

ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

The Effects of a Family Partner Program on Knowledge, Self-care Behavior and Quality of Life among Patients with Heart Failure

นุชนาถ วิชิต¹, นิตยา ศรีสุข^{1*}

Nutchanath Wichit¹, Nittaya Srisuk^{1*}

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี^{1*}

Faculty of Nursing, Suratthani Rajabhat University^{1*}

(Received: July 31, 2022; Revised: October 15 2022; Accepted: November 17, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนหลังมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวรับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกระบี่และผู้ป่วยหลัก ถูกสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและทดลองกลุ่มละ 50 คน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามมาตรฐานโรงพยาบาลและโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวประกอบด้วย การให้คำปรึกษา คู่มือการดูแลตนเอง วิดีโอ และการติดตามทางโทรศัพท์ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐานโรงพยาบาล เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความเชื่อมั่นของเครื่องมือค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .83 และ .87 ตามลำดับ แบบสอบถามความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลวมีความเชื่อมั่นของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (KR-20) เท่ากับ .81 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติ Paired-t test และ Independent-t test ผลการวิจัยพบว่า

หลังการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการคงไว้ซึ่งสุขภาพ ภาวะ ความสามารถในการจัดการอาการภาวะหัวใจล้มเหลว และความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในขณะที่คุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านไม่แตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังทดลอง เมื่อ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความรู้ ($t = -3.25, p < 0.05$) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการคงไว้ซึ่งสุขภาพ ($t = -2.35, p < 0.05$) และความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง ($t = -1.09, p < 0.05$) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านความสามารถในการ จัดการอาการภาวะหัวใจล้มเหลว ($t = 0.47, p > 0.05$) และระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม ($t = 1.53, p > 0.05$) และคุณภาพ ชีวิตทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ ($t = 0.36, t = 2.31$ ตามลำดับ, $p > 0.05$) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้น โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสามารถนำไปใช้เพื่อเพิ่มความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการคงไว้ซึ่งสุขภาพ และความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้

คำสำคัญ: หัวใจล้มเหลว, การดูแลตนเอง, การมีส่วนร่วมของครอบครัว, ผู้ดูแล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: nittaya.sri@sru.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 081-5386625)

Abstract

This quasi-experimental research study with two group pretest posttest design aimed to evaluate a new family-partner program on knowledge, self-care and quality of life among patients with heart failure. The sample was patients with heart failure who had received treatment at outpatient department in Krabi hospital and primary care providers. Patient-care provider dyads were randomly allocated to intervention ($n=50$) or control group ($n=50$). Those in the intervention group received usual care plus a family partner program comprising face-to-face counselling, a heart failure manual as well as short video series and telephone support. The control group only received usual care. The instruments consisted of the Self-Care of Heart Failure Index and Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. Cronbach's alpha was .83 and .87 respectively. The Dutch of Heart Failure Knowledge Scale was used and Kuder-Richardson formula 20 coefficients was .81. Descriptive statistics, paired-t test, and independent-t test were used to analyze data.

The results revealed that after intervention, patient in both intervention and control groups had significantly higher knowledge, self-care maintenance, self-care management and self-care confidence scores compared to baseline ($p<0.05$), whereas there was no significant difference in quality of life scores for both physical and mental dimensions. The comparison between intervention and control group showed that after intervention, intervention group had knowledge ($t=-3.25$, $p<0.05$), self-care maintenance ($t=-2.35$, $p<0.05$) and self-care confidence ($t=-1.09$, $p<0.05$) scores significantly higher than control group. However, no significant difference were found in self-care management ($t=0.47$, $p>0.05$), overall quality of life ($t=1.53$, $p>0.05$), and both physical and mental quality of life ($t=0.36$, $t=2.31$ respectively, $p>0.05$) scores.

Therefore, the family partner program can be utilized for increasing knowledge, self-care maintenance, and self-care confidence among patients with heart failure.

Keywords: Heart Failure, Self-Care, Family-Based, Carer

บทนำ

ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมากกว่า 26 ล้านคนทั่วโลก และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นอีก 2-3 เท่าใน 20 ปีข้างหน้า (Virani, Alonso, Aparicio, Benjamin, Bittencourt, Callaway, et al, 2021) สาเหตุหนึ่งมาจากการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด และจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น (Janwanishstaporn, Karaketklang, & Krittayaphong, 2022) สำหรับประเทศไทยโรคหัวใจและหลอดเลือดมีอัตราสูงกว่าประเทศในแถบเอเชียถึงร้อยละ 32.3 (Kingkaew, & Antadech, 2019) รายงานในปี ค.ศ. 2008-2013 มีผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งหมด 434,933 คน และแนวโน้มของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นจาก 61,594 คนเป็น 80,246 คน ผู้ป่วย 1 ใน 3 กลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำในโรงพยาบาลภายในระยะเวลา 1 เดือน (Janwanishstaporn, Karaketklang, & Krittayaphong, 2022) จากความก้าวหน้าทางการแพทย์ในการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจที่ทันสมัยมากขึ้น ทำให้อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจลดลงอย่างมาก แต่ในทางตรงข้ามทำให้จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้น และกลายเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases; NCDs) ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก (Danielsen, Thorgerisson, Einarsson, Ólafsson, Aspelund, Harris, et al, 2017) ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศไทยส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่ชนบท มีระดับการศึกษาต่ำ ความรู้ไม่เพียงพอ และรายได้ต่ำ ซึ่งส่งผลกระทบต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Tankumpuan, Asano, Koirala,

Dennison-Himmelfarb, Sindhu, & Davidson, 2019) และพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศไทยมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ และมาตรฐานการรักษาดำเนินการในประเทศไทยที่พัฒนาแล้ว โดยอายุเฉลี่ยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวน้อยกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วถึง 10 ปี และมีแนวโน้มว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระดับความสามารถในการทำกิจกรรมที่ 4 (NYHA Class IV) (Dokainish, Teo, Zhu, Roy, AlHabib, ElSayed et al, 2016)

