

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลลำพูน

จงลักษณ์ โกมุทศิริกุล*

พ.ย.บ.

ทิพนันท์ บุรณะกิติ**

พ.ย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

(รับ: 12 กันยายน 2567, แก้ไข: 26 ตุลาคม 2567, ตอรับ: 23 พฤศจิกายน 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มเป็นแนวทางในการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเพศชายและหญิง อายุระหว่าง 15 – 75 ปี ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลลำพูน ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกที่กำหนด แบ่งเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย โปรแกรมการ สนับสนุนและการให้ความรู้ที่พัฒนาขึ้นจากทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผ่านการตรวจสอบเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.97, 1.00, 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ ทดสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือแบบวัดความรู้และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคเท่ากับ 0.75 และ 0.71 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติ ทดสอบที

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลการวิจัยนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนา รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมอาการของโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

คำสำคัญ: โปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ ภาวะหัวใจล้มเหลว พฤติกรรมการดูแลตนเอง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลลำพูน

** อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี แพร่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Email: Tipanan@bcnph.ac.th

Effects of a Support and Education Program on Self-care Behaviors among Heart Failure Patients at Lamphun Hospital

Jongluck Komutsirikun* B.N.S.

Tipanan Buranakiti** M.N.S. (Adult Nursing)

(Received: September 12, 2024, Revised: October 26, 2024, Accepted: November 23, 2024)

Abstract

This quasi-experimental study aimed to evaluate the effects of a support and education program on self-care behaviors among heart failure patients, guided by Orem's Self-Care Theory. The sample consisted of 60 heart failure patients (aged 15–75 years) admitted to the Internal Medicine Ward at Lamphun Hospital. Participants were selected based on inclusion and exclusion criteria and were randomly assigned to experimental (n = 30) and control (n = 30) groups. The research instruments included: 1) a support and education program based on Orem's Nursing System Theory, 2) a demographic data interview form, 3) a knowledge measurement form, and 4) a self-care behavior measurement form. The content validity indices of these instruments were .97, 1, 1, and 1, respectively, as assessed by experts. Reliability testing yielded Cronbach's alpha coefficients of .75 for the knowledge form and .71 for the self-care form. Data were analyzed using descriptive statistics and t-tests.

The results showed that the experimental group's mean posttest scores for knowledge and self-care behaviors were significantly higher than their pretest scores ($p < .001$). Additionally, the experimental group's mean scores for knowledge and self-care behaviors were significantly higher than those of the control group ($p < .001$). The findings suggest that the support and education program effectively improve self-care behaviors among heart failure patients. Implementing this program could enhance symptom control, prevent complications, and reduce hospital readmissions.

Keywords: support and education program, heart failure, self-care behaviors.

* Registered Nurse, Professional Level, Lamphun Hospital

** Professor of Nursing, Boromarajonani College of Nursing Phrae, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute Email: Tipanan@bcnph.ac.th

บทนำ

ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพทั่วโลก เนื่องจากอุบัติการณ์ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ตลอดจนส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบจำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 1.2 ล้านคน¹ และในประเทศแถบเอเชียพบอัตราการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวร้อยละ 1-3 ของประชากร² สำหรับประเทศไทย จากรายงานข้อมูลสถิติในปี พ.ศ. 2563 พบจำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 244,121 คน³ และมีอัตราการเข้ารับการรักษาเป็นอันดับ 5 ของสาเหตุการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่งผลให้ประเทศสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยแต่ละคนสูงถึงประมาณ 3,606 เหรียญต่อคนต่อปี⁴ แม้ว่าการรักษาในปัจจุบันจะพัฒนาและมีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่ยังคงพบอัตราการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูงถึงร้อยละ 49 และมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลใน 30 วัน 60 วัน และ 90 วัน ร้อยละ 28, 34 และ 37 ตามลำดับ⁵ ซึ่งส่งผลทำให้ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นตลอดจนอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มมากขึ้น และจากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลลำพูน พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและอัตราการเสียชีวิตที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ดังข้อมูลในปี พ.ศ. 2564 - 2566 พบว่ามีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 585,617 และ 813 คน ตามลำดับ มีอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล 42, 45 และ 62 คน ตามลำดับ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีค่าเฉลี่ยการนอนรักษาในโรงพยาบาลนาน คือ 5.6 วัน และมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

