



ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเรียนรู้และการติดตามต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว*

จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ ปร.ต. (การพยาบาล)*

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเรียนรู้และการติดตามต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในจำนวนเท่ากัน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลและการให้คำแนะนำที่เป็นมาตรฐานตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการดูแลและการให้คำแนะนำตามมาตรฐานร่วมกับโปรแกรมการส่งเสริมการเรียนรู้และการติดตาม การรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติค่าเฉลี่ยและร้อยละ โดยใช้สถิติไคร้สแควร์ (Chi-square) สำหรับข้อมูลระดับนามบัญญัติ และสถิติ independent t-test สำหรับการเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่ม ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลการวิจัยนี้เสนอแนะว่า โปรแกรมการส่งเสริมการเรียนรู้และการติดตามมีบทบาทในการสนับสนุนให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงขึ้น

คำสำคัญ : โปรแกรมการส่งเสริมการเรียนรู้และการติดตาม พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



Effect of Learning-Awareness-Telephone-Home visiting (LATH) Program on Health Promoting Behavior among Family Caregivers of Patients with Heart Failure

Juntima Rerkluenrit PhD (Nursing)*

Abstract

The aim of this quasi-experimental study was to examine Learning-Awareness-Telephone-Home visiting (LATH) program affected health promotion behavior among caregivers of patients with heart failure. A hundred samples were randomized to either the experimental or the control group equally. The control group received goal standard care whereas the experimental group was given standard care along with LATH program developed by the researchers. Data were collected using the Demographic and Medical Form and the Health Promotion Behavior Questionnaire. Descriptive statistics, Chi-square, and independent t-test were used for analyze personal data, nominal data set, and compared between groups, respectively.

The study revealed that, after the program, in the experimental group, mean scores of health promotion behavior were significantly higher than those of the control group ($p < .001$). The findings suggest that LATH program can play a significant role in encouraging health promotion behavior of family caregivers.

Keywords: LATH program health promotion behavior family caregiver patient with heart failure

*Asst.Prof., Adult and Gerontological Nursing Department, Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University



บทนำ

สองทศวรรษที่ผ่านมา ภาวะหัวใจล้มเหลวกลายเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก ทั้งนี้เนื่องมาจากภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นความเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด โดยพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายหรือรับเลือดกลับเข้าสู่หัวใจได้ตามปกติ ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจเหนื่อย (dyspnea) และอ่อนเปลี้ย (fatigue) ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดทางร่างกายอย่างมากมาย รวมถึงความสามารถในการทำงานและการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยจะลดลงด้วย¹⁻² ทำให้ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่จำเป็นต้องมีผู้ดูแล ทั้งในเรื่องยา อาหาร น้ำ การออกกำลังกายและการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งนี้เพื่อป้องกันอาการกำเริบและลดความถี่การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่อยู่เพียงลำพังปราศจากผู้ดูแล มีความพร้อมในการดูแลตนเองทั้งในเรื่องการรับประทานยาที่เหมาะสมกับโรคและการรับประทานยาตามแผนการรักษา³⁻⁵ ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง จึงอาจกล่าวได้ว่าผู้ดูแลมีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวทั้งนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่ในสังคมไทยมักเป็นสมาชิกในครอบครัวหรือที่เรียกว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยนั่นเอง^{4, 6-7}

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ ไม่ได้รับค่าตอบแทน แต่เป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องจนอาจยาวนานถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน เนื่องจากผู้ป่วยบางคนไม่สามารถจัดการดูแลตนเองที่บ้านได้โดยปราศจากการช่วยเหลือ^{4, 6-8} สำหรับบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว นั้นมีความสำคัญกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเป็นอย่างมาก⁷⁻⁹ ทั้งนี้เนื่องจากญาติผู้ดูแลนอกจากจะมีบทบาทในการช่วยเหลือกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยแล้ว ยังมีบทบาทในการสังเกต และเฝ้าระวังอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา และการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัดของผู้ป่วย⁷⁻⁹ นอกจากนี้จากการที่อาการของภาวะหัวใจล้มเหลวไม่สามารถทำนายได้ว่าจะกำเริบเมื่อใด ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะของความไม่มั่นใจ ส่งผลให้อารมณ์ไม่คงที่ โดยผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนทางจิตใจและอารมณ์จากผู้ดูแลและครอบครัวค่อนข้างสูง¹⁰⁻¹² ญาติผู้ดูแลจึงเป็นผู้ที่ต้องช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยทั้งกิจกรรมทางกายและการสนับสนุนทางจิตใจ ซึ่งบ่อยครั้งญาติผู้ดูแลต้องเผชิญกับความเครียดอันเนื่องมาจากอาการเจ็บป่วยและอารมณ์ที่ไม่

