

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว

The Impacts of a Health Promoting Program on Health-Related Quality of Life among Family Caregivers of Patients with Heart Failure

จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์

Juntima Rerkluenrit

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ นครนายก ประเทศไทย 26120

Srinakharinwirot University, Nakhonnayok Province, Thailand 26120

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว โดยคัดเลือกญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกจำนวนกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐานจากโรงพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ วิเคราะห์ผลการทดลองโดยใช้สถิติ Chi-square and t-test ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังดำเนินการทดลองใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ระดับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระดับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองก่อนและหลังดำเนินการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.001

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวดีขึ้น ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมนี้นำไปต่อยอดการใช้ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระบบหัวใจและหลอดเลือดอื่นต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว

Abstract:

This quasi-experimental research investigated impacts of a health promoting program on health-related quality of life among family caregivers of patients with heart failure. Subjects were equally assigned into either the control group or the experimental group, 30 in each group. The experimental group received the health promoting program for 12 weeks while the control group received the conventional gold standard nursing care. Research instruments included the family caregivers' health-related quality of life questionnaire. Data were analyzed using Chi-square and t-test. The major results show that the mean score of family caregivers' health-related quality of life in the group receiving the health promoting program was higher than that in the group receiving routine nursing care at a significant level of .05. In addition, the mean score of family caregivers' health-related quality of life after receiving the health promoting program was higher than that before receiving the program at significant level lower than .001.

The results provide evidence that health promoting program could improve family caregivers of patients with heart failure's health-related quality of life. Therefore, this program should be further used in other family caregivers of other cardiovascular system.

Keywords: health promoting program, health-related quality of life, family caregivers of patients with heart failure

บทนำ

คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวมีความสำคัญอย่างยิ่งกับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีข้อจำกัดทางร่างกาย อันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของหัวใจที่รุนแรง ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองของผู้ป่วยลดลง ญาติผู้ดูแลบางรายอาจใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยยาวนาน 16-20 ชั่วโมงต่อวัน¹ ทั้งในเรื่องกิจวัตรประจำวัน และในการเฝ้าระวัง และดูแลในการรับประทานยาและยาให้ตรงเวลา รวมถึงการติดตามดักเตือนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัดเพื่อป้องกันการกำเริบของโรค¹⁻² นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวอาจต้องเผชิญกับอารมณ์ที่หลากหลายและไม่คงที่ของผู้ป่วยในขณะที่อาการของโรคกำเริบอีกด้วย ทำให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวมักมีภาวะเครียดและกดดันในอารมณ์ค่อนข้างสูง^{1,3-4} ซึ่งงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติทางอารมณ์ เสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ อาทิ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคเมตาบอลิซึม เป็นต้น² ดังนั้นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวจึงเป็นกลุ่มบุคคลที่บุคลากรทางสาธารณสุขควรให้ความสนใจดูแลคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเช่นเดียวกับผู้ป่วย

อย่างไรก็ตาม คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นมุมมองของบุคคลที่มีต่อสภาพชีวิตของตนเอง ตามบริบทของวัฒนธรรม และการมีคุณค่าในสิ่งที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและความสนใจในตนเอง คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวแต่ละคนจึงอาจมีความแตกต่างกันทั้งนี้ส่วนหนึ่งอาจขึ้นกับความรุนแรงของโรคและความซับซ้อนของการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่ตนเองดูแล นอกจากนี้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพยังได้รับอิทธิพลจากปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยอีกด้วย⁵⁻⁶

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า งานวิจัยในเรื่องคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มของญาติ