หนึ่งในเป้าหมายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวคือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี หลีกเลี่ยงการกลับเข้ารับการรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล แต่ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง (Suetrong & Choowattanapakorn, 2016; Ketilsdottir, Ingadottir, & Jaarsma, 2019) โดยมีสาเหตุมาจากหลายประการเช่น ข้อจำกัดทางกายจากอาการโรค ได้แก่ อาการเหนื่อย อ่อนล้า บวม กล้ามเนื้ออ่อนแรง และซึมเศร้า ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันลดลง ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างอิสระ และต้องพึ่งพาผู้อื่นอีกทั้งมีอุปสรรคที่ขัดขวางทำให้พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ เช่น ขาดความรู้ ภาวะสมองเสื่อม การสนับสนุนทางสังคม และฐานะทางเศรษฐกิจ (Jaarsma, Cameron, Riegel, & Stromberg, 2017; Tankumpuan, Asano, Koirala, Dennison-Himmelfarb, Sindhu, & Davidson, 2019) แต่การศึกษาที่ผ่านมาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ด้วยพฤติกรรมดูแลตนเอง (Khitka, Sittisombut, & Chaiard, 2017; Rice, Say, & Betihavas, 2018) ทำให้การสนับสนุนการดูแลตนเองถูกนำมาเป็นหนึ่งในแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทั่วโลก (McDonagh, Metra, Adamo, Gardner, Baumbach, Böhm, et al, 2021; Heidenreich, Bozkurt, Aguilar, Allen, Byun, Colvin, et al., 2022)

พฤติกรรมดูแลตนเองเป็นกระบวนการคิดตัดสินใจที่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ การรับรู้อาการและมีผลโดยตรงกับการจัดการอาการ (Riegel, Dickson, & Faulkner, 2016) พฤติกรรมดูแลตนเองและความรู้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น การสังเกตอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว ยาและผลข้างเคียงของยา การจำกัดน้ำดื่ม อาการสำคัญที่ต้องรับมาโรงพยาบาล การมาตรวจตามนัด เป็นต้นการศึกษาเชิงทดลองและการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ยืนยันว่าพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์โดยตรงกับคุณภาพชีวิต อัตราการตาย อัตราการกลับเข้ารับการรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษา (Zhao, Chen, Zhang, Ye, & Fan, 2020) อย่างไรก็ตามการดูแลตนเองเป็นเรื่องที่ยาก และมีความซับซ้อน ผลการศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศไทยมีพฤติกรรมดูแลตนเองต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับประเทศในทวีปยุโรป สหรัฐอเมริกา เม็กซิโก และออสเตรเลีย (Jaarsma, Cameron, Riegel, & Stromberg, 2017) ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าสาเหตุที่ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศไทยซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำอาจเกิดจากการขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเอง และมีข้อจำกัดในการเข้าถึงการรักษาที่เฉพาะทางซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (Tankumpuan, Asano, Koirala, Dennison-Himmelfarb, Sindhu, & Davidson, 2019) การดูแลโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวจึงมีความสำคัญ

ครอบครัวเป็นกลุ่มคนที่มีปฏิสัมพันธ์กันและมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเมื่อเกิดปัญหา และยังมีศักยภาพในการสนับสนุนให้เกิดการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยสามารถบรรลุผลลัพธ์ของการรักษา ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดำเนินรักษาและสนับสนุนการดูแลตนเองทั้งด้านข้อมูลและทักษะการดูแลอื่นๆที่จำเป็น (Lee, Piette, Heisler, Janevic, Langa & Rosland, 2018) ปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างมากในการสนับสนุนผู้ป่วยคือผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากพฤติกรรมดูแลตนเองเกิดขึ้นภายใต้บริบทของครอบครัว (Stamp, Dunbar, Clark, Reilly, Gary, Higgins, et al., 2016) สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีความสำคัญเป็นอย่างมากในการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย สมาคมโรคหัวใจทั่วโลกกระตุ้นให้ผู้ดูแลเป็นส่วนหนึ่งในการให้ความรู้ร่วมกับสหวิชาชีพ (McDonagh, Metra, Adamo, Gardner, Baumbach, Böhm, et al., 2021; Heidenreich, Bozkurt, Aguilar, Allen, Byun, Colvin, et al., 2022) การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าโปรแกรมที่ใช้การสนับสนุนทางสังคมโดยให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมใน

ประเทศไทยยังมีน้อยและศึกษาผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน เช่น ศึกษาผลลัพธ์ความร่วมมือในการรักษาและการมาตรวจซ้ำก่อนวันนัดโดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในโปรแกรมพบว่าความร่วมมือในการรักษาของผู้ที่ป่วยในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการ ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ (Nawinprasert, Soivong & Boonchuang, 2015) วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยมีผู้ดูแลเข้าร่วมในโปรแกรมพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Rerkluenrit & Wonnabong, 2014) จากการทบทวนพบว่าการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นแบบกึ่งทดลอง มีเพียงการวิจัยหนึ่งเรื่องโดย Srisuk, Cameron, Ski, & Thompson (2017) ซึ่งทำการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้แบบตัวต่อตัวแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล และติดตามทางโทรศัพท์ แต่ผลการวิจัยที่ได้ยังมีข้อจำกัด เช่น เครื่องมือที่ใช้ในการวัดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเป็นเครื่องมือทั่วไปที่ยังไม่เฉพาะเจาะจง การศึกษาเพื่อต่อยอดองค์ความรู้ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจึงยังเป็นเรื่องที่บุคลากรสุขภาพยังต้องให้ความสำคัญ และลักษณะของการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวยังไม่ชัดเจน การวิจัยนี้จึงจำเป็นต้องศึกษาเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

