

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

Effects of a Self-Regulation Program on Knowledge and Self-Care Behaviors of Hospitalized Heart Failure Patients

กนกพร ชันแก้ว¹ อัจฉริยา วงษ์อินทร์จันทร์^{2*} สุภัทรชัย พันธุ์ชัย³ วิชัย เส้นทอง⁴
 Kanokporn Khankaew¹ Atchariya Wonginchan^{2*} Supatchai Pancha³ Vichai Senthon⁴
 สุภาวิณี สีพาลา⁵ วิมลพร ธีระวัฒนานันท์³ มณฑนา สังคมกำแหง³ อรุณศรี แสนเมือง³
 Supawinee Seepala⁵ Wimolporn Teerawattananant³ Manthana Sangkomkamhang³ Aroonsri Sanmuang³

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

¹Registered Nurse, Senior Professional Level, Faculty of Medicine,
 Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand.

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

²Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand.

³พยาบาลวิชาชีพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

³Registered Nurse, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand.

⁴รองศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

⁴Associate Professor, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand.

⁵เภสัชกรชำนาญการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

⁵Pharmacist, Professional Level, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand.

*ผู้รับผิดชอบหลัก: watcha@kku.ac.th

*Corresponding author: watcha@kku.ac.th

Received 22 November 2024 • Revised 27 February 2025 • Accepted 5 March 2025

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง **วิธีการศึกษา:** การวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 21 คน เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการกำกับตนเอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามคุณลักษณะทั่วไป แบบบันทึกข้อมูลเชิงคลินิก แบบวัดความรู้ในการดูแลตนเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหา (CVI) ของแบบวัดความรู้ในการดูแลตนเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเท่ากับ .88 การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ในการดูแลตนเองด้วยวิธีของครอนบาค-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .70 และการหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา

ได้ค่าเท่ากับ .80 การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างโดยสถิติที (t test) **ผลการศึกษา:** พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) **สรุป:** ผู้ที่มีส่วนที่เกี่ยวข้องควรมีการส่งเสริมการใช้โปรแกรมการกำกับตนเองแก่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อให้มีความรู้ในการดูแลตนเอง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผลลัพธ์ที่ได้จะช่วยให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว; ความรู้การดูแลตนเอง; พฤติกรรมการดูแลตนเอง; การกำกับตนเอง

Abstract

Objectives: To study the effect of a self-regulation program on knowledge and self-care behaviors among heart failure patients at the outpatients department. **Methods:** Quasi-experimental research, the sample group was heart failure patients, divided into an experimental and a control group, 21 patients per group. The research instruments consisted of 2 parts: the experimental instrument, which was the self-regulation program, and the data collection instruments, which were the general characteristics questionnaire, the clinical data form, the self-care knowledge test, and the self-care behavior questionnaire of heart failure patients. The content validity index (CVI) of the self-care knowledge test and the self-care behavior questionnaire was .88. The reliability of the self-care knowledge test using the Kuder-Richardson 20 (KR-20) was .70, and the reliability of the self-care behavior questionnaire using the Cronbach alpha coefficient was .80. Data analysis used descriptive statistics including frequency, percentage, mean, standard deviation, and comparison of differences by t -test. **Results:** The experimental group that received the self-regulation program had significantly higher mean scores of self-care knowledge and self-care behaviors ($p < .001$), and had significantly higher mean scores of self-care knowledge and self-care behaviors than the control group ($p < .05$). **Conclusion:** Relevant agencies should promote the use of self-regulation programs for heart failure patients to provide them with self-care knowledge and better self-care behaviors. The outcomes will help them have a better quality of life.

Keywords: heart failure patient; self-care knowledge; self-care behavior; self-regulation

ความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (chronic heart failure) เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่เป็นการดำเนินโรคในระยะท้ายของโรคหัวใจเกือบทุกชนิด มีอาการเหนื่อยหอบใจลำบาก โดยเฉพาะเวลาอนนอนกลางคืน มีอาการหายใจลำบาก อ่อนเพลีย ออกกำลังกายได้น้อย และมีการคั่งของเหลวในร่างกาย ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะของระบบดูแลสุขภาพและเพิ่มอัตราการเจ็บป่วย การเสียชีวิตและการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ทั่วโลกมีผู้ป่วยอยู่ประมาณ 64.30 ล้านคน¹ ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเนื่องจากเป็นสาเหตุการตายอันดับต้น ๆ ของโลก ทั่วโลกพบว่า มีผู้เสียชีวิตจากภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 12.20 ของสาเหตุการตายทั้งหมด และมีการคาดการณ์ว่าในปี 2030 การเสียชีวิตจากโรคนี้จะเพิ่มขึ้นเป็น 23.60 ล้านคนทั่วโลก โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกเป็นกลุ่มประเทศที่มีอัตราการเพิ่มสูงขึ้น² สำหรับประเทศไทยพบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในปี พ.ศ. 2565 มากถึง 70,000 ราย หรือเฉลี่ย 8 รายต่อชั่วโมง และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี³

หากแบ่งตามภูมิภาคข้อมูลปี พ.ศ. 2560-2564 พบว่า ภาคกลางมีผู้ป่วยมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคใต้ ตามลำดับ⁴ โดยเฉพาะข้อมูลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังของศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 ถึง พ.ศ. 2563 พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นหัวใจล้มเหลวเรื้อรังจำนวน 1,578 ราย 2,093 ราย และ 1,818 ราย ตามลำดับ⁵ จากข้อมูลดังกล่าวมาชี้ให้เห็นได้ว่า จำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

เรือรังมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น และจำเป็นต้องได้รับการรักษาดูแลภาวะหัวใจล้มเหลวมีผลกระทบต่อผู้ป่วยที่สำคัญ คือความผิดปกติการทำงานของหัวใจ ซึ่งเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งโครงสร้างและการทำหน้าที่ของหัวใจ ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลงมีการบีบตัวช้าลง ปริมาณการส่งเลือดน้อยลง ทำให้อวัยวะและเนื้อเยื่อของร่างกายขาดเลือด ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจึงมีอาการเหนื่อยหอบได้ง่าย หายใจลำบากขณะนอนหลับหรือนอนหลับได้ยาก เหนื่อยล้า ใจสั่น บวม หรือน้ำหนักเพิ่มขึ้นเร็ว^{6,7} ในช่วงแรกร่างกายของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีกลไกในการปรับตัวเพื่อรักษาสมดุลการส่งปริมาณเลือดออกจากหัวใจเพื่อไปเลี้ยงอวัยวะและเนื้อเยื่อเพื่อให้ร่างกายปกติส่งผลให้อัตราการเต้นและการบีบตัวของหัวใจเพิ่มขึ้น การเก็บน้ำและเกลือเพิ่มขึ้นเพื่อให้เพียงพอต่อการทำให้เลือดไหลกับเข้าสู่หัวใจ หากอาการภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นระยะเวลานานจะเกิดผลเสียต่อการปรับกลไกของร่างกาย ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจก่อตัวหนาขึ้น ความสามารถในการบีบตัวลดลง อัตราการเต้นของหัวใจผิดปกติ มีอาการบวมและน้ำท่วมปอดเกิดขึ้นได้⁷ นอกจากเกิดผลกระทบด้านร่างกายแล้ว ยังส่งผลกระทบทางด้านจิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณของผู้ป่วย เช่น ความกลัว ความเครียด ความวิตกกังวลทั้งกับอาการเหนื่อยง่าย หายใจลำบาก การมีอุปสรรคต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ทั้งที่เป็นผลมาจากการเจ็บป่วย และการรักษา เช่น ปัสสาวะบ่อยขึ้นเนื่องจากรับประทานยาขับปัสสาวะ การควบคุมน้ำหนักให้เหมาะสมกับปริมาณยาที่รับประทาน การปรับพฤติกรรมตามแผนการรักษา อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดสะสม จนเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าได้ รวมถึงการกลับมารักษาซ้ำและเพิ่มค่าใช้จ่ายที่มากขึ้น⁸

ความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองจึงมีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ความรู้ที่เพียงพอจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถประเมินภาวะสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองดีขึ้น⁹ เจื่อนไขและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ ความรู้เรื่องโรค ความเปราะบางของร่างกาย เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง อัตราการหายใจผิดปกติ กิจกรรมทางกายต่ำ และน้ำหนักลด¹⁰ รายได้ของครอบครัว จำนวนครั้งที่ต้องเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ปริมาณยาที่รับประทานต่อวัน และพฤติกรรมอยู่คนเดียว เป็นต้น¹¹ ส่วนความรู้ที่สามารถทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น เช่น การจำกัดโซเดียมในอาหาร การควบคุมปริมาณน้ำ

ดื่ม ความร่วมมือในการรับประทานยากับแผนการรักษา การประเมินอาการผิดปกติของร่างกาย และการใส่ใจกิจกรรมการออกกำลังกาย¹² การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เหมาะสมจะส่งผลให้คุณภาพการดำเนินชีวิตดีขึ้น การกำกับตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหารส่งผลให้มีพฤติกรรมรับประทานอาหารได้เหมาะสมมากขึ้น¹³

แนวคิดการกำกับตนเอง (self-regulation theory) เป็นแนวคิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองที่ครอบคลุมทั้งพฤติกรรมภายนอกที่สังเกตได้ และพฤติกรรมภายในที่สังเกตไม่ได้ เช่น ความคิด ความรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึก แรงจูงใจ เป็นต้น มีความเหมาะสมในการช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่ถูกคุกคามหรือมีความตึงเครียดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายของบุคคล¹⁴ จุดประสงค์การกำกับตนเองคือ เพื่อเปลี่ยนแปลงการตอบสนองความต้องการตนเอง ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) กระบวนการสังเกตตนเอง เป็นการกำกับอารมณ์และพฤติกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการตนเองของบุคคล โดยเน้นการกระทำอย่างสม่ำเสมอ มีความถูกต้องและใกล้เคียงกันทุกครั้ง¹⁵ 2) กระบวนการตัดสินใจ ซึ่งเป็นการใช้ข้อมูลที่ได้จากกระบวนการสังเกตตนเองเพื่อให้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลนั้น และ 3) กระบวนการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง กระทำผ่านการให้รางวัลตนเองเมื่อปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่กำหนด สามารถกระตุ้นเตือนและกำกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล โดยเน้นการเพิ่มขีดความสามารถด้วยวิธีการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลและคำนึงถึงสภาพแวดล้อมของบุคคลนั้นร่วมด้วย¹⁶

การกำกับตนเองเป็นการเน้นวิธีการกำหนดทิศทางการพัฒนาตนเองเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ปรับเปลี่ยนวิธีการแสวงหาความรู้เพิ่มเติมตามข้อจำกัดของตนเองและสภาพแวดล้อมที่เกิดขึ้น ดังตัวอย่าง การศึกษาการกำกับตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศโปแลนด์เพื่อประเมินการรับรู้ส่วนตัวในการระบอบการซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้ในการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 63) ยังมีการกำกับตนเองที่เข้มแข็งมากขึ้น ความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการลดอาการซึมเศร้าน้อยขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)¹⁷ และยังช่วยลดเงื่อนไขในการตัดสินใจและจัดการตนเองที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเองในทิศทางที่ดีขึ้น ดังตัวอย่าง ผลการศึกษาการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาล

ประจวบศิริพันธ์ พบว่า กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีกว่าและ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)⁸

สำหรับการกำกับตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีประโยชน์ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น การรับประทานอาหาร การจำกัดสารน้ำ การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การชั่งน้ำหนัก การประเมินอาการผิดปกติ และกิจกรรมการออกกำลังกาย เป็นต้น¹⁸ ดังการศึกษา ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับการรักษาในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างเหมาะสมสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)¹⁹ และ การศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการบริโภคอาหารในปริมาณที่เหมาะสมสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)¹³

ดังนั้นหากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองจะนำมาซึ่งการเพิ่มความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีความตั้งใจในการแสวงหาความรู้เพิ่มขึ้น ซึ่งผลที่ได้จะช่วยลดข้อจำกัดในการตัดสินใจและจัดการตนเองที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อให้การดูแลตนเองในทิศทางที่ดีขึ้น และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมกับสภาวะความเจ็บป่วยที่ต้องเผชิญ

คำถามวิจัย

โปรแกรมการกำกับตนเองมีผลต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ย่อย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายหลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
4. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายหลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

รูปแบบการศึกษา

สมมติฐาน

1. ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ภายหลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ภายหลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
3. ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ภายหลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม
4. ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ภายหลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการกำกับตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นการกำกับตนเองด้วยข้อมูลเชิงคลินิกของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยดำเนินการครั้งนี้โดยใช้ทฤษฎีการกำกับตนเอง (self-regulation)¹⁴ เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา อธิบายได้ว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความพยายามในการใช้ความสามารถเพื่อเปลี่ยนแปลงการตอบสนองความต้องการตนเอง

ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการ 3 องค์ประกอบหลัก^{14,15} คือ 1) กระบวนการสังเกตตนเอง (self-observation) ในการกำกับอารมณ์และพฤติกรรมของตนเอง ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ การกระทำ ความสม่ำเสมอ ความใกล้เคียง และความถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวใช้เป็นข้อมูลในการเพิ่มความรู้อะไรและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น ข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับที่ส่งผลต่อความรู้ การมีความรู้จะนำมาซึ่งการปรับพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยตรง ได้แก่ การจำกัดโซเดียมในอาหาร การควบคุมปริมาณน้ำดื่ม ความสอดคล้องการรับประทานยากับแผนการรักษา การประเมินอาการผิดปกติของร่างกาย และใส่ใจกิจกรรมการออกกำลังกาย 2) กระบวนการตัดสิน (judgement process) ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตตนเองในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นการใช้ข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเป็นพื้นฐานในการประเมินความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเอง และ 3) การแสดงปฏิกิริยาตอบสนอง (self-reaction) ในการพัฒนามาตรฐานการประเมินความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จะส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองไปในทิศทางที่เป็นบวกมากขึ้น โดยอาศัยเครื่องมือตามโปรแกรมการกำกับตนเองเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดีขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) เป็นแบบสองกลุ่มทำการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest-posttest research design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองด้วยข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพต่อความรู้ในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดขอนแก่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลา 6 เดือน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)

โดยมีเกณฑ์ในการคัดเข้า ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจากโรคหัวใจและระบบไหลเวียนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาและติดตามการรักษา 2) ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็น congestive heart failure หรือ dilated cardiomyopathy ซึ่งทำการบันทึกไว้ในงานเวชระเบียนและสถิติ เป็นไปตามมาตรฐานบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องฉบับทบทวนครั้งที่ 10 (International Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision: ICD-10) โดยที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจากโรคหัวใจและระบบไหลเวียนจัดอยู่ในกลุ่มรหัสโรค I00-I99 เป็นกลุ่มโรคระบบไหลเวียนเลือดและน้ำเหลือง และ 3) ผลการตรวจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจความถี่สูงพบว่า ประสิทธิภาพการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ขาดสติสัมปชัญญะ ไม่สามารถสื่อสารได้หรือไม่เข้าใจภาษาไทย ไม่สามารถมาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง และผู้ป่วยขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้มีการคำนวณขนาดประชากรโดยใช้โปรแกรม G*POWER ซึ่งกำหนดระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05 และกำหนดอำนาจในการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .99 และคำนวณค่า effect size โดยการหาค่าเฉลี่ยแบบถ่วงน้ำหนักตามสูตร ได้ค่าเท่ากับ 1.40 สามารถคำนวณได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 17 คนต่อกลุ่ม และทำการชดเชยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหาย ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น 4 คนต่อกลุ่ม เป็นกลุ่มละ 21 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 42 คน

จริยธรรมในการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น จริยธรรมการวิจัยเลขที่ HE651288 ลงวันที่ 3 มกราคม พ.ศ. 2567 ถึง วันที่ 5 กรกฎาคม พ.ศ. 2568 ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลด้วยการขออนุญาตชี้แจงรายละเอียดตามหนังสือแจ้งแก่กลุ่มตัวอย่างหรือผู้ตอบแบบสอบถาม แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ อธิบายให้ทราบโดยละเอียดถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมการวิจัย การปฏิเสธจะไม่มีผลใด ๆ ต่อการเข้ารับการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับ กรณีกลุ่มตัวอย่างอายุต่ำกว่า 18 ปี ก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย ต้องได้รับอนุญาตจากผู้ปกครองโดยการลงชื่อในแบบฟอร์มอาสาสมัคร แต่การ

วิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างอายุน้อยที่สุด คือ 22 ปี กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลอย่างใดต่อกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดการตอบแบบสอบถาม ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-40 นาที ข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นคว้าโดยรายงานผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น และข้อมูลจะถูกทำลายภายใน 1 ปี หลังทำการเผยแพร่งานวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจัดเตรียมและตรวจสอบเครื่องมือวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้พร้อม หลังจากผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตรงกับเกณฑ์คัดเลือกประชากรศึกษาที่แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลาการศึกษาวิจัย อธิบายถึงประโยชน์และความเสี่ยงของการเข้าร่วมงานวิจัย และเชิญชวนให้เป็นอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้จะมีระยะเวลาให้ผู้ป่วยตัดสินใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างเป็นอิสระประมาณ 30 นาที เปิดโอกาสให้ร่วมแสดงความคิดเห็น ความพร้อม ความวิตกกังวลต่อการเข้าร่วม เมื่อผู้ป่วยยินดียินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงชื่อยินยอมการเป็นอาสาสมัครในเอกสารแบบยินยอมให้ทำการวิจัย และแบ่งอาสาสมัครออกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานทางการแพทย์ปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานทางการแพทย์ปกติพร้อมกับการได้รับการดูแลตามโปรแกรมการกำกับตนเอง ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยให้ตอบแบบสอบถามตามแบบวัดความรู้ในการดูแลตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือก ใช้ระยะเวลาประมาณ 10-20 นาที

ระยะที่ 2 ระยะทดลอง โดยมีกิจกรรมประกอบด้วย

1) กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาลตามแผนการรักษา เช่น ประเมินความสามารถและปัญหาการดูแลตนเอง การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติและการแก้ไขเบื้องต้น การจัดการเมื่อมีอาการบวม เหนื่อย การ

สอนผู้ป่วยจากประสบการณ์และให้ความรู้ด้วยวิธีการสอนกลับ ประเมินการร่วมมือโดยแนะนำให้ผู้ป่วยนำยามาโรงพยาบาลด้วยทุกครั้งที่มาตรวจ ประเมินเรื่องการปฏิบัติตัว การรับประทาน อาหาร เป็นต้น

2) กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองตามที่กำหนดก่อนเข้ารับการรักษาร่วมด้วย รับชมวิดีโอเรื่อง “อยู่อย่างไรกับภาวะหัวใจล้มเหลว” กิจกรรมการกระตุ้นให้สะท้อน-ย้อนคิดถึงอาการเจ็บป่วยของตนเอง สิ่งที่ได้ดีและคิดว่าจะทำให้ดียิ่งขึ้นในการดูแลตนเอง และการตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเองด้วยการจดลงในสมุดบันทึกการกำกับตนเอง ตัวอย่างเป้าหมาย เช่น ความสามารถใช้ชีวิตได้เหมือนคนปกติ ลดการกินเค็ม ชั่งน้ำหนักให้ได้อย่างสม่ำเสมอ รับประทานยาตามแพทย์สั่ง การสังเกตภาวะแทรกซ้อน การสังเกตภาวะน้ำเกินหรือเกลือเกิน เป็นต้น

3) แจกคู่มือการดูแลตนเอง สมุดจดบันทึกพฤติกรรม การดูแลตนเอง และสมุดบันทึกการกำกับดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน เพื่อให้กลุ่มทดลองนำกลับไปศึกษาและปฏิบัติเพิ่มเติมที่บ้าน