ผู้ดูแลในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ แต่มีงานวิจัยทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทยจำนวนไม่มากนักที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว โดยงานวิจัยแบบบรรยายพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลมีทั้งปัจจัยด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย เป็นต้น^{3,6} นอกจากนี้มีการวิจัยเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและพบว่า คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวมีระดับที่ต่ำกว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ²⁻⁴ สำหรับงานวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวมีน้อยมาก งานวิจัยส่วนใหญ่ทำในต่างประเทศเป็นการทดลองใช้อุปกรณ์หรือปัจจัยต่างๆ เช่น การใช้โทรศัพท์มือถือในการติดตามการให้ความรู้โดยทีมสหวิชาชีพ โดยสิ่งที่ต้องการวัดคือภาวะซึมเศร้า ความเครียด และความเชื่อมั่นในตนเองในการดูแลผู้ป่วย⁷ เป็นต้น ซึ่งหากมีการนำผลวิจัยดังกล่าวมาดูแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวของประเทศไทยอาจเกิดปัญหาได้เนื่องจากบริบทและความผูกพันในครอบครัวของคนไทยมีความแตกต่างจากต่างประเทศนอกจากนี้อาจไม่ครอบคลุมทุกองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

จากความสำคัญทั้งหมดที่กล่าวมาจึงเป็นเหตุให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาถึงการยกระดับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวโดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการรวบรวมเอกสารต่างๆ รวมทั้งจากการทำวิจัยก่อนหน้านี้ที่มีการศึกษาถึงพฤติกรรมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว¹ มาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมนี้ ซึ่งผู้วิจัยคาดหวังว่า ข้อมูลที่ได้จากการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพนี้จะสามารถนำไปส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลให้เพิ่มมากขึ้นและสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยหัวใจ

ล้มเหลวมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการให้การดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น

คำถามการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ต้องการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนาโดยผู้วิจัย โดยผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดที่ประยุกต์มาจากกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิต⁵ ซึ่งเชื่อว่าการที่บุคคลมีการรับรู้ถึงการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีได้นั้นเป็นผลมาจากความพึงพอใจในชีวิตผ่านกระบวนการรับรู้เกี่ยวกับความหมายของชีวิต ประสบการณ์ในชีวิต ธรรมชาติและความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการตอบสนองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจที่ผ่านมา นอกจากนี้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพยังได้รับอิทธิพลมาจากปัจจัยต่างๆ ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมอีกด้วย ซึ่งโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในการวิจัยครั้งนี้จัดเป็นประสบการณ์ในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีการตอบสนองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยประกอบด้วยการประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การวางแผนในการส่งเสริมสุขภาพร่วมกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบนพื้นฐานของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสุขภาพและปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้การจำแนกคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำงาน และด้านสังคมและเศรษฐกิจ โดยองค์ประกอบทุกด้านล้วนส่งเสริมซึ่งกันและกัน ทำให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวรับรู้ถึงภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันไป ซึ่งมีผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มเปรียบเทียบกัน

ประชากรคือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มารับการบริการที่คลินิกตรวจโรคทางอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก และญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่ต้องนอนรับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดนครนายก

กลุ่มตัวอย่างเป็นไปตามเกณฑ์คัดเข้าคือ 1) เป็นบุคคลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว 2) ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่บ้านมากกว่า 12 ชั่วโมงต่อวัน จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 5 วันต่อสัปดาห์ โดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้ความช่วยเหลือโดยไม่รับการตอบแทนเป็นค่าจ้างหรือรางวัล 3) เป็นผู้ที่พูดและอ่านภาษาไทยได้ และ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออกคือกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพได้ตลอดหรือกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโทรศัพท์มือถือ ผู้วิจัยดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย โดยใช้กรอบเวลา (sampling frame) เป็นหน่วยสุ่มเนื่องจากผู้วิจัยไม่ทราบว่ามีญาติผู้ดูแลผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดเข้าจะมีมาที่สถานที่เก็บข้อมูลเมื่อใด กลุ่มตัวอย่างจึงเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ทุกคนที่มาในกรอบเวลาที่ผู้วิจัยกำหนด จากนั้นผู้วิจัยจึงสุ่มด้วยการจับฉลากแบ่งกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม ซึ่งจำนวนของกลุ่มตัวอย่างมาจากการกำหนดค่า 3 ค่า คือ 1) power .80, 2) significant level .05 และ 3) effect size 0.5 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 27 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังจากผู้วิจัยได้รับเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมพิจารณาการทำวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เลขที่ SWUEC 036/60 ซึ่งรับรองตั้งแต่วันที่ 3 เมษายน 2560 ถึง 3 เมษายน 2561 แล้ว ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดและวัตถุประสงค์ของงานวิจัยแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องและเมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งหนึ่ง และให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับชื่อบุคคลและเบอร์โทรศัพท์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถติดต่อได้หากมี