แน่นอนของผู้ป่วยจนส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของตนเอง^{4-7, 12-16}

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ไม่ดี¹³⁻¹⁷ โดยมีภาวะเครียด วิตกกังวลและกดดันในอารมณ์ค่อนข้างสูง^{4, 14, 17-19} ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่ญาติผู้ดูแลต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนในอาการของผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่บ่อยครั้งมีอาการกำเริบอย่างกะทันหันจนต้องเข้าโรงพยาบาล ซึ่งหากไม่มีที่ปรึกษาที่เชื่อถือได้หรือขาดการสนับสนุนจากสังคม ญาติผู้ดูแลจะยิ่งเกิดความเครียดขาดความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลต่อเวลาและความมั่นใจในการดูแลสุขภาพของตนเองที่ลดลง^{7, 10-18} ทำให้ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ทุ่มเทให้กับการดูแลผู้ป่วยทั้งกลางวันและกลางคืน จนทำให้ขาดการสนใจในการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง^{15, 19} จึงอาจมีภาวะเจ็บป่วยต่างๆ เกิดขึ้นได้ เช่น การขาดการออกกำลังกาย การพักผ่อนไม่เพียงพอ การมีความดันโลหิตสูงขึ้น หรือมีภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นต้น โดยพบว่า ญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติทางอารมณ์ เสี่ยงต่อโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งอีกด้วย¹³⁻¹⁷ ดังนั้นการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจึงเป็นกิจกรรมที่สำคัญที่บุคลากรทางสุขภาพควรให้ความใส่ใจดูแลเช่นเดียวกับสุขภาพของผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า งานวิจัยในเรื่องญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทยยังมีจำนวนไม่มาก งานวิจัยส่วนใหญ่เน้นในเรื่องการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว^{4, 7, 17-19} งานในส่วนของการทดลองยังมีน้อยโดยเฉพาะการใช้โปรแกรมเพื่อการสนับสนุนในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยงานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาทางไกล¹⁶ ซึ่งอาจยังไม่เหมาะกับบริบทของประเทศไทย ทั้งนี้ระบบสุขภาพในประเทศไทยมีการดูแลญาติผู้ดูแลโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อญาติผู้ดูแลพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ แต่ไม่ได้ให้ความรู้ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพตัวของญาติผู้ดูแล ระบบสุขภาพมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโดยพยาบาลอีกกลุ่มหนึ่งที่ทำหน้าที่ในการเยี่ยมสมาชิกทุกคนในครอบครัว แต่เนื่องจากพยาบาลผู้ทำหน้าที่เยี่ยมบ้านอาจไม่ได้เข้าร่วมฟังแผนการ



รักษาของแพทย์ ทำให้ขาดความต่อเนื่องของข้อมูลในการสื่อสารกับญาติผู้ดูแล ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์กับโปรแกรมการส่งเสริมการเรียนรู้และการติดตาม (Learning-Awareness-Telephone-Home visiting: LATH) ซึ่งเป็นโปรแกรมที่พัฒนามาจากความร่วมมือของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และบุคลากรทางสุขภาพที่ศึกษาวิจัยโดยจันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์และศศิธร วรรณพงษ์²⁰ โดยโปรแกรมการส่งเสริมการเรียนรู้และการติดตามนี้ ประกอบด้วยการเรียนรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวและโรคประจำตัวของญาติผู้ดูแล รวมถึงการดูแลและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม การกระตุ้นให้มีการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค และเกิดความตระหนักในการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง การโทรศัพท์ติดตาม ให้คำปรึกษา รวมถึงการเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยผู้วิจัยคาดหวังว่าโปรแกรมการส่งเสริมการเรียนรู้และการติดตามนี้จะเป็นแนวทางและเป็นประโยชน์ในการวางแผนช่วยเหลือส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพทั้งทางร่างกายและทางจิตใจ เพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บป่วยของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเรียนรู้และการติดตามต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเรียนรู้และการติดตาม ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มทดลองมากกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ต้องการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเรียนรู้และการติดตามต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดที่ประยุกต์มาจากรูปแบบพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และคณะ (Pender's Health