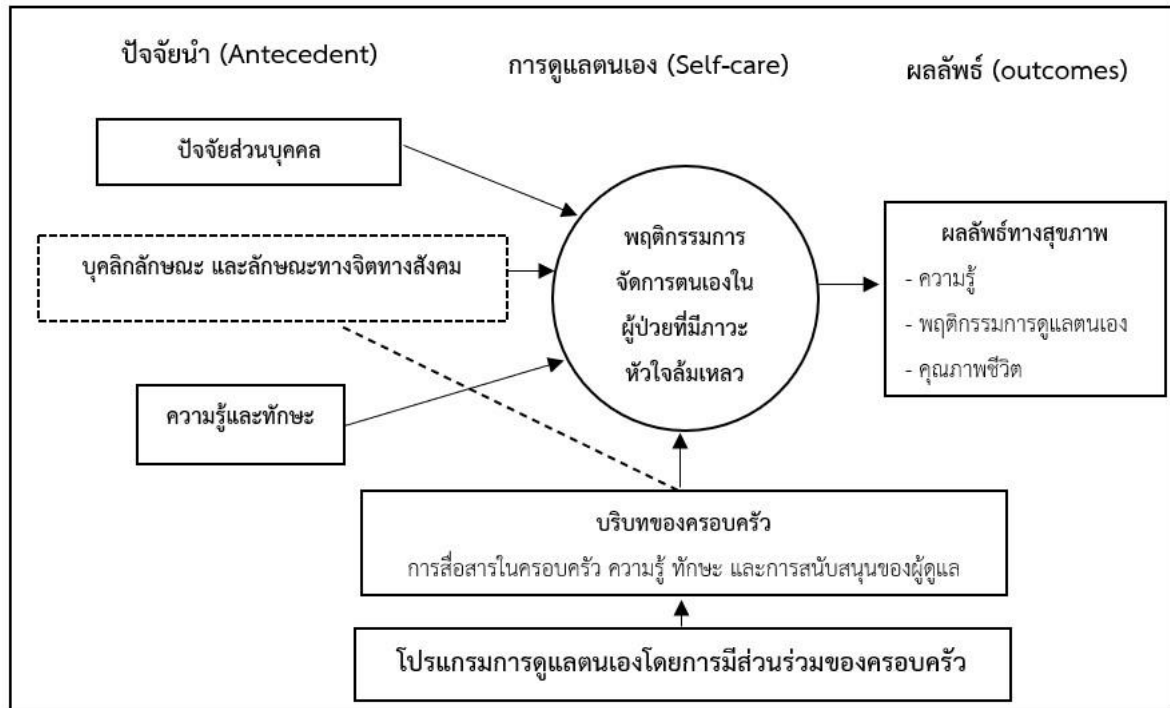
1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลองโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานวิจัย

1. ภายหลังได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ภายหลังสิ้นสุดการทดลองผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family Partner Intervention) ของแสตมป์และคณะ (Stamp, Dunbar, Clark, Reilly, Gary, Higgins, et al, 2016) ดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งเชิงทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนก่อนและหลัง (The Two Group Pretest Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกระบี่เป็นระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) และผู้ดูแลหลัก กำหนดเกณฑ์การคัดออก คือผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีการเจ็บป่วยทางจิตไม่สามารถติดตามเก็บข้อมูลวิจัยได้ มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับความรุนแรงตามเกณฑ์ NYHA ระดับที่ IV สำหรับเกณฑ์การเข้าร่วมการวิจัย คือมีอาการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลวขั้นรุนแรง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกระบี่ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการวิเคราะห์ Power Analysis ด้วยโปรแกรม G*Power สำหรับสถิติการทดสอบที่ (Independent t-test) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.05 ค่าขนาดของอิทธิพลเท่ากับ 0.72 จากการศึกษาของหน้าของ Srisuk, Cameron, Ski, & Thompson (2017) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 42 คนต่อกลุ่ม รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 84 คน ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างกลุ่มร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหาย ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและควบคุมกลุ่มละ 50 คน กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมออกจากการวิจัยก่อนสิ้นสุดโครงการ (Lost Follow-Up) โดยไม่ได้ให้เหตุผลจำนวน 1 คน คงเหลือ 49 คน กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองออกจากการวิจัยก่อนสิ้นสุดโครงการจำนวน 3 คน เนื่องจากไม่สะดวก คงเหลือกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองจำนวน 47 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ สำหรับผู้ป่วยคือ เป็นผู้บรรลุนิติภาวะโดยมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับความรุนแรงตามเกณฑ์ New York Heart Association (NYHA) (Fisher, 1972) ระดับที่ I-III มีอุปกรณ์ที่สามารถเปิดดูวิดีโอได้ และสามารถติดตามเยี่ยมบ้านหรือติดต่อทางโทรศัพท์ได้ อ่านและเขียนภาษาไทยได้ สำหรับผู้ดูแลต้องเป็นผู้หลักในการดูแลผู้ป่วยที่มีอายุอย่างน้อย 20 ปีอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยสามารถติดตามทางโทรศัพท์ได้ อ่านและเขียนภาษาไทยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1.1 โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เป็นโปรแกรมที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองกับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและผู้ดูแลรายคู่ โดยผู้วิจัยประเมินระดับความรู้ความสามารถ ความเข้าใจของผู้ดูแลก่อนให้คำปรึกษารายคู่ใช้เวลาประมาณ 15-45 นาที โดยเนื้อหาในการให้ความรู้หรือให้คำปรึกษาเป็นไปตามแนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น วิธีการสังเกตอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ เหนื่อย นอนราบไม่ได้ บวมกดบวม การชั่งน้ำหนัก การให้ความรู้เกี่ยวกับยาและผลข้างเคียงของยา การจำกัดน้ำดื่ม อาการสำคัญที่ต้องรับมาโรงพยาบาล การมาตรวจตามนัด เป็นต้น