ข้อสงสัย รวมถึงกลุ่มตัวอย่างทุกคนสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการประเมินใดๆ ทั้งสิ้น และในการเสนอข้อมูลจะเสนอในภาพรวมเท่านั้น

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ประกอบด้วยแบบสอบถาม 1 ฉบับและโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว 1 โปรแกรม ดังนี้

เครื่องมือที่ 1 : แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (Demographic and Medical Record Form) เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองประกอบประกอบด้วยเพศ อายุ สถานภาพสมรส ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย จำนวนปีที่ศึกษาในระบบ โรคประจำตัว จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วย ประสบการณ์การเป็นผู้ดูแล เป็นต้น

ส่วนที่ 2 เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยปรับข้อคำถามของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านร่างกายฉบับภาษาไทยจากงานวิจัยที่ผ่านมา⁹ ตามกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้⁵ ประกอบด้วยข้อคำถามแบบ Likert scales ของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม จำนวน 2 ข้อและองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 4 ด้าน จำนวน 24 ข้อ ดังนี้

1) ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย หมายถึง การรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการทำงานของร่างกายซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความแข็งแรงของร่างกาย การรับรู้อาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวันที่เป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 7 ข้อ

2) ด้านอัตมโนทัศน์ หมายถึง การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง ยอมรับสภาพร่างกายลักษณะของตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจและค่าในตนเอง การรับรู้ถึงความคิดความจำ สมาธิการตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้า หรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ของตนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต จำนวน 6 ข้อ

3) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ หมายถึง การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การพบปะสังสรรค์กับเพื่อน การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้แหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพ และสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลารว่าง จำนวน 3 ข้อ

4) ด้านความพึงพอใจกับชีวิต หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก การรับรู้ว่าคุณเองประสบความสำเร็จในชีวิต จำนวน 8 ข้อ

ระดับคะแนนมี 3 ระดับดังนี้ คะแนน 26-60 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตไม่ดี คะแนน 61-95 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง และคะแนน 96-130 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตที่ดี

ทั้งนี้แบบสอบถามได้รับการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คนประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบหัวใจและทรวงอก อาจารย์พยาบาล และผู้เชี่ยวชาญเรื่องพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิต รวมทั้งมีการตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .88

เครื่องมือที่ 2 : โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนตำราและเอกสารวิชาการ นำไปตรวจสอบเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านระบบหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยนักพฤติกรรมศาสตร์ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ 2 ท่าน ก่อนนำไปใช้จริง โปรแกรมดังกล่าวประกอบด้วยกิจกรรม 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินพฤติกรรมสุขภาพญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว และการตั้งเป้าหมายร่วมกันกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 การให้คำปรึกษาและเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการให้ความรู้และการฝึกทักษะการแก้ปัญหาใช้เวลาทำกิจกรรม 45-60 นาที ทำทั้งหมด 4 ครั้ง (วันที่ 2, 3, 4 และสัปดาห์ที่ 8)

ขั้นตอนที่ 3 โทรศัพท์ติดตามเยี่ยม 3 ครั้ง (วันที่ 7, 14, 21) และ การเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง (วันที่ 28 และสัปดาห์ที่ 12) และ กิจกรรมการสิ้นสุดสัมพันธภาพ