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล ดำเนินการประเมินผลตามโปรแกรมการกำกับตนเองกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อครบสัปดาห์ที่ 9 ผู้วิจัยนัดหมายอาสาสมัครที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล เพื่อประเมินผลลัพธ์หลังได้รับโปรแกรม โดยใช้แบบวัดความรู้ในการดูแลตนเองและแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ใช้ระยะเวลาโดยรวมประมาณ 30 นาที

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการกำกับตนเองเป็นการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับดูแลตนเอง มีรายละเอียด 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการกำกับตนเอง ใช้ระยะเวลา 30 นาที เป็นการเพิ่มความรู้และสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเองและการกำกับตนเองผ่านการพูดคุยกับพยาบาลแบบเผชิญหน้า (face to face) และใช้วิดีโอเรื่อง “อยู่อย่างไรกับภาวะหัวใจล้มเหลว” ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นใหม่ ความยาว 15 นาที มีเนื้อหา ประกอบด้วย ลักษณะอาการของโรค แนวทางการรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอโดย

เภสัชกร การดูแลและสังเกตตนเอง เช่น การควบคุมน้ำหนัก วิธีการนอน อาการบวม อาการเหนื่อยหอบ การปรับยาขับปัสสาวะโดยพยาบาล และความรู้เกี่ยวกับอาหารโซเดียมต่ำโดยนักโภชนาการ

ขั้นตอนที่ 2 การสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความสามารถของตนเองและการให้เหตุผลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลตนเอง ด้วยกิจกรรมการกระตุ้นให้สะท้อน-ย้อนคิด ถึงอาการเจ็บป่วยของตนเอง สิ่งที่ทำเองทำได้ดีในการดูแลตนเอง และสิ่งที่คาดว่าจะทำให้ดียิ่งขึ้น รวมถึงให้ตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมในการกำกับดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน แล้วจดบันทึกลงในสมุดบันทึกที่ได้รับ

ขั้นตอนที่ 3 แจกคู่มือการดูแลตนเองและสมุดจดบันทึกพฤติกรรม การดูแลตนเองให้กับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งอธิบายวิธีการใช้เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างนำกลับไปศึกษาปฏิบัติ และจดบันทึกเพิ่มเติมให้ครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ของการทดลอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วนย่อย ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพครอบครัว และการกลับเข้ามารักษารักษาในโรงพยาบาล

2) แบบบันทึกข้อมูลเชิงคลินิก เป็นแบบประเมินภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ออกซิเจนในร่างกาย น้ำหนัก และส่วนสูง

3) แบบวัดความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พัฒนาโดยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ เชียงใหม่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .88¹² เป็นคำถามปลายปิดจำนวน 28 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว 2 ข้อ 2) การจำกัดเกลือโซเดียมในอาหารและควบคุมปริมาณน้ำดื่ม 8 ข้อ 3) การรับประทานยาให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ 6 ข้อ 4) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ 2 ข้อ และ 5) การเฝ้าระวัง การจัดการอาการและอาการแสดงที่เกิดจากภาวะโซเดียมและน้ำเกิน 10 ข้อ โดยที่ให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก ได้แก่ หากเลือกตอบ “ถูก” แทนด้วย 1 คะแนน ถ้าเลือกตอบ “ผิด” แทนด้วย 0 คะแนน ทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ในการดูแลตนเองกับกลุ่มทดลอง จำนวน 10 คน ด้วยวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20

(KR-20) เท่ากับ .70 และการแปลผลคะแนนที่ได้อยู่ระหว่าง 0-28 คะแนน โดยแบ่งคะแนนเป็น 2 ระดับ ได้แก่ หากได้คะแนนรวมตั้งแต่ 22 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ผู้ป่วยมีความรู้ในระดับมาก และหากได้คะแนนรวมน้อยกว่า 22 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีความรู้ในระดับน้อย

4) แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พัฒนาโดยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ เชียงใหม่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และมีค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .88¹² เช่นกัน ซึ่งแบบสอบถามเป็นคำถามจำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ด้าน ได้แก่ การจำกัดโซเดียมในอาหารและควบคุมปริมาณน้ำดื่ม 13 ข้อ การรับประทานยาให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ 4 ข้อ การใช้ยาอื่น เช่น ยาสมุนไพร ยาสมุนไพร ผลิตภัณฑ์อาหารเสริม 3 ข้อ การเฝ้าระวังและจัดการอาการผิดปกติ 5 ข้อ และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ 1 ข้อ โดยที่คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับดังนี้

4 คะแนน คือ ปฏิบัติสม่ำเสมอ หมายถึง ทำกิจกรรมนั้นเป็นประจำสม่ำเสมอทุกครั้งหรือทุกวัน

3 คะแนน คือ ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ทำกิจกรรมนั้นเป็นส่วนใหญ่หรือ 3 ถึง 5 วันต่อสัปดาห์

2 คะแนน คือ ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ทำกิจกรรมนั้นเป็นบางครั้งหรือ 1 ถึง 2 วันต่อสัปดาห์

1 คะแนน คือ ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ทำกิจกรรมนั้นเป็นเป็นส่วน้อยหรือ 1 ถึง 2 วันต่อเดือน

0 คะแนน คือ ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยทำกิจกรรมนั้นเลย

โดยการแปลผลคะแนนที่ได้แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

.00-1.50 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรม การดูแลตนเองในระดับต่ำ

1.51- 2.50 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรม การดูแลตนเองในระดับปานกลาง

2.51-4.00 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรม การดูแลตนเองในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการหาความเที่ยง ของแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองกับกลุ่มทดลอง จำนวน 10 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของอันดับค่าเท่ากับ .80

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS Version 28.0 (ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น) ข้อมูลคุณลักษณะบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล เปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังในกลุ่มเดียวกัน ใช้สถิติการทดสอบทีคู่ (paired t-test) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติการทดสอบทีอิสระ (independent t-test) กำหนดให้มีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งมีการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสำหรับตัวแปรความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้ค่า Zskewness = .55, Zkurtosis = .88 และค่า Shapiro-Wilk = .923 (sig. = .097) สำหรับตัวแปรพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้ค่า Zskewness = 1.60, Zkurtosis = .52 และค่า Shapiro-Wilk = .952 (sig. = .366) สรุปได้ว่าความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองหลัง

ได้รับโปรแกรมกำกับตนเอง (post-test) มีการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติ²⁰ และการทดสอบความสัมพันธ์ของความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้ค่า $r = .589$ (sig. = .005) และ $r = .509$ (sig. = .018) ตามลำดับ สรุปได้ว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบ pair t-test