สูงถึงร้อยละ 64.28⁶

ภาวะหัวใจล้มเหลวมีสาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้าง และการทำหน้าที่ของหัวใจผิดปกติ ประสิทธิภาพการบีบตัวและการคลายตัวของหัวใจลดลง ส่งผลให้หัวใจไม่สามารถบีบตัวส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้ตามปกติ ทำให้นเนื้อเยื่อทั่วร่างกายได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ เกิดการคั่งของสหรน้ำทั่วร่างกายจากการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลว⁷ เกิดอาการภาวะหัวใจล้มเหลวที่รุนแรง ได้แก่ หายใจลำบากเมื่อนอนราบ หายใจไม่สะดวก เหนื่อยง่าย แขน ขาบวม นอนไม่หลับ และอ่อนเพลีย ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาฉุกเฉินในโรงพยาบาล และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ ดังนั้นเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจึงไม่ใช่เพียงแค่ให้อาการดีขึ้น แต่เพื่อให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม มุ่งเน้นการชะลอความก้าวหน้าของโรค รักษาและควบคุมโรคที่เป็นไม่ให้อาการกำเริบลดปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการทำงานผิดปกติของโรคหัวใจที่ทำให้ภาวะของโรคมีความรุนแรงขึ้น โดยผู้ป่วยต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองด้านต่างๆ ได้แก่ การรับประทานยา การลดหรือหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มหรือมีเกลือสูง การควบคุมปริมาณน้ำดื่มอย่างเหมาะสม การเฝ้าระวังอาการและการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การพักผ่อนอย่างเพียงพอ และการมาตรวจตามนัด^{8,9} ผู้ป่วยที่ปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบ ลดอัตราการเสียชีวิต และการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล เพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น^{10,11} อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติ

ตามคำแนะนำ และมีความสามารถในการดูแลตนเอง ยังไม่เพียงพอ โดยมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองต่ำสุด ทั้งในการจัดการกับอาการและการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม¹²

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง ตามแนวทางการรักษา คือ ความรู้¹³ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยที่ขาดความรู้มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมดูแลตนเอง และความรู้มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้นและร่วมมือในการรักษา¹⁴ ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดความรุนแรงของอาการภาวะหัวใจล้มเหลว และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ในประเทศไทยรูปแบบการให้ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีทั้งการสอนเป็นรายบุคคลและรายกลุ่มย่อย โดยจะเป็นการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การควบคุมการบริโภคเกลือและน้ำ การควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานยา การติดตามอาการด้วยตนเอง เผื่อระวังอาการกำเริบจากภาวะการคั่งของน้ำและเกลือ การชั่งน้ำหนัก การปฏิบัติกิจกรรมและการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นคำแนะนำในการปฏิบัติตัวตามแนวทางการรักษาของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย โดยมีสื่อการให้ความรู้ เช่น ภาพพลิก แผ่นพับ โปสเตอร์ และคู่มือการดูแลตนเอง¹⁵ อย่างไรก็ตามการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต่อความมั่นใจและการตัดสินใจจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เนื่องจากในระยะแรกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามแผนการรักษา แต่เมื่อเวลาผ่านไปร่วมกับอาการของโรคที่ทุเลาลง ผู้ป่วยจะละเลยการดูแลตนเอง¹⁶ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์หรือเยี่ยม

บ้าน มีผลต่อความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งการส่งเสริมจัดการตนเองช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนมุมมองเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเอง ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมายแนวทางการดูแลที่เป็นไปได้ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพ การช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการฝึกทักษะประเมินความรุนแรงของอาการและการเก็บรวบรวมข้อมูลของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงอาการของตนเอง และสามารถนำข้อมูลมาเปรียบเทียบเพื่อเฝ้าระวังจัดการอาการของตนเองได้¹⁷