1.2 วิดีโอการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีลักษณะเป็นหนังสือมีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยแสดงอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ในระยะเริ่มต้นของวิดีโอผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเอง แต่สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจากดูแลตนเองและจากความช่วยเหลือทั้งด้านการดูแลตนเองและการให้กำลังใจของครอบครัวจนสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข ความยาวของวิดีโอประมาณ 20 นาที ถูกพัฒนาขึ้นโดยบริษัท โนวาติส ประเทศไทย

1.3 คู่มือการดูแลตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยเนื้อหาที่เข้าใจง่าย ตัวอักษรที่มีขนาดเหมาะกับผู้อ่าน แบ่งเป็นส่วน ๆ โดยใช้สีที่แตกต่างกัน ประกอบด้วยเนื้อหาต่างๆ ได้แก่ สาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลว อาการและอาการแสดง การเฝ้าระวังตนเอง ยาที่ใช้ในการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวและผลข้างเคียง อาการที่ต้องมาพบแพทย์ซึ่งแบ่งเป็นสีเขียว สีเหลือง และสีแดงตามความรุนแรงของโรค แบบบันทึกการชั่งน้ำหนักและการสังเกตตนเอง

โปรแกรมในการศึกษานี้พัฒนาจากกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในบริบทครอบครัว (Family Partner Intervention) ของแสตมป์และคณะ (Stamp, Dunbar, Clark, Reilly, Gary, Higgins, et al., 2016) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและครอบครัวในกระบวนการต่างๆ ตั้งแต่การให้คำปรึกษา รายคู่ หลังจากประเมินความต้องการในการรับทราบข้อมูลแล้ว มีการให้คำปรึกษาผู้ดูแลและหรือสมาชิกในครอบครัว โดยการช่วยผู้ป่วยในการเฝ้าระวังอาการต่าง ๆ ในส่วนของวิดีโอ ซึ่งสนับสนุนให้ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวได้รู้ร่วมกันมีการนำเสนอประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและผู้ดูแลที่มาร่วมแบ่งปันประสบการณ์การใช้ชีวิตอยู่กับภาวะหัวใจล้มเหลว อีกทั้งคู่มือการดูแลตนเองมีส่วนที่เป็นบทบาทของครอบครัวและผู้ดูแลที่แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของผู้ดูแลในการช่วยผู้ป่วยในด้านต่างๆ เช่น การช่วยสังเกตอาการ การช่วยผู้ป่วยในการดูแลตนเอง การพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด การให้กำลังใจผู้ป่วย รวมทั้งการดูแลตัวผู้ดูแลเองหากมีภาวะเครียดหรือมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ประโยคหรือคำที่เสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ดูแลและผู้ดูแลซึ่งเป็นการส่งเสริมการสื่อสารในทางบวกระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยความสามารถในการทำกิจกรรม ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ

2. แบบสอบถามความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว (The Dutch of Heart Failure Knowledge Scale: DHFKS) เป็นแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว พัฒนาโดย แวน เดอ วอล และคณะ (Van Der Wal, Jaarsma, Moser, & Van Veldhuisen, 2005) แปลเป็นภาษาไทยโดย นิตยา ศรีสุข แจน คาเมรอน จันทาล เอฟ. สก๊อต และเดวิด อาร์. ทอมสัน (Srisuk, Cameron, Ski & Thompson, 2017) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้านคือ ด้านความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว (การรับประทาน อาหาร และการจำกัดน้ำ) และอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 3

ตัวเลือก หากตอบถูกจะได้ 1 คะแนน หากตอบผิดจะได้ศูนย์คะแนน ค่าความเชื่อมั่นของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (KR-20) เท่ากับ .81

3. แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (Self-Care of Heart Failure Index: SCHFI) เป็นแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวพัฒนาโดย บาบารา รีเกลและคณะ (Riegel, Carlson, Moser, Sebern, Hicks, & Roland, 2004) แปลเป็นภาษาไทยโดย จอม สุวรรณโณ วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร บาบารา รีเกล และแสงอรุณ อิศระมาลัย (Suwanno, Petpichetchian, Riegel, & Issaramalai, 2009) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 16 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้านคือพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพ (Self-Care Maintenance) พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการ (Self-Care Management) และความมั่นใจในการดูแลตนเอง (Self-Care Confidence) ลักษณะคำตอบเป็น Likert Scale 4 ระดับ มีคะแนนเต็ม 100 คะแนน ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Reliability Coefficient Alpha) เท่ากับ .78

4. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมินนิโซต้า (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire: MLWHF) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พัฒนาโดย Heo, Moser, Riegel, Hall, & Christman (2005) แปลเป็นภาษาไทย Krethong, Jirapaet, Jitpanya, & Sloan (2008) ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้านคือด้านร่างกาย (Physical) และด้านจิตใจ (Mental) ลักษณะคำตอบเป็นแบบ Likert Scale 6 ระดับจาก 0-5 คะแนนจาก 0-105 คะแนน ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Reliability Coefficient Alpha) เท่ากับ .78