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ แบ่งได้เป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศชาย ร้อยละ 76.19 และ 76.19 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 53.05 ปี (SD = 17.59) และ 60.52 ปี (SD = 12.03) ตามลำดับ ระดับการศึกษามีการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นหรือต่ำกว่า ร้อยละ 28.57 และ 52.38 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสสมรส ร้อยละ 52.38 และ 76.19 ตามลำดับ และไม่กลับมารักษาซ้ำภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม ร้อยละ 100 และ 90.48 ตามลำดับ รายละเอียดตามตาราง 1 ดังนี้

ตาราง 1 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (N=42)

คุณลักษณะของผู้ป่วย	กลุ่มทดลอง (n=21)		กลุ่มควบคุม (n=21)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	16	76.19	16	76.19
หญิง	5	23.81	5	23.81
อายุ: กลุ่มควบคุม (M = 60.52, SD = 12.03)				
กลุ่มทดลอง (M = 53.05, SD = 17.95)				
ไม่เกิน 50 ปี	7	33.33	2	9.52
51-60 ปี	8	38.20	7	33.33
61-70 ปี	2	9.52	8	38.20
มากกว่า 70 ปี	4	19.05	4	19.05
ระดับการศึกษา				
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือต่ำกว่า	6	28.57	11	52.38
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวส.	3	14.29	2	9.52
ปริญญาตรี	6	28.57	1	4.77
ไม่ระบุข้อมูล	6	28.57	7	33.33

ตาราง 1 (ต่อ)

คุณลักษณะของผู้ป่วย	กลุ่มทดลอง (n=21)		กลุ่มควบคุม (n=21)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพครอบครัว				
สมรส	11	52.38	16	76.19
โสด/หม้าย	7	33.33	2	9.52
อื่น ๆ	3	14.29	3	14.29
การกลับมารักษาซ้ำภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม				
ไม่กลับมา	21	100.0	19	90.48
กลับมา	0	0	2	9.52

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเชิงคลินิกของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะสุขภาพของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เมื่อพิจารณาภาวะสุขภาพแต่ละประเด็น พบว่า กลุ่มควบคุมมีความดันโลหิตตัวบน (systolic blood pressure: SBP) 140 ขึ้นไป มากกว่ากลุ่มทดลอง (ร้อยละ 19.04 และ 4.76 ตามลำดับ) ในขณะที่ความดันโลหิตตัวล่าง (diastolic blood pressure: DBP) ค่า 80-89 กลุ่มควบคุมมีมากกว่ากลุ่มทดลองเล็กน้อย (ร้อยละ 28.57 และ 23.81 ตามลำดับ) อัตราการเต้นของหัวใจ (pulse) 40-59 ครั้งต่อนาที กลุ่มควบคุมน้อยกว่ากลุ่มทดลอง (ร้อยละ 14.29 และ 19.05 ตามลำดับ)

อัตราการหายใจ (respiratory rate: RR) 16-18 ครั้งต่อนาที กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีเท่ากัน (ร้อยละ 9.52) ค่าออกซิเจนในร่างกาย (oxygen saturation: O₂) ทั้งสองกลุ่มมีค่าออกซิเจนอยู่ในเกณฑ์ปกติคือร้อยละ 95 ขึ้นไป และดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) ค่าต่ำกว่า 18.50 กลุ่มควบคุมมีมากกว่ากลุ่มทดลอง (ร้อยละ 19.05 และ 9.52 ตามลำดับ) ค่าตั้งแต่ 25.00 ขึ้นไป กลุ่มควบคุมมีน้อยกว่ากลุ่มทดลอง (ร้อยละ 28.57 และ 38.10 ตามลำดับ) รายละเอียดตามตาราง 2 ดังนี้

ตาราง 2 ข้อมูลเชิงคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง (N=42)

ภาวะสุขภาพผู้ป่วย	กลุ่มควบคุม (n=21)	กลุ่มทดลอง (n=21)
	ร้อยละ	ร้อยละ
ความดันโลหิตตัวบน (มิลลิเมตรปรอท)		
90-119	47.63	57.14
120-139	33.33	38.10
140-159	9.52	4.76
160-179	9.52	-
ความดันโลหิตตัวล่าง (มิลลิเมตรปรอท)		
60-79	71.43	76.19
80-89	28.57	23.81

ตาราง 2 (ต่อ)

ภาวะสุขภาพผู้ป่วย	กลุ่มควบคุม (n=21)	กลุ่มทดลอง (n=21)
	ร้อยละ	ร้อยละ
3. อัตราการของเต้นหัวใจ (ครั้งต่อนาที)		
40-59	14.29	19.05
60-79	61.90	47.62
80-100	23.81	33.33
4. อัตราการหายใจ (ครั้งต่อนาที)		
16 ครั้งต่อนาที	4.76	4.76
18 ครั้งต่อนาที	4.76	4.76
20 ครั้งต่อนาที	85.72	76.19
22 ครั้งต่อนาที	4.76	14.29
5. ค่าออกซิเจนในร่างกาย (ร้อยละ)		
95 ขึ้นไป	100.00	100.00
6. ค่าดัชนีมวลกาย		
ต่ำกว่า 18.50	19.05	9.52
18.50-22.99	28.57	33.33
23.00-24.99	23.81	19.05
25.00-29.99	23.81	23.81
มากกว่า 30	4.76	14.29

ส่วนที่ 3 ระดับความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

3.1 ระดับความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว การจำกัดเกลือโซเดียมในอาหารและควบคุมปริมาณน้ำดื่ม การรับประทานยาให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ และการเฝ้าระวังและจัดการอาการและ

อาการแสดงที่เกิดจากภาวะโซเดียมและน้ำเกิน ซึ่งผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีระดับความรู้ในการดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก โดยที่กลุ่มทดลองมีระดับค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนได้รับโปรแกรมเท่ากับ 23.14 คะแนน (SD = 2.33) และภายหลังได้รับโปรแกรมเท่ากับ 27.10 คะแนน (SD = .94) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีระดับค่าเฉลี่ยคะแนนจากก่อนได้รับโปรแกรมเท่ากับ 25.33 คะแนน (SD = 1.82) และหลังได้รับโปรแกรมเท่ากับ 26.05 คะแนน (SD = 1.83) รายละเอียดตามตาราง 3 ดังนี้

ตาราง 3 ระดับความรู้ในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (N = 42)

ระดับความรู้	กลุ่มควบคุม (n = 21)		กลุ่มทดลอง (n =21)	
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD
ก่อนได้รับโปรแกรม	25.33	1.82	23.14	2.33
หลังได้รับโปรแกรม	26.05	1.83	27.10	.94