Promoting Model)²¹ ซึ่งอธิบายว่าการที่บุคคลจะตัดสินใจและแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาในระบบ โรคประจำตัว โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย และด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพซึ่งสะท้อนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกาย สำหรับการจัดการกับความเครียด ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และความสำเร็จในชีวิตสะท้อนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านจิตใจและสังคมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเรียนรู้และการติดตามที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแล โดยโปรแกรมการส่งเสริมการเรียนรู้และการติดตามนี้ผู้วิจัยประยุกต์มาจากงานวิจัยของจันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์และศศิธร วรรณพงษ์²⁰ และค้นคว้ารายละเอียดเพิ่มเติมจากเอกสารวิชาการและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของญาติผู้ดูแล โดยการส่งเสริมการเรียนรู้ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ การเรียนรู้ (L) และการกระตุ้นให้เกิดการตระหนักและเรียนรู้มากขึ้น (A) สำหรับการติดตามของโปรแกรมนี้ประกอบด้วยโทรศัพท์ (T) และการเยี่ยมบ้าน (H) ซึ่งอธิบายรายละเอียดได้ดังนี้ “การเรียนรู้ (L)” หมายถึง การเรียนรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องหรือภาวะเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแล เช่น ความดันโลหิตสูง ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นต้น โดยเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ การรักษา และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ทั้งนี้การดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนนี้ มีความเจาะจงของเนื้อหาความรู้ที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละราย เช่น หากประเมินในข้อมูลส่วนบุคคลแล้วพบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วยใด การดำเนินการในขั้นตอนนี้จะเจาะจงไปที่การเจ็บป่วยนั้น เป็นต้น ดังนั้นการเรียนรู้ในขั้นตอนนี้จึงรวมถึงการเรียนรู้ในการปฏิบัติตนด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย และด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ สำหรับวิธีการจัดการกับความเครียด ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และความสำเร็จในชีวิตญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะได้เรียนรู้จากสถานการณ์จริง สำหรับ “การกระตุ้นให้เกิดการตระหนักและเรียนรู้มากขึ้น (A)” หมายถึง การกระตุ้นการส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย



หัวใจล้มเหลวเกิดการเรียนรู้เพิ่มขึ้นและเกิดความตระหนักในการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง โดยผ่านทางสถานการณ์ที่นำมาให้ญาติผู้ดูแลวิเคราะห์และแสดงความคิดเห็นถึงความสำคัญของโภชนาการ การออกกำลังกาย ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การเลือกวิธีในการจัดการกับความเครียด การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และความสำคัญของความสำเร็จในชีวิต “การโทรศัพท์ (T)” หมายถึง การติดตามและการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เพื่อสอบถามและเป็นที่ยกปรึกษาในด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ วิธีการจัดการกับความเครียด ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยรวมถึงสมาชิกคนอื่นๆ ในชุมชน และแนวทางสู่ความสำเร็จในชีวิต และ “การเยี่ยมบ้าน (H)” หมายถึง การเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อสังเกตสอบถามและเป็นที่ยกปรึกษาในด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ วิธีการจัดการกับความเครียด ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยรวมถึงสมาชิกคนอื่นๆ ในชุมชน และแนวทางสู่ความสำเร็จในชีวิต

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการและข้อพิจารณา ด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เลขที่หนังสือรับรอง SWUEC/E-047/2559 โดยให้การรับรองตั้งแต่วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2559 ถึงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2560 ทั้งนี้ก่อนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยได้ขอให้ผู้ที่สมัครใจที่จะเข้าร่วมวิจัยลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร โดยทุกคนได้รับการชี้แจงว่าสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล นอกจากนี้ในการรายงานผลการวิจัย ผู้วิจัยไม่เปิดเผยชื่อของผู้ร่วมวิจัย โดยในการเผยแพร่ข้อมูลจะทำในภาพรวมเท่านั้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม โดยศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่พาผู้ป่วยมาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงใต้ที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ให้ดำเนินการวิจัยได้ ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจง

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยละเอียดแก่ผู้เกี่ยวข้องเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ 1) เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่ให้การดูแลผู้ป่วยมากกว่าหรือเท่ากับ 5 วันต่อสัปดาห์ 2) ดูแลผู้ป่วยมานานมากกว่า 4 เดือน เนื่องจากงานวิจัยที่ผ่านมาระบุว่าเป็นระยะเวลาที่ญาติผู้ดูแลจะมีการแสดงออกถึงความเครียดและต้องการการสนับสนุนด้านการดูแลผู้ป่วย¹⁵ 3) สามารถพูด ฟังอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยเกณฑ์การคัดออก คือ ในระหว่างการดำเนินการวิจัย ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้ และไม่มีโทรศัพท์ที่ใช้ในการติดต่อ ในการวิจัยนี้มีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง (experimental group) และกลุ่มควบคุม (control group) โดย randomized assignment ด้วยการให้เลขประจำตัวแก่ญาติผู้ดูแลทุกคนที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด จากนั้นสุ่มจับเลขประจำตัวโดยกำหนดว่าสลับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจนครบตามที่กำหนด ซึ่งจำนวนของกลุ่มตัวอย่างมาจากการที่ผู้วิจัยหาค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยกึ่งทดลองที่ผ่านมา²² โดยใช้สูตรของโคเฮน²³ ได้คำนวณอิทธิพล 0.6 และนำมาหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากตาราง power analysis มีการกำหนดค่า 3 ค่าตามคำแนะนำของโพลิคและเบค²³ เกี่ยวกับการทำงานวิจัยทางการแพทย์ คือ 1) power .80, 2) significant level .05, และ 3) effect size 0.6 ได้กลุ่มละ 45 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 50 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 100 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ประเภท คือ

1. **โปรแกรมการส่งเสริมการเรียนรู้และการติดตาม (LATH)** ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากงานวิจัยของจินทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์และศศิธร วรรณพงษ์²⁰ และนำมาทบทวนตำราและเอกสารวิชาการเพิ่มเติมเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของญาติผู้ดูแล จากนั้นนำไปตรวจสอบเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านระบบหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางโรคหัวใจ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางโรคหัวใจ และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ก่อนนำไปใช้จริง โปรแกรมดังกล่าวประกอบด้วยกิจกรรม 4 อย่าง คือ “การเรียนรู้ (L)” หมายถึงการเรียนรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องหรือภาวะเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นกับญาติ



ผู้ดูแล เช่น ความดันโลหิตสูง ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นต้น โดยเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ การรักษา และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ทั้งนี้การดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนนี้ มีความเจาะจงของเนื้อหาความรู้ที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละราย เช่น หากประเมินในข้อมูลส่วนบุคคลแล้วพบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วยใด การดำเนินการในขั้นตอนนี้จะเจาะจงไปที่การเจ็บป่วยนั้น เป็นต้น โดยการเรียนรู้ครอบคลุมพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้านของเพนเดอร์ สำหรับ “การกระตุ้นให้เกิดการตระหนักและเรียนรู้มากขึ้น (A)” หมายถึง การกระตุ้นให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเกิดความตระหนักในการปฏิบัติตัวให้ถูกต้องครอบคลุมพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้านของเพนเดอร์ ทั้งนี้การกระตุ้นทำด้วยกันหลายวิธี เช่น การให้ผู้ป่วยและครอบครัวพูดถึงความดีที่ญาติผู้ดูแลกระทำ ความสำคัญของญาติผู้ดูแลที่มีต่อครอบครัว เพื่อกระตุ้นให้ญาติผู้ดูแลตระหนักในคุณค่าของตนเอง และมุ่งมั่นในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง “การโทรศัพท์ (T)” หมายถึง การติดตามและการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และ “การเยี่ยมบ้าน (H)” หมายถึง การเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน การติดตามภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ปัญหาต่างๆ ที่ครอบคลุมพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้านของเพนเดอร์ ในขณะที่เวทีก่อนกลุ่มควบคุมจะได้รับการรักษาพยาบาลที่ได้มาตรฐานตามปกติ คือ ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและ/หรือได้รับการเยี่ยมบ้าน โดยจะเน้นเยี่ยมอาการของผู้ป่วย ทั้งนี้มีการกำหนดกิจกรรมของโปรแกรมเริ่มจากกิจกรรมการเรียนรู้ (L) ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1, 4 และ 8: การสร้างการเรียนรู้ให้แก่ญาติผู้ดูแล โดยการให้ความรู้สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหรือความเจ็บป่วยที่ญาติผู้ดูแลแต่ละรายเสี่ยงที่จะเป็น ตามที่ประเมินจากแบบสอบถามที่ได้ กิจกรรมนี้ใช้เวลา 20-30 นาที กิจกรรมการกระตุ้นให้เกิดการตระหนักและเรียนรู้มากขึ้น (A) ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1, 4 และ 8: เป็นการกระตุ้นให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเกิดความตระหนักในการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง โดยใช้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงจากญาติผู้ดูแลรายอื่นมาให้คิดวิเคราะห์ กิจกรรมการกระตุ้นให้ญาติผู้ดูแลตระหนักในคุณค่าของตนเอง เช่น การให้ผู้ป่วยและครอบครัวพูดถึงความดีงามที่ญาติผู้ดูแลกระทำ เป็นต้น กิจกรรมนี้ใช้เวลา 30 นาที กิจกรรมต่อไปคือ การโทรศัพท์ (T) ดำเนินการในสัปดาห์ที่