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์อายุรกรรม พยาบาล และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของรูปแบบกิจกรรม เนื้อหา ภาษาที่ใช้ จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน แบบสอบถามนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยแบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมินนิโซต้ามี่ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Reliability Coefficient Alpha) เท่ากับ .83 และ .87 ตามลำดับ และแบบสอบถามความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลวมีค่าความเชื่อมั่นของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (KR-20) เท่ากับ .81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง ดำเนินการในเดือนกุมภาพันธ์ 2563 – พฤษภาคม พ.ศ. 2563 โดยพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกโรคหัวใจประสาทสัมพันธ์โครงการวิจัยและรายละเอียดแก่กลุ่มประชากร ผู้ที่สนใจเข้าร่วมโครงการติดต่อขอข้อมูลเพิ่มเติม พยาบาลชี้แจงข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการทางวาจาอีกครั้ง หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์เช่นยินยอมเพื่อเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้ หมายเลขการสุ่มจากระบบคอมพิวเตอร์ ในอัตรา 1:1 ต่อ 1 บล็อก ซึ่งประกอบด้วย 10 ตัวเลขต่อ 1 Block ตัวเลขที่ระบุกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสุ่มให้อยู่กลุ่มควบคุมหรือทดลองถูกปิดผนึกในซอง นักวิจัยเปิดซองจดหมายที่ระบุกลุ่มหลังเก็บข้อมูลก่อนการวิจัย การรวบรวมข้อมูลเป็นแบบตัวต่อตัว ดำเนินการโดยผู้ช่วยนักวิจัยที่ผ่านการอบรม ข้อมูลบางส่วนที่ไม่สามารถสอบถามได้จะถูกรวบรวมจากทะเบียนผู้ป่วย ผู้ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมจะเป็นนักวิจัยเพียงคนเดียว กลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการในวันเดียวกันจะมีทั้งกลุ่มทดลองและควบคุม

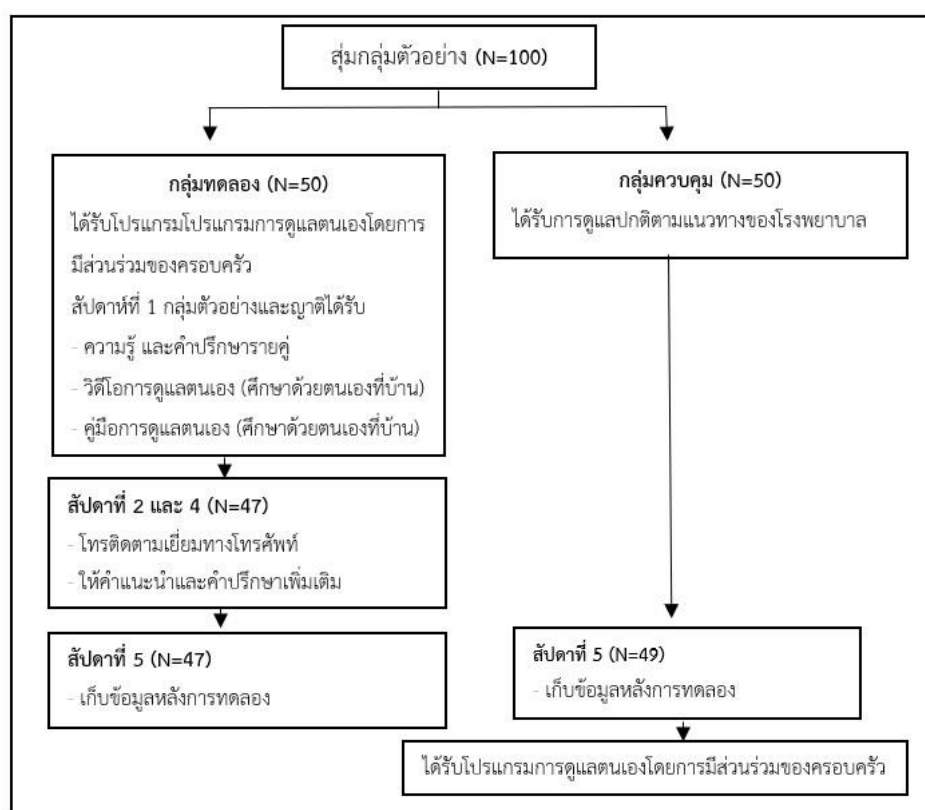
ขั้นทดลอง

กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานโรงพยาบาลและโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยกลุ่มทดลองจะถูกเชิญมาเข้าร่วมโปรแกรมในห้องสอนสุขศึกษาที่ละรายภายหลังจากการได้รับการรักษาตามมาตรฐาน

โรงพยาบาล ในสัปดาห์ที่ 1 เป็นการให้ความรู้และทักษะ โดยให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ชี้แจงรายละเอียดการใช้งานวิดีโอและคู่มือการดูแลตนเอง ใช้เวลาประมาณ 15-45 นาที หลังจากนั้นผู้ป่วยจะได้รับวิดีโอและคู่มือการดูแลตนเองไปศึกษาด้วยตนเองที่บ้าน พร้อมกับแบบบันทึกการศึกษา สัปดาห์ที่ 2 และ 4 โทรศัพท์ติดตามเพื่อสอบถามปัญหาหรืออุปสรรคทั้งกับผู้ป่วยและผู้ดูแลพร้อมให้คำปรึกษา ใช้เวลาประมาณ 15 นาที สัปดาห์ที่ 5 เก็บข้อมูลหลังการทดลอง

กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล ได้แก่ การพบแพทย์ตามนัด พยาบาลให้คำแนะนำทั่วไป และรับยาต่อเนื่อง ภายหลังสิ้นสุดการศึกษาสัปดาห์ที่ 5 เก็บข้อมูลหลังการทดลอง

ขั้นหลังการทดลอง กลุ่มควบคุมจะได้รับโปรแกรมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ดังแสดงในภาพ 2



ภาพ 2 แสดงการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงบรรยาย ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลทำการทดสอบการกระจายแบบปกติโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่าข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ เปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรผลลัพธ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้สถิติ Independent t-test และเปรียบเทียบภายในกลุ่มโดยใช้ Paired t-test

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี เลขที่ SRU 2019_038 วันที่ 6 มกราคม 2563

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวโดยผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 56.31 ($SD=13.54$) ปี เป็นเพศชายและหญิงจำนวนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 51 และ 49 ตามลำดับ) และส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 55) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 54) ประกอบธุรกิจส่วนตัวร้อยละ 23 โดยเฉลี่ยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นระยะเวลาประมาณ 2 ปี ($SD=16.68$) ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจเฉลี่ย 50.34 ($SD=13.01$) และมีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมตามเกณฑ์ของ NYHA Functional Class II