3.2 ระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง พฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเอง อยู่ในระดับต่ำ คือ การปรุงอาหารไม่ใส่น้ำปลา เกลือ ซอส ผงปรุงรส มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ .38 คะแนน (SD = 1.07) และค่าเฉลี่ยคะแนนสูงขึ้นเป็นระดับปานกลางหลังได้รับโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.14 คะแนน (SD = 1.80) ส่วนก่อนได้รับโปรแกรมมีระดับค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การ

ดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การรับประทานอาหาร ไม่ใส่กะปิปลาร้า การกำชับคนปรุงอาหารไม่ให้ใส่ผงชูรส และการใส่ใจประเมินภาวะสุขภาพต่าง ๆ มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 2.19 (SD = 1.36), 2.05 (SD = 2.01), 2.14 (SD = 1.90) ตามลำดับ และหลังได้รับโปรแกรมมีระดับค่าเฉลี่ย คะแนนสูงขึ้นอยู่ในระดับสูง เท่ากับ 2.71 (SD = 1.31), 2.76 (SD = 1.67) และ 3.57 (SD = 1.08) ตามลำดับ รายละเอียดตามตาราง 4 ดังนี้

ตาราง 4 ระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง (N = 21)

พฤติกรรม	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม		
	ค่าเฉลี่ย	SD	แปลผล	ค่าเฉลี่ย	SD	แปลผล
1. การทำอาหารรับประทานเอง	3.62	.92	ระดับสูง	3.81	.40	ระดับสูง
2. การปรุงอาหารไม่ใส่น้ำปลา เกลือ ซอส ผงปรุงรส	.38	1.07	ระดับต่ำ	2.14	1.80	ปานกลาง
3. การรับประทานอาหารไม่ใส่กะปิปลาร้า	2.19	1.36	ปานกลาง	2.71	1.31	ระดับสูง
4. การกำชับคนปรุงอาหารไม่ให้ใส่ผงชูรส	2.05	2.01	ปานกลาง	2.76	1.67	ระดับสูง
5. การงัดเข็มเครื่องตีประเภทแอลกอฮอล์และชูกำลัง	3.52	1.21	ระดับสูง	3.86	.48	ระดับสูง
6. การรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์	3.19	1.29	ระดับสูง	3.52	1.21	ระดับสูง
7. การสังเกตความผิดปกติหลังรับประทานยา	2.86	1.85	ระดับสูง	3.24	1.61	ระดับสูง
8. การใส่ใจดื่มน้ำดื่มในแต่ละวัน	2.76	1.84	ระดับสูง	3.95	.22	ระดับสูง
9. การใส่ใจประเมินภาวะสุขภาพต่าง ๆ	2.14	1.90	ปานกลาง	3.57	1.08	ระดับสูง
10. กิจกรรมการออกกำลังกาย	2.76	1.70	ระดับสูง	3.43	.98	ระดับสูง

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะโรคหัวใจล้มเหลว

4.1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเองก่อนและหลังของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองมีค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้ในการดูแลตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังอยู่ในระดับมาก

เท่ากับ 23.14 คะแนน (SD = 2.33) และ 27.10 คะแนน (SD = .94) ตามลำดับ และ ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม การกำกับตนเองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเอง สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีค่าเฉลี่ย คะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองก่อนและหลังอยู่ในระดับสูง เท่ากับ 2.90 คะแนน (SD = .44) และ 3.62 คะแนน (SD = .50) ตามลำดับ รายละเอียดตามตาราง 5 ดังนี้

ตาราง 5 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเองก่อนและหลังของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง (N=21)

รายการ	ผลของโปรแกรม	M	SD	t	p
ความรู้	ก่อน	23.14	2.33	8.253	.000*
	หลัง	27.10	.94		
พฤติกรรม	ก่อน	2.90	.44	5.839	.000*
	หลัง	3.62	.50		

$p < .001^{**}$

4.2 เปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะโรคหัวใจล้มเหลวภายหลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อย่างไรก็ตามค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทั้งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับมาก มีค่าเท่ากับ 27.10 คะแนน ($SD = .94$) และ 26.05

คะแนน ($SD = 1.83$) ตามลำดับ และกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อย่างไรก็ตาม ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับสูง มีค่าเท่ากับ 3.62 คะแนน ($SD = .50$) และ 3.24 คะแนน ($SD = .54$) ตามลำดับ รายละเอียดตามตาราง 6 ดังนี้

ตาราง 6 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวภายหลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($N=42$)

รายการ	กลุ่มทดลอง ($n=21$)		กลุ่มควบคุม ($n=21$)		t	p
	M	SD	M	SD		
ความรู้	27.10	.94	26.05	1.83	2.332	.009*
พฤติกรรม	3.62	.50	3.24	.54	2.380	.022*

* $p < .05$

การอภิปรายผลการศึกษาวิจัย

ผลการศึกษาตามสมมติฐานข้อที่ 1 และ 3 พบว่า กลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองฯ เป็นระยะเวลา 9 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อธิบายได้ว่า การเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมกำกับตนเอง กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ผ่านการรับชมวิดีโอเรื่อง “อยู่อย่างไรกับภาวะหัวใจล้มเหลว” กิจกรรมการกระตุ้นให้สะท้อน-ย้อนคิด รวมระยะเวลา 30 นาที พร้อมทั้งได้รับแจกคู่มือการดูแลตนเองและสมุดจดบันทึกพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลตนเองมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการดำเนินกิจกรรมในการการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการรักษาโรคหัวใจล้มเหลวแบบประคับประคองที่บ้าน ด้วยการประเมินและการจัดการตนเองด้านอาการและจิตใจ การสนับสนุนทางสังคม และการดูแลด้านจิตวิญญาณและการดำรงชีวิต ผ่านการให้ความรู้คำแนะนำปรึกษาผ่านโทรศัพท์ และการเยี่ยมบ้านหลังจากที่ผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)²¹ ซึ่งเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมเพิ่มความรู้และสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเอง เกี่ยว

กับอาการของโรค แนวทางการดูแลรักษา การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และเทคนิคการสังเกตอาการตนเอง เป็นต้น ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างได้เตรียมความพร้อมให้สามารถกำกับตนเองในการประเมินภาวะสุขภาพได้อย่างถูกต้อง นำไปสู่การเพิ่มความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมได้ สอดคล้องกับการศึกษาผล การจัดการรายการนี้ต่อความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในคลินิกหัวใจล้มเหลว พบว่า ความรู้ในการดูแลตนเองด้านภาวะหัวใจล้มเหลว การจำกัดเกลือโซเดียมในอาหาร และควบคุมปริมาณน้ำดื่ม การรับประทานยาให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ การเฝ้าระวังและจัดการอาการและอาการแสดงที่เกิดจากภาวะโซเดียมและน้ำเกิน สูงขึ้นภายหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)²² การศึกษาผลของคำแนะนำเรื่องอาหารสำหรับโรคหัวใจต่อความรู้เรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ภายหลังได้รับคำแนะนำผู้ป่วยมีความรู้เรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)²³ และการศึกษาการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคให้กับตนเองด้วยวิธีการสอนทางไกลแก่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมที่จำเป็นเพื่อป้องกันไม่ให้อาการแย่ลงได้แก่ การรับรู้อาการ การปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยา

การรักษาพยาบาล การเลือกสิ่งที่ดีต่อสุขภาพ และการดูแลความปลอดภัย มีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$)²⁴ ดังนั้นการส่งเสริมให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองกับผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความจำเป็นและสำคัญยิ่ง

ผลการศึกษาตามสมมติฐานข้อที่ 2 และ 4 พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองเป็นระยะเวลา 9 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อธิบายได้ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ควรได้รับการปรับปรุง ได้แก่ พฤติกรรมการจำกัดเกลือโซเดียมในอาหารและควบคุมปริมาณน้ำดื่ม เช่น การปรุงอาหารใส่น้ำปลา เกลือ ซอส ผงชูรส เป็นต้น ก่อนได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำเท่ากับ .38 คะแนน ($SD = 1.07$) หลังได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 2.14 คะแนน ($SD = 1.80$) การกำชับคนปรุงอาหารไม่ให้ใส่ผงชูรส และการรับประทานอาหารที่ใส่กะปิปลาร้า ก่อนได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 2.05 คะแนน ($SD = 2.01$) และ 2.19 คะแนน ($SD = 1.36$) ตามลำดับ หลังได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับสูงเท่ากับ 2.76 คะแนน ($SD = 1.67$) และ 2.71 คะแนน ($SD = 1.31$) ตามลำดับ ในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมกำกับตนเอง กลุ่มตัวอย่างได้รับชมวิดีโอเรื่อง “อยู่อย่างไรกับภาวะหัวใจล้มเหลว” กิจกรรมการกระตุ้นให้สะท้อน-ย้อนคิด และรับแจกคู่มือการดูแลตนเอง และสมุดจดบันทึกพฤติกรรมดูแลตนเอง อันส่งผลต่อการปรับพฤติกรรมดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้กลุ่มทดลองทบทวน ตรึกตรองถึงอาการเจ็บป่วยและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองให้มีคุณภาพดียิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาผลที่ประยูกต์ทฤษฎีการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับการกำกับตนเองแบบเผชิญหน้า การให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์ ที่ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหัวใจล้มเหลว การจัดการตนเองและความมั่นใจในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)²⁵ และสอดคล้องกับการศึกษาการยอมรับและการบำบัดด้วยความมุ่งมั่นต่อการกำกับตนเองทางอารมณ์และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ผ่านโปรแกรมการสร้างการยอมรับ แยกแยะความ

คิด การอยู่กับปัจจุบัน การรับรู้ตัวตน การสร้างค่านิยม และการลงมือปฏิบัติอย่างมุ่งมั่น พบว่า กลุ่มทดลองมีการกำกับตนเองทางอารมณ์และพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)²⁶ และสอดคล้องกับผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลแรงจูงใจ และทักษะการเฝ้าระวังตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)²⁷ และผลการศึกษาของการใช้กลยุทธ์การระดมความคิดต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)²⁸ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมการกำกับตนเอง จะช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นในส่วนที่เกี่ยวกับกิจกรรมนั้น ๆ

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งเดียว อาจไม่สามารถนำผลการศึกษาที่ได้ นำไปสรุปเป็นตัวแทนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในภาพรวมได้ทั้งหมด

2. ผลการศึกษานี้เป็นการทดสอบในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ จึงอาจไม่สามารถระบุถึงผลลัพธ์ที่ยั่งยืนได้ในระยะยาว การศึกษาที่ใช้เวลานานกว่านี้อาจให้ผลลัพธ์ที่แตกต่างออกไป

3. การพึ่งพาข้อมูลการรายงานตนเองของผู้ป่วยบางราย เช่น กลุ่มที่กลับมารักษา อาจมีข้อผิดพลาดหรือมีอคติในการรายงานได้ เนื่องจากการวัดพฤติกรรมดูแลตนเองใช้การรายงานด้วยตนเองของผู้ป่วย

4. การตรวจสอบความสอดคล้องภายในของแบบวัดความรู้และแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองกับกลุ่มทดลอง (try out) อาจมีความคลาดเคลื่อนได้ เนื่องจากการใช้เครื่องมือของบุคคลอื่นที่นำมาทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกันแต่ก็ต่างพื้นที่กัน

สรุป

กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการส่งเสริมให้ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง มีระดับความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น และมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยความรู้ในการดูแลตนเอง ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การจำกัดเกลือโซเดียมในอาหารและควบคุมปริมาณน้ำดื่ม การรับประทานยาให้สอดคล้องกับแผนการรักษา

ของแพทย์ ส่วนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ได้แก่ การเฝ้าระวังการจัดการอาการและการแสดงที่เกิดจากภาวะโซเดียมและน้ำเกิน การรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ การสังเกตความผิดปกติหลังรับประทานยา ความใส่ใจในการประเมินภาวะสุขภาพตนเอง และการการเฝ้าระวังการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นการใช้โปรแกรมการกำกับตนเองในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และพัฒนาทักษะการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. ควรมีการส่งเสริมให้นำโปรแกรมการกำกับตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวไปใช้ เพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง
2. ควรมีการติดตามผลในระยะยาว เพื่อให้มีความแม่นยำและน่าเชื่อถือมากขึ้น
3. ควรมีการทดสอบโปรแกรมการกำกับตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังประเภทอื่น ๆ เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมในกลุ่มโรคที่แตกต่างกัน และพัฒนาเครื่องมือปรับใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละประเภท

การมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ

ทีมผู้วิจัยตามรายชื่อทุกคนมีส่วนร่วมในการช่วยกันทำหน้าทีในแต่ละขั้นตอน โดยเริ่มตั้งแต่พัฒนาหัวข้อ ทบทวนวรรณกรรม ติดต่อประสานงาน เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และเขียนบทความวิชาการรวมทั้งแก้ไขให้สามารถตีพิมพ์ได้

การมีผลประโยชน์ทับซ้อน

ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนทั้งกับบุคคลและหน่วยงานอื่นใด

แหล่งทุนสนับสนุน

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ 66003 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการ คือผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดขอนแก่น สำหรับการเข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในคลินิกหัวใจล้มเหลว ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น รวมถึงบุคลากรที่