การดำเนินการเก็บข้อมูล เริ่มต้นภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย กลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามในวันที่ 1 ของการวิจัยและวันสุดท้ายของสัปดาห์ที่ 12 โดยขณะดำเนินการวิจัยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลปฏิบัติตามมาตรฐานจากทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามในวันสุดท้ายของสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและแนวทางในการพัฒนา รวมถึงตอบข้อซักถามต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง สำหรับกลุ่มทดลอง ทำแบบสอบถามในวันที่ 1 ของการวิจัยและวันสุดท้ายของสัปดาห์ที่ 12 โดยขณะดำเนินการวิจัยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมฯ ตามขั้นตอนร่วมกับการดูแลปฏิบัติตามมาตรฐานจากพยาบาลหรือทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวใช้สถิติหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของลักษณะของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมใช้สถิติไคว์สแควร์และสถิติ independent t-test

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองใช้สถิติ independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มทดลองใช้สถิติ dependent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมอายุระหว่าง 30-67 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สถานภาพสมรสคู่ มีการศึกษาขั้นพื้นฐานในระบบ 6 ปี และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 2 โรค โรคที่เป็นมากที่สุดคือความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในฐานะคู่สมรส และช่องทางในการหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมาจากบุคลากรทางสาธารณสุข และจากโทรทัศน์ และร้อยละ 86.70 มีประสบการณ์ในขณะที่ผู้ป่วยอาการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

สำหรับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองอายุระหว่าง 35-68 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สถานภาพสมรสคู่ มีการศึกษาขั้นพื้นฐานในระบบ 6 ปี และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 2 โรค โรคที่เป็นมากที่สุดคือความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในฐานะคู่สมรส และทราบช่องทางในการหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเพียงช่องทางเดียวคือ จากบุคลากรทางสาธารณสุข และร้อยละ 90.00 มีประสบการณ์ในขณะที่ผู้ป่วยอาการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

	กลุ่มควบคุม (ร้อยละ)	กลุ่มทดลอง (ร้อยละ)	t-test	X ²	p-value
เพศ				.082	.774
หญิง	22 (73.30)	21 (70)			
ชาย	8 (26.7)	9 (30)			
อายุ (ปี)	เฉลี่ย 46.10± 9.4	เฉลี่ย 51.27±8.55	-.222		.479
30-39	6 (20.00)	2 (6.70)			
40-49	13 (43.30)	10 (33.30)			
50-59	9 (30.10)	14 (46.70)			
≥60	2 (6.60)	4 (13.30)			
สถานภาพสมรส				.140	.933
โสด	8 (26.70)	8 (26.70)			
สมรส	17 (56.60)	18 (60.00)			
หม้าย/หย่า/แยก	5 (16.70)	4 (13.30)			
จำนวนปีที่ศึกษาในระบบ	เฉลี่ย 7.97± 2.93	เฉลี่ย 8.47±3.25	-.626		.443
≤ 6	18 (60.00)	17 (56.7)			
6-12	11 (36.6)	11 (36.6)			
>12	1 (3.4)	2 (6.7)			
จำนวนโรคประจำตัว			.097	.992	
0	3 (10.00)	3 (10.00)			
1	8 (26.70)	7 (23.30)			
2	16 (53.70)	17 (56.70)			
3	3 (10.00)	3 (10.00)			
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย			.202	.904	
คู่สมรส	18 (60.00)	18 (60.00)			
บุตร	8 (26.70)	9 (30.00)			
พี่น้อง/ญาติ	4 (13.30)	3 (10.00)			
เวลาในการดูแลผู้ป่วย (ชั่วโมงต่อวัน)	เฉลี่ย 16.20±2.54	เฉลี่ย 16.33±2.64	-1.99		.722
12 -16	15	13			
≥ 16	15	17			

จากตารางที่ 1 สรุปได้ว่า เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p>.05)

นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนดำเนินการทดลองใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในภาพรวม และรายด้านทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วยด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ และด้านความพึงพอใจต่อชีวิตไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p>.05$) ทั้งนี้ในขณะดำเนินการวิจัย หัวข้อที่กลุ่มตัวอย่างสอบถามมากที่สุด คือ วิธีการสังเกตอาการและอาการแสดงที่เป็นการเตือนก่อนมีอาการกำเริบรุนแรงของผู้ป่วย

อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ภายหลังดำเนินการทดลองใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในภาพรวม และรายด้านทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วยด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ และด้านความพึงพอใจต่อชีวิตมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังดำเนินการทดลองใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ		กลุ่มควบคุม	ระดับ	กลุ่มทดลอง	ระดับ	t-test	p-value
ด้านสุขภาพและ	ก่อน	13.93±3.88	ไม่ดี	14.03±3.06	ไม่ดี	-.11	.700
การทำงานของร่างกาย	หลัง	12.53±2.85	ไม่ดี	33.80±1.24	ดี	-37.47	.034
ด้านอัตมโนทัศน์	ก่อน	11.80±3.08	ไม่ดี	12.20±2.85	ไม่ดี	-.523	.903
	หลัง	11.63±2.91	ไม่ดี	28.70±1.32	ดี	-29.29	.028
ด้านสังคมและ	ก่อน	6.13±1.64	ไม่ดี	6.37±1.75	ไม่ดี	-.533	.211
เศรษฐกิจ	หลัง	6.67±1.37	ไม่ดี	12.23±2.06	ดี	-12.31	.029
ด้านความพึง	ก่อน	15.53±3.57	ไม่ดี	13.67±3.21	ไม่ดี	2.13	.180
พอใจต่อชีวิต	หลัง	15.43±3.36	ไม่ดี	30.77±4.97	ดี	-14.01	.007
ภาพรวม	ก่อน	51.33±12.59	ไม่ดี	51.67±7.60	ไม่ดี	-.124	.286
	หลัง	49.77±11.02	ไม่ดี	114.20±6.82	ดี	-31.62	.047

นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบระดับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองก่อนและหลังดำเนินการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.001 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองก่อนและหลังดำเนินการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n = 30)		t-test	p-value
	ก่อน	หลัง		
ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย	14.03±3.06	33.80±1.24	-32.73	<.001
ด้านอัตมโนทัศน์	12.20±2.85	28.70±1.32	-30.10	<.001
ด้านสังคมและเศรษฐกิจ	6.37±1.75	12.23±2.06	-20.76	<.001
ด้านความพึงพอใจต่อชีวิต	13.67±3.21	30.77±4.97	-17.40	<.001
ภาพรวม	51.67±7.60	114.20±6.82	-39.57	<.001

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยภาพรวมและรายด้านของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา^{4,6} ซึ่งอธิบายได้ว่า เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีแนวโน้มที่อาการจะกำเริบและต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง อันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของหัวใจที่รุนแรงและไม่สามารถรักษาให้หายขาด ทำให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยต้องทุ่มเทเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 16 ชั่วโมงต่อวัน¹ เวลาในการดูแลตนเองลดน้อยลงทั้งที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวที่ต้องการการดูแลเช่นกัน^{1,4,6} และเมื่อต้องใช้เวลาส่วนใหญ่กับการดูแลผู้ป่วยทำให้เวลาในการทำงานหาเงิน เวลาในการสังสรรค์ พบปะเพื่อนฝูงน้อยลง ทำให้กระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้งในด้านสังคมและเศรษฐกิจ นอกจากนี้จากข้อมูลส่วนบุคคลที่พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐานในระบบ 6 ปี และมีทักษะและความรู้ในการสืบค้นข้อมูลสุขภาพจากแหล่งข้อมูลต่างๆ น้อย อีกทั้งส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์การดูแลในขณะผู้ป่วยอาการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ดังนั้นเมื่อต้องมาดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งเป็นความเจ็บป่วยที่อาการกำเริบไม่แน่นอน ญาติผู้ดูแลย่อมเกิดความวิตกกังวล มีความเครียดและกดดันทางอารมณ์เกือบตลอดเวลา³⁻⁴ ส่งผลให้ระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในภาพรวมและรายด้านไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา⁵ ซึ่งพบว่า การที่บุคคลมีการรับรู้ถึงการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีได้นั้นเป็นผลมาจากความพึงพอใจในชีวิตผ่านกระบวนการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ในชีวิต ธรรมชาติและความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการตอบสนองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจที่ผ่านมา