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มเป็นแนวคิดที่เน้นการดูแลตนเองระดับบุคคล มีความเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนมีความต้องการดูแลตนเอง เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพสมบูรณ์ หลีกเสี่ยงจากโรคหรือภัยอันตรายที่คุกคามต่อชีวิต ความสามารถในการดูแลตนเองจะมีการเปลี่ยนแปลงหรือลดลงได้เมื่อบุคคลเกิดความเจ็บป่วย¹⁸ พยาบาลเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยให้มากที่สุดตามความเหมาะสม โดยพัฒนาความสามารถผ่านกระบวนการเรียนรู้ที่พยาบาลให้ผู้ป่วยทั้งวิธีการสอนและการให้คำแนะนำในการปฏิบัติดูแลตนเอง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจ ตั้งเป้าหมายและให้ความร่วมมือในการแสดงพฤติกรรมดูแลตนเอง ตลอดจนการช่วยชี้แนะให้แนวทางและสนับสนุนผู้ป่วยให้ทำกิจกรรมหรือคงไว้ซึ่งกิจกรรมตามความสามารถของผู้ป่วย และเมื่อผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกพึงพอใจในภาวะสุขภาพ การดำเนินชีวิต และมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมี

พฤติกรรม การดูแลตนเองที่ดี ลดอัตราการกลับเข้ารับ การรักษาซ้ำในโรงพยาบาลและเป็นแนวทางใน การปฏิบัติกรพยาบาล การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจ ล้มเหลวที่คลินิกโรคหัวใจและหอบผู้ป่วยอายุรกรรม ของโรงพยาบาลลำพูนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. **วัตถุประสงค์ทั่วไป** เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ ต่อพฤติกรรมกรดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจ ล้มเหลว โรงพยาบาลลำพูน ระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนและ หลังในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ ความรู้

2.2 เพื่อเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่าง

กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมความรู้และพฤติกรรมกรดูแล ตนเอง และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

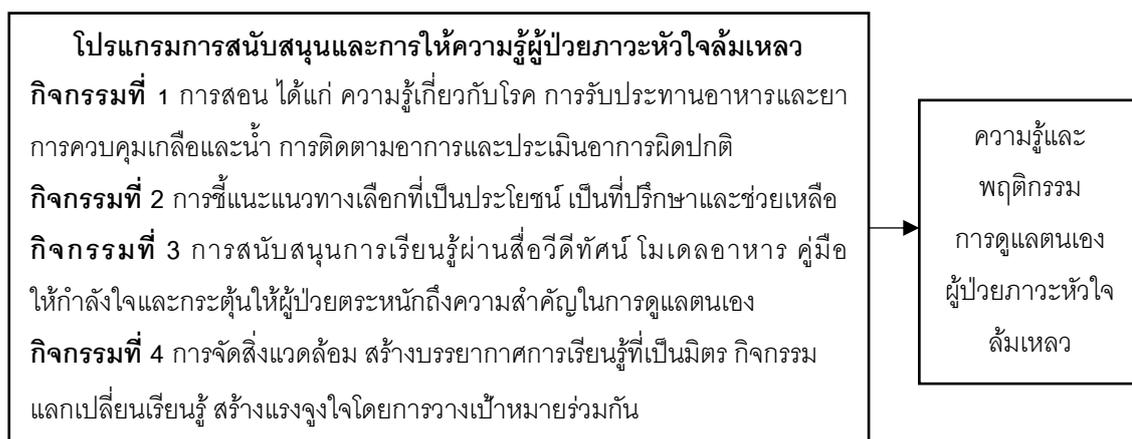
1. หลังการให้โปรแกรม คะแนนเฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรมกรดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง สูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้ ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและ การให้ความรู้มีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับ การพยาบาลตามปกติ

3. หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม การสนับสนุนและการให้ความรู้ มีคะแนนสูงกว่ากลุ่ม ควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุน และการให้ความรู้ จากกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแล ตนเองของโอเร็ม ที่ส่งผลต่อความรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

วิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) นี้ แบ่งตัวอย่างเป็นสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลลำพูน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง อายุระหว่าง 15 – 75 ปี ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย อายุรกรรมชายและหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลลำพูน และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis¹⁹ กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) เท่ากับ 0.5 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง²⁰ กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ .05 และค่า Power of test เท่ากับ 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 27 ราย ทั้งนี้ผู้วิจัยป้องกันจำนวนที่ออกจากกรวิจัย (Drop out) ของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มจำนวนอีก ร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 60 ราย ผู้วิจัยคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายหรืออายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลลำพูน อากาศที่ขึ้นมีสถานะการจำหน่ายกลับบ้าน มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย อาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัว โดยผู้ดูแลในครอบครัวมีคุณสมบัติ ดังนี้ เป็นผู้ดูแลหลัก อายุ 18 ปีขึ้นไป และอยู่ดูแลใกล้ชิดกับกลุ่มตัวอย่าง ยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมการทดลอง และมีเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการของโรครุนแรงขึ้นและต้องเข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาล เช่น มีอาการหอบเหนื่อยมากขึ้น ต้องใช้ออกซิเจนช่วยใน