จากการศึกษาพบว่า อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ระยะเวลาเฉลี่ยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ และระดับความสามารถในการทำกิจกรรมตามเกณฑ์ของ NYHA ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ยกเว้นคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มควบคุมสูงกว่ากลุ่มทดลอง

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและภายหลังได้รับโปรแกรม

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ One tail Paired t-test

Variables	Control Group		t	p-value	Intervention Group		T	p-value
	Baseline Mean (SD)	Week5 Mean (SD)			Baseline mean (SD)	Week5 mean (SD)		
DHFKS	8.22 (2.93)	9.02 (3.11)	-2.31	0.025	7.57 (2.53)	10.87 (2.40)	-9.00	<.001
SCmaint	25.36 (18.57)	40.76 (12.46)	-6.08	<.001	22.05 (17.04)	38.63 (14.60)	-7.82	<.001
SCmanag	35.27 (14.21)	40.13 (11.78)	-2.39	0.021	32.21 (11.67)	39.10 (9.41)	-4.71	<.001
SCcon	22.22 (15.25)	31.34 (12.85)	-4.60	<.001	22.56 (13.59)	34.14 (11.90)	-7.28	<.001
QOL	50.00 (12.15)	53.25 (9.24)	-1.25	0.217	50.63 (12.87)	50.45 (10.26)	0.07	0.946
QOLphy	19.75 (5.01)	19.40 (4.52)	0.31	0.753	19.40 (5.63)	19.08 (4.39)	0.29	0.770
QOLment	11.69 (4.26)	13.18 (2.69)	-1.88	0.065	12.85 (4.52)	11.80 (3.14)	1.20	0.201

Abbreviations: HFKS (Heart Failure Knowledge Scale), SCmaint (Self-Care Maintenance), SCmanag (Self-Care Management), SCcon (Self-Care Confidence), QOL (Quality of Life), QOLphy (Quality of Life Physical Dimension), QOLment (Quality of Life Mental Dimension)

จากตาราง 1 ภายหลังสิ้นสุดการทดลองทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการคงไว้ซึ่งสุขภาพ ความสามารถในการจัดการอาการภาวะหัวใจล้มเหลว และความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.05$ แต่คุณภาพชีวิตทั้งโดยรวมและรายด้าน (ร่างกายและจิตใจ) ไม่แตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p>0.05$

3. เปรียบเทียบระดับความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ One tail Independent t-test

Variables	Baseline, M (SD)		t	p-value (1-Tailed)	Week 5, M (SD)		t	p-value (1-Tailed)
	Control Group	Intervention Group			Control Group	Intervention Group		
DHFKS	8.22 (2.93)	7.57 (2.53)	1.33	0.045	9.02 (3.11)	10.87 (2.40)	-3.25	0.007
SCmaint	25.36 (18.57)	22.05 (17.04)	1.12	0.234	40.76 (12.46)	38.63 (14.60)	-2.35	0.013
SCmanag	35.27 (14.21)	32.21 (11.67)	1.55	0.099	40.13 (11.78)	39.10 (9.41)	0.47	0.146
SCcon	22.22 (15.25)	22.56 (13.59)	0.35	0.685	31.34 (12.85)	34.14 (11.90)	-1.09	0.002
QOL	50.00 (12.15)	50.63 (12.87)	- 0.47	0.583	53.25 (9.24)	50.45 (10.26)	1.53	0.438
QOLphy	19.75 (5.01)	19.40 (5.63)	0.09	0.409	19.40 (4.52)	19.08 (4.39)	0.36	0.688
QOLment	11.69 (4.26)	12.85 (4.52)	- 1.41	0.901	13.18 (2.69)	11.80 (3.14)	2.31	0.105

Abbreviations: HFKS (Heart Failure Knowledge Scale), SCmaint (Self-Care Maintenance), SCmanag (Self-Care Management), SCcon (Self-Care Confidence), QOL (Quality of Life), QOLphy (Quality of Life Physical Dimension), QOLment (Quality of Life Mental dimension)

จากตาราง 2 พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการคงไว้ซึ่งสุขภาพ และความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านความสามารถในการจัดการอาการภาวะหัวใจล้มเหลว และคุณภาพชีวิตทั้งโดยรวมและรายด้าน (ร่างกายและจิตใจ) ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลองระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Srisuk, Cameron, Ski, & Thompson (2017) พบว่าการสนับสนุนความรู้ให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวโดยมีผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวเข้าร่วมด้วย สามารถเพิ่มความรู้ของผู้ป่วยและญาติได้ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบสำหรับการศึกษาที่ตีพิมพ์ในประเทศไทยพบว่าการสนับสนุนหรือให้ความรู้ถูกใช้มาเป็นส่วนหนึ่งในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งความรู้เป็นเสมือนตัวกลางนำไปสู่พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น (Khitka, Sittisombut & Chaiard, 2017) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวจากการให้คำปรึกษาและโดยมีผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วม คู่มือการดูแลตนเอง วิดีโอ รวมทั้งการโทรศัพท์ติดตาม เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้ศึกษาด้วยตนเอง จึงพบว่าหลังการทดลองผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมมีความรู้เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกันแต่น้อยกว่าในกลุ่มทดลอง อาจเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยในการควบคุมครั้งนี้ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวมาแล้วโดยเฉลี่ยประมาณ 2 ปี ร่วมกับในปัจจุบันมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการเข้าถึงข้อมูล

ต่างๆ ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวสามารถหาข้อมูลความรู้ได้ด้วยตนเองหรือโดยการได้รับคำแนะนำจึงทำให้สามารถมีความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้นได้