สำหรับผลวิจัยที่พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับดีภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพนั้น อาจอธิบายได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยกิจกรรมที่สนับสนุนองค์ประกอบในแต่ละด้านของการยกระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกล่าว คือ ในขั้นตอนที่ 1 มีการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ บอกผลการประเมินให้ทราบ จากนั้นมีการตั้งเป้าหมายร่วมกันกับญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลเอง ซึ่งเป็นการส่งเสริมด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมด้วยการมีปฏิสัมพันธ์ การวางแผนร่วมกัน เป็นการ

เพิ่มคุณค่าและความสำคัญในตัวเองแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสำหรับขั้นตอนที่ 2 เป็นการให้คำปรึกษาและการเสริมพลังอำนาจเป็นกิจกรรมการเพิ่มความแข็งแกร่งด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกายรวมถึงด้านอัตมโนทัศน์ เนื่องจากเป็นการให้ความรู้และฝึกทักษะการแก้ปัญหา ดังนั้นญาติผู้ดูแลจะมีความรู้และทักษะในการจัดการกับสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น รวมถึงมีการพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาต่างๆ ทั้งที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและกับตนเองได้ ทำให้มีมุมมองที่มีต่อตนเองหรืออัตมโนทัศน์ดีขึ้น โดยเกิดการรับรู้ มั่นใจว่าตนเองสามารถควบคุมการดำเนินชีวิตได้อย่างถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น และในขั้นตอนที่ 3 เป็นการติดตามทางโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้านเพื่อพูดคุยให้คำปรึกษา ทั้งนี้การติดตามทางโทรศัพท์จัดทำในช่วง 3 สัปดาห์แรกภายหลังพบกันครั้งแรก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของแผนการส่งเสริมสุขภาพที่ตั้งเป้าหมายร่วมกันในขั้นตอนที่ 1 และเป็นการตอบข้อสงสัยของญาติผู้ดูแล⁷ อย่างไรก็ตาม การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์อาจมีข้อมูลบางประการที่ผู้วิจัยเข้าถึงไม่ถึงและอาจไม่รับทราบจากการพูดคุยเพียงอย่างเดียว ดังนั้นผู้วิจัยจึงจัดให้มีกิจกรรมการเยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรมต่อมาในโปรแกรมฯ เนื่องจากการเยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรมที่กระทำแล้วทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดกันมากยิ่งขึ้นทำให้เกิดความเข้าใจระหว่างกัน การเยี่ยมบ้านเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ที่เห็นสิ่งแวดล้อมและบริบทของญาติผู้ดูแลมีเวลาพูดคุย รับฟังปัญหา และเห็นปัญหาในการส่งเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลที่เกิดขึ้นจริงในขณะที่อยู่บ้าน ทำให้ญาติผู้ดูแลได้รับคำแนะนำที่สอดคล้องกับบริบทที่แท้จริง และยังเป็นการดูแลเชิงรุกที่ญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องการอีกด้วย¹⁰ อย่างไรก็ตามการเยี่ยมบ้านในโปรแกรมนี้อาจจัดทำเพียงสองครั้งเนื่องจากการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งใช้เวลานาน ซึ่งอาจทำให้ญาติผู้ดูแลไม่สะดวก อีกทั้งเพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีเวลาปรับตัวและมีเวลาในการพัฒนาศักยภาพของตนเองโดยที่ญาติผู้ดูแลจะได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นระยะจากขั้นตอนที่ 2 ซึ่งผลวิจัยพบว่า หัวข้อที่กลุ่มตัวอย่างสอบถามมากที่สุด คือ วิธีการสังเกตอาการและอาการแสดงที่เป็นการเตือนก่อนมีอาการกำเริบรุนแรงของผู้ป่วย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากทุกคนเคยมีประสบการณ์การดูแลในขณะผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล จึงมีความกังวลและต้องการคำปรึกษา เมื่อได้รับคำปรึกษาที่ตรงตามความต้องการ ย่อมทำให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยและสามารถจัดสรรเวลาในการส่งเสริมสุขภาพของตนเองมาก