การหายใจ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ลดลง ไม่สามารถนอนราบได้ มีอาการบวมตามร่างกาย ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดต่อได้ในระหว่างการทดลองหรือเข้าร่วมวิจัยไม่ครบ 4 ครั้ง ผู้ป่วยที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยต่อ เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุม 30 ราย ให้ได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลอง 30 ราย ให้ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ โดยนำกลุ่มตัวอย่างมาจับคู่ (matching) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายคลึงกันในด้านระดับการศึกษา เพศและอายุ หลังจากนั้นจึงเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการจับฉลาก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. **เครื่องมือดำเนินการวิจัย** คือ โปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากการศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ผู้วิจัยนำมาสอนให้ความรู้และเน้นการฝึกทักษะผ่านสื่อคอมพิวเตอร์เคลื่อนที่ โดยใช้โปรแกรม Microsoft Power Point คู่มือการดูแลตนเอง “อยู่อย่างไร ใส่ใจตนเอง กับภาวะหัวใจล้มเหลว” และสมุดบันทึกน้ำหนักตัวประจำวันของผู้ป่วย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก น้ำหนัก จำนวนยาที่รับประทาน ผู้ดูแลหลัก

โรคประจำตัว และระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว

2.2 แบบวัดความรู้ ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารตำราที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบถูกผิด เพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว การรับประทานอาหาร การควบคุมการบริโภคเกลือและน้ำ การรับประทานยา การออกกำลังกาย การติดตามอาการด้วยตนเอง และการประเมินอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 3 คำตอบคือใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ กำหนดการแปลผลคะแนน ดังนี้ 0 – 5 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวในระดับต่ำ 6 – 10 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวในระดับสูง

2.3 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ประกอบด้วย ข้อคำถาม 10 ข้อ เพื่อประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้งและไม่เคยปฏิบัติ กำหนดการแปลผลคะแนน ดังนี้ 10 – 20 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับไม่ดี 21 – 30 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับปานกลาง 31 – 40 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรม

การสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ประเมินความเหมาะสมของโปรแกรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบไปด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรศาสตร์หัวใจ พยาบาลและอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม ความครอบคลุมของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ว่าเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวหรือไม่ จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 30 คน ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินโปรแกรมดูความชัดเจนของภาษาและความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัย

นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบไปด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรศาสตร์หัวใจ พยาบาลและอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของข้อคำถาม จากนั้นนำมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 1 และนำเครื่องมือไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ แบบวัดความรู้ทดสอบความเที่ยงด้วย KR-20 ได้เท่ากับ 0.75 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองทดสอบความเที่ยงด้วยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้เท่ากับ 0.71

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลลำพูน ผ่านการพิจารณา วันที่ 26 ตุลาคม พ.ศ. 2566 รับรองโครงการวิจัยเลขที่ LPN 0107/2566 เมื่อได้รับการพิจารณาแล้วจึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์หรือผลลัพธ์ที่อาจจะเกิดขึ้นให้กับกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงผลกระทบที่ได้รับพร้อมทั้งตอบข้อสงสัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัยพร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย กรณีที่กลุ่มตัวอย่างต้องการถอนตัวหรือไม่สะดวกใจที่จะเข้าร่วมการวิจัย สามารถยกเลิกการเข้าร่วมได้ตลอดเวลา ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ โดยไม่เปิดเผยชื่อ สกุลผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยจะใช้รหัสแทนข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง และจะนำเสนอรายงานผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลลำพูน ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เริ่มจากกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 30 ราย เพื่อป้องกันอคติของกลุ่มตัวอย่าง โดยเริ่มต้นจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพโดยการกล่าวทักทายและแนะนำตัว เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง โดยประเมินความรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นให้โรงพยาบาลตามปกติจนผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และติดตามเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองในขณะที่กลุ่มตัวอย่างมาตรวจตามนัดที่คลินิกโรคหัวใจ ใน 4-6 สัปดาห์หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ภายหลังจากเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างจะ