2 และ 6 เป็นการติดตามและการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ กิจกรรมนี้ใช้เวลา 30-60 นาที และกิจกรรมสุดท้ายคือ การเยี่ยมบ้าน (H) ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 10 ใช้เวลา 45-60 นาที

2. แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มตอบแบบสอบถาม 2 ครั้ง คือ ก่อนเริ่มโปรแกรม และภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม การตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที ในสถานที่เป็นส่วนตัว ปราศจากการรบกวนซึ่งผู้วิจัยจัดไว้ตามสถานที่ที่เก็บข้อมูล โดยแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาบนพื้นฐานของความรู้จากตำราและเอกสารวิชาการโดยมีกรอบแนวคิดของเพนเดอร์และคณะเป็นแนวทาง²¹ แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน คือ **แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (Demographic and Medical Record Form)** เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองประกอบด้วยเพศ อายุ สถานภาพสมรส ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาในระบบโรคประจำตัวและการรักษา

แบบสอบถามพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว โดยผู้วิจัยปรับมาจากงานวิจัยที่ผ่านมา¹⁹ ซึ่งได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาฉบับรวม .88 ประกอบด้วยพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้านๆ ละ 10 ข้อ รวม 60 ข้อ คือ ด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การจัดการกับความเครียด ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และ ด้านความสำเร็จในชีวิตที่ปรับชื่อเป็นด้านการตระหนักในคุณค่าแห่งตน ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ จนถึง 4 หมายถึง ปฏิบัติทุกวัน คะแนนรวมมากหมายถึง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีมาก และมีเกณฑ์การให้คะแนนเฉลี่ยเป็นช่วงๆ คือ 1.00-1.75, 1.76-2.50, 2.51-3.25, และ 3.26-4.00 หมายถึง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในเกณฑ์ต้องปรับปรุง พอใช้ได้ และดีมาก โดยมีช่องว่างให้เติมข้อความหรือเหตุผลของการปฏิบัติพฤติกรรม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณาด้านความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยเก็บข้อมูลจากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน จากนั้นมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.80



การวิเคราะห์ข้อมูล 1) การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติหาค่าร้อยละและค่าเฉลี่ย 2) การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลที่มีระดับนามบัญญัติ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย โรคประจำตัว วิเคราะห์โดยใช้สถิติ chi-square ทั้งนี้ตัวแปรอายุ และจำนวนปีที่ได้รับการศึกษา ในระบบ 3) การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มใช้สถิติ independent t-test เพื่อการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยภาพรวมและรายด้าน

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม กลุ่มละ 50 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิง โดยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว รองลงมาคือมีภาวะความดันโลหิตสูง ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง คือ ระหว่าง 1-5 ปี และ 6-10 ปี ตามลำดับ ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วยมากที่สุด รองลงมาเป็นที่น้องรวมสายเลือดและเป็นคู่สมรส ตามลำดับ สำหรับการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=50)		กลุ่มควบคุม (n=50)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					0.1
หญิง	35	70.0	37	74.0	
ชาย	15	30.0	13	26.0	
อายุ (ปี)	Mean 46.1 SD 7.5		Mean 45.5 SD 8.1		0.7
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 60	38	76.0	42	84.0	
มากกว่า 60	12	24.0	8	16.0	
สถานภาพสมรส					0.5
โสด/ หม้าย	38	76.0	42	84.0	
คู่	12	24.0	8	16.0	
จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาในระบบ					0.7
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6	16	32.0	13	26.0	
7-12	21	42.0	30	60.0	
มากกว่า 12	13	26.0	7	14.0	
โรคประจำตัว					.8
ไม่มีโรคประจำตัว	28	56.0	31	62.0	
มีโรคประจำตัว	22	46.0	19	38.0	

2. เปรียบเทียบผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเรียนรู้และการติดตามระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า ก่อนเริ่มโปรแกรมฯ ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ทั้งสองกลุ่ม เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในแต่ละด้านพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดี จำนวน 1 ด้าน คือ ด้านการตระหนักในคุณค่าแห่งตน สำหรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับพอใช้ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ต้องปรับปรุงมี 1 ด้าน คือ ด้านการจัดการกับความเครียด สำหรับในกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เกือบทุกด้านอยู่ในระดับพอใช้ ยกเว้นด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง และเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลดังกล่าวของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า ก่อนการเริ่มใช้โปรแกรมฯ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งในภาพรวมและในแต่ละด้านไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) ดังตารางที่ 2