ขึ้นทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ซึ่งขั้นตอนในโปรแกรมนี้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้⁵ และสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา³ ที่พบว่ากระบวนการให้คำปรึกษาแบบตัวต่อตัว และการสนับสนุนทางจิตสังคมช่วยให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีระดับสูงขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากการวิจัยพบว่าการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวดีขึ้น ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมดังกล่าวไปต่อยอดการใช้ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระบบหัวใจและหลอดเลือดอื่นต่อไป

นอกจากนี้ในส่วนของผู้กำกับนโยบาย ควรมีการประกาศนโยบายและจัดสรรงบประมาณรวมถึงจำนวนบุคลากรทางสาธารณสุขที่เพียงพอในการยกระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

ผู้วิจัยเสนอว่าควรมีการวิจัยเพื่อติดตามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพในระยะ 6 เดือน 9 เดือน และ 1 ปีเพื่อให้ได้ข้อมูลของระยะเวลาที่เหมาะสมและประสิทธิภาพในการติดตามเยี่ยมบ้านและการติดตามโดยใช้โทรศัพท์ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะสามารถนำไปประกอบการตัดสินใจทั้งเรื่องนโยบายและการจัดสรรงบประมาณต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่สนับสนุนทุนวิจัย และขอขอบพระคุณญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างสูง

References

1. Rerkluenrit J, Treesak C. Health-promoting behaviors among family caregivers of the patients with heart failure. Thai Pharm Health Sci J. 2016; 11(2): 62-8.
2. Lum HD, Lo D, Hooker S, Bekelman D. Caregiving in heart failure: Relationship quality is associated with caregiver benefit finding and caregiver burden. Heart Lung. 2014; 43(4): 30.
3. Susanna Å, Lorraine SE, Carina H, Anna S, Dyads affected by chronic heart failure: A randomized study evaluating effects of education and psychosocial support to patients with heart failure and their partners. J Card Fail. 2012; 18(5): 359-66.
4. Agren S, Berg S, Rolf Svedjeholm R, Strömberg A. Psychoeducational support to post cardiac surgery heart failure patients and their partners: A randomised pilot study. Intens Crit Care Nur. 2015; 31: 10-18.
5. Zhan L. Quality of life: conceptual and measurement issues. J Adv Nurs. 1992; 17(7): 795-800.
6. Saunders MM. Indicators of health-related quality of life in heart failure family caregivers. J Community Health Nurs. 2009; 26(4): 173-82.
7. Chiang LC, Chen WC, Dai YT, Ho YL. The effectiveness of telehealth care on caregiver burden, mastery of stress, and family function among family caregivers of heart failure patients: A quasi-experimental study. Int J Nurs Stud. 2012; 49(10): 1230-42.
8. Pilot DF, Beck TB. Nursing research: Principle and methods. 7th ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins; 2004.
9. Paorohit W, Booncharoenpanich S. Quality of Life of Air Force Retirees and Families with chronic illness received palliative care. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017; 18(3): 244-9. (in Thai)
10. Petchrourng N, Priyatruk P, Thongkeang V. The study of continuing care for patients with cerebrovascular disease in primary care unit. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2013; 14(1); 25-34. (in Thai)