ปีที่ 51 ฉบับที่ 3 อกันยายน – ธันวาคม 2567

ได้รับคำขอบคุณและคู่มือการดูแลตนเอง “อยู่อย่างไร ใส่ใจตนเอง กับภาวะหัวใจล้มเหลว” และสมุดบันทึกน้ำหนักตัวประจำวัน

ในกลุ่มทดลอง เริ่มจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพโดยการกล่าวทักทายและแนะนำตัว เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง โดยประเมินความรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นให้โปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้เป็นรายบุคคลในระยะก่อนกลับบ้าน ซึ่งผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างข้างเตียง จำนวน 4 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 30 -40 นาที ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การสอน ผู้วิจัยสอบถามกลุ่มตัวอย่างถึงความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเผชิญ ประเมินความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ตั้งเป้าหมายร่วมกันกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ให้ความรู้ผ่านสื่อคอมพิวเตอร์เคลื่อนที่ โดยใช้โปรแกรม Microsoft Power Point ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับประทานอาหารและยา การควบคุมเกลือและน้ำ การติดตามอาการและประเมินอาการผิดปกติ ภายหลังจากการให้ข้อมูลความรู้ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย และให้กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อทบทวนความรู้ที่ได้รับ กิจกรรมที่ 2 แจกคู่มือการดูแลตนเอง “อยู่อย่างไร ใส่ใจตนเอง กับภาวะหัวใจล้มเหลว” และสมุดบันทึกน้ำหนักตัวให้กับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแนะนำทางเลือกในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ กิจกรรมที่ 3 สนับสนุนการเรียนรู้และพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างผ่านสื่อวีดิทัศน์ โหมดอาหาร และเอกสารประกอบการบรรยาย ผู้วิจัยสนับสนุนให้กำลังใจในการเผชิญปัญหาและกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเองและการลงบันทึกน้ำหนักประจำวัน กิจกรรมที่ 4

สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่เป็นมิตร ยินดีให้ความช่วยเหลืออย่างเต็มใจและเคารพในการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเพิ่มแรงจูงใจให้กับกลุ่มตัวอย่างโดยมีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะได้รับการสนับสนุนติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมผ่านทางโทรศัพท์โดยผู้วิจัย พร้อมทั้งให้คำปรึกษาหรือให้ความช่วยเหลือเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่ทุกครั้งจะใช้เวลา 10-15 นาที เป็นเวลา 3 สัปดาห์ และผู้วิจัยติดตามเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองในขณะที่กลุ่มตัวอย่างมาตรวจตามนัดที่คลินิกโรคหัวใจ ใน 4-6 สัปดาห์ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา น้ำหนัก ระดับความดันโลหิต จำนวนยา โรคร่วมและระดับความรุนแรงของโรค ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi square) และการทดสอบที (t-test) และมีการทดสอบการกระจายของคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนได้รับโปรแกรมโดยใช้สถิติทดสอบโคโมโกรอฟสมินอฟ (Kolmogorov-Smirnov test)

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ

Paired sample t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

จากการวิจัยนี้ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 70 และ 56.67 มีอายุระหว่าง 61-75 ปี คิดเป็นร้อยละ 66.67 และ 46.67 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 73.33 และ 60 มีการศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50 และ 53.33 ตามลำดับ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 26.67 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 33.33 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีน้ำหนักระหว่าง 61-70 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 36.67 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีน้ำหนักระหว่าง 41-50 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 40 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลักในการดูแลเรื่องอาหารและจัดยาให้รับประทาน คือ บุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 46.67 และ 60 ตามลำดับ ผลของการเปรียบเทียบความเท่าเทียมของลักษณะของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันที่ $p > .05$

ข้อมูลสภาวะโรคของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีจำนวนยาที่รับประทาน 3-4 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 46.67 และ 63.33 มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 50 และ 43.33 ตามลำดับ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวที่ระดับ 3 คือ มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมตามปกติ จะมีอาการหายใจหอบเหนื่อยเมื่อทำกิจกรรมที่ไม่ต้องออกแรงมาก แต่จะไม่มีอาการขณะพัก และเมื่อได้พัก