ทั้งนี้ในขั้นตอนของ “การกระตุ้นให้เกิดการตระหนักและเรียนรู้มากขึ้น (A)” ขณะกระตุ้นให้ญาติผู้ดูแลปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้น ญาติผู้ดูแลให้ข้อมูลว่า การรับประทานอาหารมักทำตามใจตนเองไม่ได้ เพราะส่วนใหญ่ต้องการดูแลผู้ป่วยให้รับประทานอาหารให้ได้มากที่สุด ดังนั้นญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ทั้ง 2 กลุ่มจึงให้ข้อมูลเพิ่มเติมด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ว่า จะรับประทานอาหาร



อาหารพร้อมผู้ป่วย โดยให้เหตุผลว่านั่งทานเป็นเพื่อน ผู้ป่วยจะได้ไม่เหงา ไม่รู้สึกแปลกแยก และในกรณีที่ลืมรับประทานอาหารหรือไม่ได้รับประทานตามเวลาสืบเนื่องมาจากอาการผู้ป่วยนำเป็นห่วงกะทันหัน

ภายหลังใช้โปรแกรมฯ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งโดยภาพรวมและรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับดีมาก สำหรับกลุ่มควบคุมซึ่งนอกจากได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติจากทีมสุขภาพ กลุ่มควบคุมยังมีการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมเองจาก

website ต่างๆ และการสอบถามจากพยาบาลที่มาเยี่ยมบ้าน ทำให้คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงขึ้นทั้งในภาพรวมและรายด้านทุกด้าน อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มควบคุมยังคงอยู่ในระดับพอใช้ ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลดังกล่าวของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า ภายหลังการใช้โปรแกรมฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .001 ดังตารางที่ 2 จึงสรุปได้ว่า ผลการวิจัยที่กล่าวมาสนับสนุนสมมติฐานทั้ง 2 ข้อ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

	กลุ่มทดลอง (n=50)				กลุ่มควบคุม (n=50)				t-test	p-value
	Min	Max	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD		
คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม										
ก่อนทดลอง	1	3	2.34	0.97	1	3	2.25	0.83	1.72	0.09
หลังทดลอง	3	4	3.53	0.66	1	3	2.28	0.64	12.85	<0.001
คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ										
ก่อนทดลอง	1	3	2.30	0.58	1	3	2.33	0.57	10.20	0.86
หลังทดลอง	3	4	3.72	0.36	1	3	2.43	0.31	19.45	<0.001
คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย										
ก่อนทดลอง	1	3	1.97	0.77	1	3	1.94	0.67	8.20	0.19
หลังทดลอง	3	4	3.53	0.46	1	3	2.19	0.45	11.95	<0.001
คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการตระหนักในคุณค่าแห่งตน										
ก่อนทดลอง	1	4	3.07	0.67	1	3	2.31	0.73	8.70	0.86
หลังทดลอง	3	4	3.90	0.39	1	4	2.45	0.69	12.75	<0.001
คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ										
ก่อนทดลอง	1	3	2.02	0.37	1	3	2.03	0.57	7.09	0.78
หลังทดลอง	3	4	3.63	0.63	1	3	2.10	0.49	14.95	<0.001
คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด										
ก่อนทดลอง	1	3	1.69	0.49	1	4	1.61	0.40	15.40	0.26
หลังทดลอง	3	4	3.26	0.45	1	4	2.10	0.61	17.93	<0.001
คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล										
ก่อนทดลอง	1	3	1.96	0.60	1	4	1.88	0.67	9.17	0.35
หลังทดลอง	2	4	3.53	0.87	3	4	1.93	0.59	12.20	<0.001

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยที่ทดลองครั้งนี้ พบว่า ก่อนการใช้โปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้และการติดตาม คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในภาพรวมของญาติผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา^{14,16,19} ที่พบว่า จากการที่ญาติผู้ดูแลต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนในอาการของผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่บางครั้งอาการกำเริบอย่างกะทันหัน และอารมณ์ของผู้ป่วยที่มักจะเคร่งเครียดและหงุดหงิดง่าย¹⁰⁻¹¹ ทำให้ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ทุ่มเทให้การดูแลผู้ป่วยทั้งกลางวันและกลางคืนจนทำให้ขาดการสนใจในการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาผลวิจัยรายด้านที่พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับพอใช้ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดที่พบว่าอยู่ในระดับต้องปรับปรุงทั้งสองกลุ่มนั้น อาจอธิบายได้ว่า เนื่องจากญาติผู้ดูแลต้องดูแลในเรื่องอาหารให้แก่ผู้ป่วยด้วย โดยญาติผู้ดูแลจะนั่งรับประทานอาหารกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง แต่เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ดังนั้นลักษณะและประเภทอาหารรวมถึงปริมาณหลังงานย่อมไม่เหมาะสมกับญาติผู้ดูแลซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ อีกทั้งญาติผู้ดูแล