เกี่ยวข้องที่ให้การสนับสนุน ให้ข้อคิดและข้อเสนอแนะจนสามารถดำเนินการวิจัยเสร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. Bhatti MI, Kaleem M, Hanif A. Heart failure; frequency of different factors causing decompensation in previously compensated heart failure. TPMJ. 2018; 25(6): 865-9. doi: 10.29309/TPMJ/18.4489.
2. World Health Organization. Preterm birth [Internet]. Geneva: R&D Blueprint; 2018 [cited 2024 Nov 10]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
3. Hfocus. Cardiovascular disease can be prevented by changing your behavior using the 3A&2S principle [Internet]. Bangkok: Hfocus; 2023 [cited 2024 Nov 10]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2023/09/28517#:~:text>
4. ThaiHealthStat. Elderly people aged 60 years and over, coronary heart disease mortality rate [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023 [cited 2024 Nov 10]. Available from: https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/agegroup/index.php?a=6&ht=1&d=2_2
5. Queen Sirikit Heart Center of the Northeast. Annual report 2017-2020, heart failure patients treated at the Heart Failure Clinic, Queen Sirikit Heart Center of the Northeast, Faculty of Medicine, Khon Kaen University. Khon Kaen: Khon Kaen University. 2021. Thai.
6. Hashemli L, Esmaeili R, Bahramnezhad F, et al. A systematic review on clinical guidelines of home health care in heart failure patients. BMC Nurs. 2023; 22(127): 1-14. doi: 10.1186/s12912-023-01294-w.
7. Jaarsma T, Hill L, Bayes-Genis A, et al. Self-care of heart failure patients: practical management recommendations from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. Eur J Heart Fail. 2021; 23: 157-74. doi: 10.1002/ejhf.2008.
8. Terdsudthirapoom P. The effects of self-care promoting program on self-care behaviors and quality of life among patients with heart failure in Prachuapkhirikhan Hospital. Thai J. Cardio-Thorac Nurs. 2015; 26(1): 2-14. Thai.
9. Ware P, Ross HJ, Cafazzo JA, et al. Outcomes of a heart failure telemonitoring program implemented as the standard of care in an outpatient heart function clinic: pretest-posttest pragmatic study. J. Med. Internet Res. 2020; 22(2): e16538. doi: 10.2196/16538.
10. Kaewsawang P, Sriprasong S, Sanaha C, et al. Factors predicting self-care behaviors among patients with heart failure. KJN. 2023; 30(1): 40-55. Thai.
11. Silva MAGD, Brunori EHFR, Murakami BM, et al. Predictors of self-care behaviors in individuals with heart failure in Brazil. Rev Gaúcha Enferm. 2023; 44: e20220357. doi: 10.1590/1983-1447.2023.20220357.en.

12. Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. Comprehensive heart failure management program, keeping heart failure patients away from hospital, Faculty of Medicine, Chiang Mai University; 2017. Thai.
13. Kongpibarn S, Ua-Kit N, Tantikosoom P. The effect of self-management program on eating behaviors of patients with heart failure. *Thai J. Cardio-Thorac Nurs.* 2017; 28(2): 82-96. Thai.
14. Johnson JE. Self-regulation theory and coping with physical illness. *Res Nurs Health.* 1999; 22:435-48. doi: 10.1002/(SICI)1098-240X(199912)22:6<435::AID-NUR2>3.0.CO;2-Q.
15. Sallis JF, Owen N. Ecological models of health behavior. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. *Health behavior: Theory, research, and practice.* 5 th ed. San Francisco, CA: John Wiley & Sons; 2015.
16. Chew HSJ, Sim KLD, Cao X, et al. Motivation, challenges and self-regulation in heart failure self-care: A theory-driven qualitative study. *Int J Behav Med.* 2019; 26: 474-85. doi: 10.1007/s12529-019-09798-z.
17. Siennicka AE, Gościńska-Bis K, Wilczek J, et al. Perception of health control and self-efficacy in heart failure. *Kardiol Pol.* 2016; 74(2): 168-78. doi: 10.5603/KP.a2015.0137.
18. Asadi P, Ahmadi S, Abdi A, et al. Relationship between self-care behaviors and quality of life in patients with heart failure. *Heliyon.* 2019; 5(9): e02493. doi: 10.1016/j.heliyon.2019.e02493.
19. Kongpibarn S, Ua-Kit N, Tantikosoom P. The effect of self-management program on eating behaviors of patients with heart failure. *Thai J. Cardio-Thorac Nurs.* 2017; 28(2): 82-96. Thai.
20. Kim TK, Park JH. More about the basic assumptions of t-test: Normality and sample size. *Korean J Anesthesiol.* 2019; 72(4): 331-5. doi: 10.4097/kja.d18.00292.
21. Ng AYM, Wong FKY. Effects of a home-based palliative heart failure program on quality of life, symptom burden, satisfaction and caregiver burden: a randomized controlled trial. *J Pain Symptom Manage.* 2018; 55(1): 1-11, doi: 10.1016/j.jpainsymman.2017.07.047.
22. Khankaew K, Wonginchan A, Ongsombat N, et al. Effects of case management on self-care knowledge of heart failure patients hospitalized in heart failure clinic. *Journal of Nursing Science & Health.* 2019; 42(4): 61-71. Thai.
23. Syamsuddin F, Ayuba A, Nasir NI. The effect of cardiac diet counseling on knowledge of heart diet in congestive heart failure (CHF) patients at Prof.Dr.H Aloe Saboe Hospital, Gorontalo City. *JCHP.* 2022; 2(1): 35-41. doi: 10.55885/jchp.v2i1.116.
24. Rosen D, Berrios-Thomas S, et al. Increasing self-knowledge: Utilizing tele-coaching for patients with congestive heart failure. *Soc Work Health Care.* 2016; 55(9): 711-9. doi: 10.1080/00981389.2016.1191581.
25. Hsu MY, Chiang CW, Chiou AF. The effects of a self-regulation programmer on self-care behaviour in patients with heart failure: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2021; 116(10): 103778. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103778.
26. Sayafi S, Sotodhasl N, Ebrahimi Varkiyani M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy and positive psychotherapy on emotional self-regulation of women with coronary heart disease. *J Inflamm Dis.* 2021; 24(6): 532-43. doi: 10.32598/6JQUMS.
27. Mahaviriyotai K, Wattanakitkrileart D, Pongkaew A, The effect of information provision, motivation, and self-monitoring skill program through LINE application on self-care behaviors in patients with heart failure. *Nurs Sci J Thai.* 2021; 39(1): 47-63. Thai.
28. Chrisanto EY, Astuti W. The effect to using brainstorming strategy on self-care behaviors among patients with congestive heart failure. *HJK.* 2018; 12(4): 224-34. doi: :10.33024/hjk.v12i4.646