อาการหายใจหอบเหนื่อยจะดีขึ้น คิดเป็นร้อยละ 46.67 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวที่ระดับ 2 คือ มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเล็กน้อย สามารถทำกิจกรรมปกติได้โดยไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย แต่จะมีอาการหายใจหอบเหนื่อยเมื่อทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก คิดเป็นร้อยละ 53.33 ผลของการเปรียบเทียบความเท่าเทียมของข้อมูลสภาวะโรคของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ข้อมูลสภาวะโรคของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันที่ $p > .05$ และผลการทดสอบการกระจายของคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบ

โคโมโกรอฟสมีนอฟ (Kolmogorov-Smirnov test) พบว่ามีการกระจายตัวแบบโค้งปกติ

การทดสอบสมมติฐาน

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Paired sample t-test พบว่า ภายหลังจากการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ส่วนกลุ่มควบคุมมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลอง

ข้อมูล	ก่อนทดลอง (n=30)		หลังทดลอง (n=30)		t	P value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ความรู้						
กลุ่มทดลอง (n=30)	4.03 (ต่ำ)	1.63	8.27 (สูง)	0.69	-14.99	.000*
กลุ่มควบคุม (n=30)	4.40 (ต่ำ)	1.33	5.30 (ต่ำ)	1.99	-2.79	.009
พฤติกรรมการดูแลตนเอง						
กลุ่มทดลอง (n=30)	20.43 (ไม่ดี)	1.98	34.97 (ดี)	1.81	-30.20	.000*
กลุ่มควบคุม (n=30)	19.83 (ไม่ดี)	1.82	20.23 (ไม่ดี)	1.52	-1.51	.142

* P < .05

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุน

และการให้ความรู้ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการทดลอง ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		t	P value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ความรู้	5.30 (ต่ำ)	1.99	8.27 (สูง)	0.69	-5.634	.000*
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	20.23 (ไม่ดี)	1.52	34.97 (ดี)	1.81	-6.685	.000*

* P < .05

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 สามารถอธิบายได้ดังนี้ รูปแบบของโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ที่พัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ซึ่งประกอบได้ด้วย 1) การสอนได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับประทานอาหาร การควบคุมการบริโภคเกลือและน้ำ การรับประทานยา การออกกำลังกาย การติดตามอาการด้วยตนเอง และการประเมินอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ 2) การชี้แนะแนวทางเลือกที่เป็นประโยชน์ เป็นที่ปรึกษาและช่วยเหลือ 3) การสนับสนุนการเรียนรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ โมเดลอาหาร คู่มือ ให้กำลังใจและกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง 4) การจัดสิ่งแวดล้อม สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่เป็นมิตร กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการสร้างแรงจูงใจ โดยการวางเป้าหมายร่วมกัน ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยเมื่อมีความรู้จะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี ความรู้จะทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในโรคของตนเอง เพิ่มพลังความสามารถ เพิ่มความมั่นใจและตระหนักู้ในการกระทำของตนเอง ผู้ป่วยจะมีการตั้งเป้าหมายและสามารถเลือกตัดสินใจในการปฏิบัติดูแลตนเอง

ที่เหมาะสม ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าความรู้เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับภาวะหัวใจล้มเหลว และช่วยควบคุมความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ดังนั้นการส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ในการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ พรพรรณ เทิดสุทธิธรมณี²¹ ที่ใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้รูปแบบของการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจล้มเหลวและฝึกทักษะในการดูแลตนเองเป็นรายบุคคล ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง สามารถควบคุมอาการกำเริบของโรคได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวภายหลังได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ และการศึกษาของ พารุณี วงษ์ศรี และทีปทัศน์ ชินดาปัญญากุล²² ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเร็มกับการดูแลและการให้คำแนะนำผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้และข้อแนะนำแก่ผู้ป่วยในระยะก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ผลลัพธ์ที่ได้พบว่าภายหลังผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาลด้วยวิธีการสอน การชี้แนะแนวทาง การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อ

สนับสนุนพัฒนาการ ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองตามที่พยาบาลให้คำแนะนำได้อย่างเคร่งครัด ไม่เกิดกลุ่มอาการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลวและสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข

ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าทั้งสองกลุ่มตัวอย่างขาดการเรียนรู้และทักษะในการดูแลตนเองที่อาจเป็นผลมาจากระดับการศึกษา เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ทำให้ความสามารถในการอ่านออกเขียนได้อยู่ในระดับต่ำ อาจไม่สามารถเข้าใจเนื้อหาและเรียนรู้การดูแลตนเองได้²³ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มทดลอง มีคะแนนสูงกว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 และ 3 สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ในการศึกษาครั้งนี้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ การสอนเป็นรายบุคคล การชี้แนะแนวทางเลือกที่เป็นประโยชน์ การสนับสนุนเรียนรู้ และการจัดสิ่งแวดล้อมโดยกิจกรรมที่ใช้วิธีการสอนเป็นรายบุคคล ทำให้พยาบาลสามารถประเมินความรู้และทักษะของผู้ป่วยได้ การชี้แนะแนวทางเลือกที่เป็นประโยชน์หรือคำปรึกษาจึงเหมาะสมตามความต้องการและความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย การสนับสนุนเรียนรู้โดยการใช้สื่อวีดิทัศน์ โมเดลอาหาร และคู่มือนำมาประกอบการสอนทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถดูแลตนเองได้เพิ่มขึ้น การจัดสิ่งแวดล้อมสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่เป็นมิตร

การวางเป้าหมายในการดูแลตนเองร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการดูแลตนเองปฏิบัติตามแนวทางเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ นอกจากนี้การติดตามผู้ป่วยผ่านทางโทรศัพท์จะช่วยเน้นย้ำเรื่องการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และใช้ในการติดต่อกับเจ้าหน้าที่เมื่อต้องการความช่วยเหลือเพื่อสอบถามปัญหา อุปสรรคและให้แนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งนำไปสู่ความมั่นใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยทำให้เกิดความต่อเนื่องของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีขึ้น

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ในการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของจันทิมา, พัทรินทร์ และทัศนีย์²⁴ ที่ใช้โปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ประกอบด้วยการให้ความรู้และการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ โดยวิธีการสอนเป็นรายบุคคลและมีการโทรศัพท์ติดตาม 2 ครั้ง ภายหลังการสอน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นเตือนเรื่องการดูแลตนเองและการทำกิจกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลองผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ มีความสามารถในการทำกิจกรรมและการดูแลตนเอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ และการศึกษาของ อัมราภัสร์ และคณะ²⁵ ที่ใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพประกอบการสอนพร้อมให้คู่มือการดูแลตนเอง การชี้แนะให้ผู้ป่วยเปรียบเทียบพฤติกรรมของตนเอง การสนับสนุนติดตาม และการสร้างสิ่งแวดล้อม ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียม ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ มีคะแนนความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ และอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำใน

โรงพยาบาลของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ภายหลังใช้โปรแกรม

สรุปว่าผลการศึกษาโปรแกรมการสนับสนุน และการให้ความรู้ในครั้งนี้ช่วยให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความรู้เพิ่มขึ้นและมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น ซึ่งเมื่อผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่เพียงพอ และได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรสุขภาพ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวทางการรักษา และมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการสุขภาพตนเองเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้นโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ในการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปปรับใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วย

ภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อส่งเสริมความรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อติดตามความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างต่อเนื่องภายหลังได้รับโปรแกรมในช่วง 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อศึกษาความคงอยู่ของความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย

2. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ควรมีการนำโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลลำพูน เพื่อส่งเสริมคุณภาพ การให้การพยาบาลให้มีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย

References

1. Agarwal MA, Fonarow GC, Ziaeian B. National trends in heart failure hospitalizations and readmissions from 2010 to 2017. *JAMA Cardiol.* 2021; 6:952–956.
2. Reyes EB, Ha J., Firdaus I., et al. Heart failure across Asia: Same healthcare burden but differences in organization of care. *Int J Cardiol.* 2016; 223: 163-167.
3. Strategy and planning division of Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. Annual Action Plan 2023 Ministry of public health. Nonthaburi: Strategy and planning division; 2023. Thai.
4. Yingchoncharoen T, Wu T.C., Choi D.J., Ong T.K., Liew H.B., Cho M.C., Economic burden of heart failure in Asian countries with different healthcare systems. *Korean Circulation Journal.* 2021; 51(8): 681-693.
5. Preenuch Poncharoen, Niphawan Samartkit and Pawana Keeratiyutawong. Factors related to discharge readiness in patients with congestive heart failure. *Nursing journal of the Ministry of public health.* 2015; 25(2): 130-143. Thai.
6. Lamphun Hospital Diagnostic statistic of Lamphun Hospital. 2023. Thai.
7. Phongpan Arunsaeng. Nursing care for patients with cardiovascular disease. 5th PIM. Khon Kaen: International Library. 2008. Thai.