หมั่นติดตามอาการที่ผิดปกติของผู้ป่วยจนบ่อยครั้งเลยเวลารับประทานอาหารของตนเอง จึงอาจเป็นเหตุผลของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ระดับพอใช้ นอกจากนี้ หากอาการของผู้ป่วยภายใต้การดูแลของญาติผู้ดูแลไม่คงที่ การดำเนินของโรคไม่ดี ญาติผู้ดูแลจะมีเวลาในการจัดการดูแลตนเองน้อยลง อีกทั้งญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ไม่เคยมีอาการผิดปกติ จึงไม่คิดว่าต้องไปตรวจร่างกายแต่อย่างใด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา¹⁹ ที่พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับต้องปรับปรุง นอกจากนี้ อาการที่ไม่สามารถทำนายได้ ยิ่งทำให้ญาติผู้ดูแลมีความเครียดและความกดดันเพิ่มมากขึ้นจากความรู้สึกไม่แน่นอนและจากความกลัว^{9-10, 12, 19} กลัวจากการที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยนั้น รวมถึงไม่มีที่ปรึกษาเมื่ออาการของผู้ป่วยในความดูแลกำเริบ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา²⁵ ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเป็นผู้ที่มีความเครียดสูงเนื่องจากจะคอยเป็นห่วงและกังวลเกี่ยวกับผู้ป่วยตลอดเวลา ญาติผู้ดูแลต้องการการสนับสนุนทั้งด้านความรู้ ด้านกำลังใจ จากครอบครัวและจากบุคลากรด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา²⁶ และนำมาสู่การวิจัยในครั้งนี้ที่ใช้โปรแกรม LATH ในการสนับสนุนทั้งความรู้ การเป็นที่ปรึกษาและการให้กำลังใจ

ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มทดลองมากกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มควบคุม อาจอธิบายได้ว่า การให้ความรู้ในขั้นตอนของ "L" ที่ครอบคลุมเรื่องการป้องกันโรคเรื้อรัง การส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัว รวมถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการ อาการแสดง อาการเตือนที่ต้องรีบพบแพทย์ในกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว การเรียนรู้ในขั้นตอนนี้ยังรวมถึงการเรียนรู้ในการปฏิบัติตนด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย และด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การเรียนรู้วิธีการจัดการกับความเครียด ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และความสำเร็จในชีวิตจากสถานการณ์จริง ซึ่งถือว่าเป็นการปูพื้นฐานความเข้าใจ และช่วยบรรเทาความกลัวจากการไม่รู้ของญาติผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการของญาติผู้ดูแล^{19, 24} ขั้นตอนต่อไปเป็นการสร้างความตระหนักในขั้นตอนของ "A" ทำให้ญาติผู้ดูแลเห็นถึงความสำคัญของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และเมื่อมีการโทรศัพท์

ติดตามและมีการเยี่ยมบ้านในขั้นตอนของ "T" และ "H" ยิ่งเป็นการกระตุ้นและเป็นการสนับสนุน เป็นกำลังใจให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอีกทางหนึ่ง^{19, 24, 26} ซึ่งการติดตามเยี่ยมบ้านทำให้เห็นถึงพฤติกรรมด้านต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงสามารถสอนหรือให้ข้อมูลเพิ่มเติมเป็นรายบุคคลได้ นอกจากนี้เมื่อมีปัญหา กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามได้ทันที เป็นการจัดการความเครียดของผู้ป่วยอีกทางหนึ่ง ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของเพนเดอร์และคณะ²¹ นั่นคือ เมื่อบุคคลได้เรียนรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ได้รับการกระตุ้นให้ตระหนักถึงคุณค่าแห่งตน ได้รับความรู้ที่ตนเองมีความสามารถที่จะทำได้ บุคคลก็สามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพได้ จึงทำให้ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยมีความสำคัญแต่ไม่เพียงพอหากขาดการเชื่อมต่อไปสู่การปฏิบัติจริง²⁵ และขาดการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ^{24, 26} นอกจากนี้หากกลุ่มตัวอย่างสามารถประยุกต์ข้อมูลจากการสอนนั้นไปเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันอย่างยาวนานเป็นปียิ่งทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมนั้นคงอยู่ต่อเนื่องและยั่งยืน^{10, 21}