ภายหลังสิ้นสุดการวิจัยกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการคงไว้ซึ่งสุขภาพ (Self-Care Maintenance) และความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง (Self-Care Confidence) สูงกว่ากลุ่มควบคุม แต่พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านความสามารถในการจัดการอาการภาวะหัวใจล้มเหลว (Self-Care Management) ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม สอดคล้องการศึกษาของ Buck และคณะพบว่าโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยมีคู่มือรสสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในโปรแกรมสามารถเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้ (Buck, Stromberg, Chung, Donovan, Harkness, Howard, et al., 2018) เช่นเดียวกับผลการศึกษาการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบซึ่งตีพิมพ์ในประเทศไทยโดย Khitka, Sittisombut & Chairard (2017) รายงานว่าการให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถสนับสนุนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ผลการศึกษาที่ผ่านมายังพบว่าสมาชิกในครอบครัวมีส่วนอย่างมากในการเพิ่มความมั่นใจในการดูแลตนเอง โดยบทบาทที่สำคัญของผู้ดูแลในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง เช่น การแนะนำให้ผู้ป่วยชั่งน้ำหนัก สังเกตอาการบวม การรับประทานอาหารลดเค็ม ไม่ดื่มรับประทานยา การไปตรวจตามนัด ช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษา ประเมินอาการแสดงที่สำคัญบางอย่างได้ เป็นต้น (Durante, Paturzo, Mottola, Alvaro, Vaughan Dickson, & Vellone, 2019) ในการศึกษาครั้งนี้ในการให้คำปรึกษา คู่มือการดูแลตนเอง และวิดีโอได้สนับสนุนบทบาทของผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวในการดูแล และเป็นไปตามสมมติฐานทฤษฎีกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในบริบทครอบครัว (Family Partner Intervention)

เป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่สำคัญที่สุด คือให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าคุณภาพชีวิตทั้งโดยรวมและรายด้าน (ร่างกายและจิตใจ) ในกลุ่มทดลองไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่ผ่านมาพบว่าผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยังไม่สามารถยืนยันผลที่แน่นอนได้ (Son, Choi, & Lee, 2020) แต่ผลการวิเคราะห์ทอิกมานของ Wakefield, Boren, Groves, & Conn (2013) พบว่าโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ ในขณะที่การศึกษาในประเทศไทยโดยใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยใช้ระบบสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ในการส่งเสริมการดูแลตนเองและการติดตามเยี่ยมบ้าน พบว่าเมื่อสิ้นสุดการทดลองคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตพฤติกรรม พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Terdsudthirapoom, 2015) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้

การวิจัยเชิงทดลองเพื่อประเมินผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวนี้นับว่าสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อเพิ่มระดับความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการคงไว้ซึ่งสุขภาพและด้านความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองได้แต่เนื่องด้วยกลุ่มตัวอย่างส่วนมากของการวิจัยนี้มีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมตามเกณฑ์ของ NYHA Functional Class II จึงอาจต้องพิจารณาถึงความเหมาะสมอีกครั้งเมื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยที่มีความสามารถในการทำกิจกรรมระดับอื่น นอกจากโปรแกรมยังไม่สามารถทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นได้ อาจเนื่องมาจากระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรมเพียง 5 สัปดาห์ ไม่เพียงพอที่จะทำให้ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นได้จึงเป็นข้อจำกัดของการวิจัยนี้

การนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวไปใช้เพื่อส่งเสริมผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโดยเฉพาะความรู้ในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลเพื่อการคงไว้ซึ่งสุขภาพ และความมั่นใจในการดูแลตนเอง

ในโรงพยาบาลที่ยังไม่มีคลินิกภาวะหัวใจล้มเหลวแต่มีการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในแผนกอายุรกรรมทั่วไป และในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยในระยะเวลาของโปรแกรมที่นานขึ้น เช่น 3, 6 ถึง 12 เดือน โดยมีการกระตุ้นกลุ่มตัวอย่างเป็นระยะ และวัดผลลัพธ์เรื่องการกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลหรืออัตราการเสียชีวิต

References

- Buck, H. G., Stromberg, A., Chung, M. L., Donovan, K. A., Harkness, K., Howard, A. M., et al. (2018). A Systematic Review of Heart Failure Dyadic Self-Care Interventions Focusing on Intervention Components, Contexts, and Outcomes. *International Journal of Nursing Studies*, 77(2), 232-242.
- Danielsen, R., Thorgeirsson, G., Einarsson, H., Ólafsson, Ö., Aspelund, T., Harris, T. B., et al. (2017). Prevalence of Heart Failure in the Elderly and Future Projections: The AGES-Reykjavik Study. *Scandinavian Cardiovascular Journal*, 51(4), 183-189.
- Dokainish, H., Teo, K., Zhu, J., Roy, A., AlHabib, K. F., ElSayed, A., et al. (2016). Heart Failure in Africa, Asia, the Middle East and South America: the INTER-CHF Study. *International Journal of Cardiology*, 204, 133-141.
- Durante, A., Paturzo, M., Mottola, A., Alvaro, R., Vaughan Dickson, V. & Vellone, E. (2019). Caregiver Contribution to Self-Care in Patients with Heart Failure: A Qualitative Descriptive Study. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 34(2), E28-E35.
- Fisher, J. D. (1972). New York Heart Association Classification. *Archives of Internal Medicine*, 129(5), 836-836. doi:10.1001/archinte.1972.00320050160023
- Heidenreich, P. A., Bozkurt, B., Aguilar, D., Allen, L. A., Byun, J. J., Colvin, M. M., et al. (2022). 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: Executive Summary: a Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, 79(17), 1757-1780.
- Heo, S., Moser, D. K., Riegel, B., Hall, L. A. & Christman, N. (2005). Testing the Psychometric Properties of the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. *Nursing Research*, 54(4), 265-272.
- Jaarsma, T., Cameron, J., Riegel, B. & Stromberg, A. (2017). Factors Related to Self-Care in Heart Failure Patients According to the Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness: A Literature Update. *Current Heart Failure Reports*, 14(2), 71-77.
- Janwanishstaporn, S., Karaketklang, K. & Krittayaphong, R. (2022). National Trend in Heart Failure Hospitalization and Outcome Under Public Health Insurance System in Thailand 2008–2013. *BMC Cardiovascular Disorders*, 22(1), 1-12.
- Ketilsdottir, A., Ingadottir, B. & Jaarsma, T. (2019). Self-Reported Health and Quality of Life Outcomes of Heart Failure Patients in the Aftermath of a National Economic Crisis: A Cross-Sectional Study. *European Society of Cardiology Heart Failure*, 6(1), 111-121.