8. 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(1):157-174.
9. The Association of Cardiologists of Thailand under the Royal Patronage. Diagnostic Practice Guidelines and Treatment of patients with heart failure. 2019. Bangkok: Neck Step Design Ltd., 2019.Thai.
10. Teranut Yindesuk, Wariya Wachirawat and Pawana Keeratiyutawon. Clinical pathway for promoting self-management of patients with congestive heart failure at Sappasittiprasong hospital. *Thai Journal of Nursing Council.* 2011; 26(4): 70-81. Thai.
11. Rigel B., Dickson VV. A situation-specific theory of heart failure self-care. *J Cardiovasc Nurs.* 2008; 23(3): 190-196.
12. Koirala B., Dennison Himmelfarb CR., Budhathoki C., Davidson PM., Heart failure self-care, factors influencing self-care and the relationship with health-related quality of life: A cross-sectional observational study. *Heliyon.* 2020; 6(2): e03412.
13. Ok J. S., and Choi, H. Factors affecting adherence to self-care behaviors among outpatients with heart failure in Korea. *Korean Journal of Adult Nursing.* 2015; 27(2): 242-250.
14. Waiyaporn Promwong, Jaroonsree Meenongwah, Sangduan Ginggeaw and Rungthip Charoensri. Knowledge and Self-Care Behavior among Patients with Heart Failure in The 50th Anniversary Mahavajiralongkorn Hospital Ubon Ratchathani Province. *Journal of Health and Nursing Research.* 2022; 38(1): 172-185. Thai.
15. Chanjira Kiatsisakul, Suprida Mankong, Orsaphan Phakdee and Thanarat Chunngam. Self-care behavior and the severity of heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing.* 2008; 19(2): 23-39. Thai.
16. Juntima Rerkluenrit, Orasa Panpakdee, Porntip Malathum, Margarete Sandelowski and Supachai Tanomsup. Self - Care among Thai People with Heart Failure. *Thai journal of nursing research.* 2009; 13(1): 43-54. Thai.
17. Uraivan Sridama, Tasanee Daekhunthod and Suksitorn Poolchai. Development of Heart Failure Self-Management Promotion Model for Patients at Heart Failure Clinic, Sakon Nakhon Hospital. *Journal of Sakon Nakhon Hospital.* 2020; 23(1): 38-51. Thai.
18. Orem, D.E., Taylor, S.G., Renpenning, K.M. *Nursing: Concepts of practice.* 6th ed. Saint Louis: Mosby. 2001.
19. Faul F., Erdfelder E., Buchner A., and Lang AG. Statistic power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods.* 2009; 41: 1149-1160.
20. Cohen J. *Statistical power analysis of the behavioral science.* 2nd ed. Hillsdale, NJ: Larence Erlbaum. 1988.

21. Phonphan Therdsuthiranaphum Effects of self-care promotion program on self-care behavior and quality of life of patients with heart failure, Prachuap Khiri Khan Hospital. Journal of Cardiovascular Disease. 2015; 26 (1): 2-14. Thai.
22. Parunee Wongsri and Teepatad Chintapanyakun. Utilization of Orem's theory with caring and advice for patients with heart failure. Journal of the police nurses. 2018; 10(1): 209-219. Thai.
23. Aree Saengratsamee, Sirinan Charoenphol and Suttatip Tumme. Nursing intervention to enhance self-care among patients with heart failure: A systematic review and narrative synthesis. Journal of health science research. 2022; 16(2): 149-160. Thai.
24. Chantima Rerkmunrit, Patcharin Kwanchai and Tasanee Soi-on. Effects of a support and education program on activity and self-care abilities of people with heart failure. Ramathibodi Nursing Message. 2012; 18 (1): 102-118. Thai.
25. Armarapas Atthachaiwat, Sophis Suwankesawong, Sirima Leelawong, Sasamon Srisuthisak and Hatairut Boonkaew. Effectiveness of health promotion program in heart failure patients. Journal of Nursing Division. 2020; 47(3): 185-202. Thai.