้าถึงจาก: http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/2.3.1_54.pdf.
2. Krumholz HM, Parent EM, Tu N, Vaccarino V, Wang Y, Radford MJ, et al. Readmission after hospitalization for congestive heart failure among Medicare beneficiaries. Arch Intern Med 1997; 157(1): 99-104.
3. นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต] กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2531.
4. Bennett SJ, Huster GA, Baker SL, Milgrom LB, Kirchgassner A, Birt J, et al. Characterization of the precipitants of hospitalization for heart failure decompensation. Am J Crit Care 1998; 7(3): 168 – 74.
5. Ma HM, Lum CM, Woo J. Readmission of patients with congestive heart failure : the need

- for focused care. *Asian J Gerontol & Geriatr* 2006; 1(1): 59 – 60.
6. Cooper J, Hall L, Penland A, Krueger A, May J. Measuring medication adherence. *Popul health manag* 2009; 12(1): 25 – 30.
7. Van der Wal HL, van Veldhuisen DJ, Veeger NJ, Rutten FH, Jaarsma T. Compliance with non-pharmacological recommendations and outcome in heart failure. *Eur Heart J* 2010; 31: 1486-93.
8. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย. แนวทางปฏิบัติมาตรฐานเพื่อการวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. [ออนไลน์]. 2551. [อ้างอิง พ.ศ. 2556 มีนาคม วันที่ 6]. เข้าถึงจาก: http://www.thaiheart.org/images/column_1291454908/CHFGuideline.pdf
9. Simpson RJ. Challenges for improving medication adherence. *JAMA* 2006; 296: 2614-16.
10. Ghail JK, Kadakia S, Cooper R, Ferlinz J. Precipitating factors leading to decompensation of heart failure. *Arch Intern Med* 1988; 148: 2013 - 17.
11. Van Dulmen S, Sluijs E, van Dijk L, Ridder DD, Heerdt R, Bensing J. Patient adherence to medical treatment: a review of review. *BMC Health Serv Res* 2007; 7(55): 1 – 13
12. Wu JR, Moser DK, Lennie TA, Peden AR, Chen YC, Heo S. Factors influencing medication adherence in patients with heart failure. *Heart Lung* 2008; 37: 8–16.
13. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice, 5th edition, Prentice Hall; 2006.
14. Simpson SH, Farris KB., Johnson JA, Tsuyuki RT. Using focus groups to identify barriers to drug use in patients with congestive heart failure. *Pharmacotherapy* 2000; 20: 823-829.
15. Burns N, Grove SK., The practice of nursing research: Appraisal, Synthesis, and generation of evidence. St. Louis, MO: Saunders Elsevier, 2009.
16. รัตติยา ทองอ่อน. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการรับประทานยา และการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายในผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา. 2554.
17. Bennett SJ, Milgrom LB, Champion V, Huster GA. Beliefs about medication and dietary compliance in people with heart failure: an instrument development study. *Heart Lung* 1997; 26(4): 273 – 79.
18. Djousse L, Driver JA, Gaziano JM. Relation between modifiable life-style factor and life time risk of heart failure. *JAMA* 2009; 302; 394 – 400.
19. เขียวภา บุญเที่ยง. การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพและการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุหัวใจวายเลือดคั่ง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2545.
20. Wu JR, Lennie TA, Chung ML, Farzier SK, Dekker LR, Biddle MJ. et al. Medication adherence mediates the relationship between marital status and cardiac event-free survival in patients with heart failure. *Heart Lung* 2011; 41: 107 – 14.
21. Sethares KA, Elliott K. The effect of a tailored message intervention on heart failure readmission rates, quality of life, and benefit and barrier beliefs in persons with heart failure. *Heart Lung* 2004, 33(4): 249 - 60.