- Khitka, P., Sittisombut, S. & Chaiard, J. (2017). Interventions for Promoting Self-Care Behaviors among Persons with Heart Failure: A Systematic Review. *Nursing Journal*, 44(4), 71-79. (in Thai)
- Kingkaew, N. & Antadech, T. (2019). Cardiovascular Risk Factors and 10-Year CV Risk Scores in Adults Aged 30-70 Years Old in Amnat Charoen Province, Thailand. *Asia-Pacific Journal of Science and Technology*, 24(04), 1-10.
- Krethong, P., Jirapaet, V., Jitpanya, C. & Sloan, R. (2008). A Causal Model of Health-Related Quality of Life in Thai Patients with Heart-Failure. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(3), 254-260.
- Lee, A. A., Piette, J. D., Heisler, M., Janevic, M. R., Langa, K. M. & Rosland, A.-M. (2017). Family Members' Experiences Supporting Adults with Chronic Illness: A National Survey. *Families, Systems, & Health*, 35(4), 463-473. <https://doi.org/10.1037/fsh0000293>
- McDonagh, T. A., Metra, M., Adamo, M., Gardner, R. S., Baumbach, A., Böhm, M., et al. (2021). 2021 ESC Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure: Developed by the Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the Special Contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Heart Journal*, 42(36), 3599-3726.
- Nawinprasert, K., Soivong, P. & Boonchuang, P. (2015). Effects of the Self-Efficacy and Social Support Enhancement Program on Adherence to Therapeutic Regimens and Revisiting to Hospital among Persons with Heart Failure. *Nursing Journal*, 42 (Supplement), 11-23. (in Thai)
- Rerkluenrit, J. & Wonnaphong, S. (2014). Development of a Self-Care Programme for Heart Failure Patients in Nakhonnayok Province: A participatory Action Research Project. *Thai Journal of Nursing Council*, 29(4), 64-77. (in Thai)
- Rice, H., Say, R. & Betihavas, V. (2018). The Effect of Nurse-Led Education on Hospitalisation, Readmission, Quality of Life and Cost in Adults with Heart Failure. A Systematic Review. *Patient Education and Counseling*, 101(3), 363-374.
- Riegel, B., Carlson, B., Moser, D. K., Sebern, M., Hicks, F. D. & Roland, V. (2004). Psychometric Testing of the Self-Care of Heart Failure Index. *Journal of Cardiac Failure*, 10(4), 350-360.
- Riegel, B., Dickson, V. V., & Faulkner, K. M. (2016). The Situation Specific Theory of Heart Failure Self-Care: Revised and Updated. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(3), 226-235.
- Son, Y. J., Choi, J. & Lee, H. J. (2020). Effectiveness of Nurse-Led Heart Failure Self-Care Education on Health Outcomes of Heart Failure Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6559.
- Srisuk, N., Cameron, J., Ski, C. F. & Thompson, D. R. (2017). Randomized Controlled Trial of Family-Based Education for Patients with Heart Failure and Their Carers. *Journal of Advance Nursing*, 73(4), 857-870.
- Stamp, K. D., Dunbar, S. B., Clark, P. C., Reilly, C. M., Gary, R. A., Higgins, M., et al. (2016). Family Partner Intervention Influences Self-Care Confidence and Treatment Self-Regulation in Patients with Heart Failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(5) 317-327.
- Suetrong, A. & Choowattanapakorn, T. (2016). Factors Predicting Quality of Life in Older Persons with Heart Failure. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 27(2), 58-69. (in Thai)
- Suwanno, J., Petpichetchian, W., Riegel, B., & Issaramalai, S. A. (2009). A Model Predicting Health Status of Patients with Heart Failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 24(2), 118-126.

- Tankumpuan, T., Asano, R., Koirala, B., Dennison-Himmelfarb, C., Sindhu, S., & Davidson, P. M. (2019). Heart Failure and Social Determinants of Health in Thailand: An Integrative Review. *Heliyon*, 5(5), e016.
- Terdsudthirapoom, P. (2015). The Effects of Self-Care Promoting Program on Self-Care Behaviors and Quality of Life among Patients with Heart Failure in Prachuapkhiri Khan Hospital. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 26(1), 2-14. (in Thai)
- Van der Wal, M. H., Jaarsma, T., Moser, D. K., & van Veldhuisen, D. J. (2005). Development and testing of the Dutch Heart Failure Knowledge Scale. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4(4), 273-277.
- Virani, S. S., Alonso, A., Aparicio, H. J., Benjamin, E. J., Bittencourt, M. S., Callaway, C. W., et al. (2021). Heart Disease and Stroke Statistics 2021 Update: A Report from the American Heart Association. *Circulation*, 143(8), e254-e743.
- Wakefield, B. J., Boren, S. A., Groves, P. S., & Conn, V. S. (2013). Heart Failure Care Management Programs: A Review of Study Interventions and Meta-Analysis of Outcomes. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 28(1), 8-19.
- Zhao, Q., Chen, C., Zhang, J., Ye, Y., & Fan, X. (2020). Effects of Self-Management Interventions on Heart Failure: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *International Journal of Nursing Studies*, 116, 1-11.