ข้อจำกัดของการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยในจังหวัดนครนายก และปราจีนบุรี จึงเป็นข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้ในการนำผลการวิจัยไปอ้างอิง

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมการเรียนรู้และการติดตามมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะดังนี้ 1) ด้านปฏิบัติการพยาบาล การใช้โปรแกรมฯ ร่วมกับการดูแลตามมาตรฐานจะช่วยกระตุ้นให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งถือเป็นบทบาทของพยาบาลด้านการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ และ 2) ด้านการวิจัย ควรมีการติดตามประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ในระยะยาว รวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการใช้โปรแกรมฯ เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาปรับปรุงโปรแกรมให้เหมาะสมกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวต่อไป



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณญาติผู้ดูแล ผู้บริหาร ทีมสุขภาพและเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยที่อนุญาตให้เก็บข้อมูล และขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่สนับสนุนทุนวิจัย

Reference

- Cook C, Cole G, Asaria P, Jabbour R, Francis DP. The annual global economic burden of heart failure. *International Journal of Cardiology* 2014; 171: 368-376.
- Lainscak M, Blue L, Clark AL, Dahlström U, Dickstein K, Ekman I, et al. Self-care management of heart failure: practical recommendations from the Patient Care Committee of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology (pages 115–126). *European Journal of Heart Failure* 2011; 13(2): 115-234.
- Dunbar SB, Clark PC, Quinn C, Gary RA, Kaslow NJ. Family influences on heart failure self-care and outcome. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2008; 23(3): 258–265.
- Pressler SJ, Gradus-Pizio I, Chubinski SD, Smith G, Wheeler S, Wu J, et al. Family caregiver outcomes in heart failure. *American Journal of Critical Care* 2009; 18: 149-159.
- Riegel B, Lee C, Dickson VV. Self care in patients with chronic heart failure. *Nature Reviews Cardiology* 2011, 8: 644-654. doi:10.1038/nrcardio.2011.95.
- Gerard JM, Derek WJ, Miles DW. Family caregiving and congestive heart failure. Review and analysis. *The European Journal of Heart Failure* 2005; 7: 592– 603.
- Hwang B, Fleischmann KE, Howie-Esquivel J, Stotts NA, Dracup K. Caregiving for patients with heart failure: Impact on patients' families. *AJCC* 2011; 20(6): 431-442.
- Martensson J, Dracup K, Canary C, Fridlund B. Living with heart failure: depression and quality of life in patients and spouses. *Journal of Heart and Lung Transplantation* 2003; 22: 460– 7.
- Luttik ML, Jaarsma T, Lesman I, Sanderman R, Hagedoorn M. Quality of life in partners of people with congestive heart failure: gender and involvement in care. *J Adv Nurs* 2009; 65(7): 1442-1451.
- Evangelista LS, Dracup K, Doering L, Westlake C, Fonarow GC, Hamilton M. Emotional well-being of heart failure patients and their caregivers. *Journal of Cardiac Failure* 2002; 8(5): 300 –305.
- Juntima Rerkluenrit, Kwanchit Kuptanon, Nopporn Vonsirimas. The process of mental and emotional management to live normally of persons with heart failure. *Thai Journal of Nursing Council* 2011; 26(4): 108-122.
- Pinquart M, Sorensen S. Differences between caregivers and non-caregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychology Aging* 2003; 18: 250– 67.
- Sunmin L, Graham AC, Lisa FB, Ichiro K. Caregiving and risk of coronary heart disease in U.S. women: A prospective study. *American Journal of Preventive Medicine* 2003; 24(2): 113–119
- Bakas T, Burgener SC. Predictors of emotional distress, general health, and caregiving outcomes in family caregivers of strokes survivors. *Topics in Stroke Rehabilitation* 2002; 9: 34-45.
- Pressler SJ, Gradus-Pizlo I, Chubinski S, Smith G, Wheeler S, Sloan R, et al. Family caregivers of patients with heart failure: A longitudinal study. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2013; 28(5): 417-428.
- ChiChiang L, ChouChen W, TzuDai Y, LwunHo Y. 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. *IJNURSTU* 2012; 49(10): 1230-1242.



17. Gure TR, Kabeto MU, Blaum CS, Langa KM. Degree of Disability and Patterns of Caregiving among Older Americans with Congestive Heart Failure. *Journal of General Internal Medicine* 2008; 23(1): 70–76. doi:10.1007/s11606-007-0456-1
18. Nittaya S, Jiraporn W, Thawatchai T. Factors related to quality of life of caregivers among patients with heart failure in Trang Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2017; 4(ฉบับพิเศษ): S317-S331.
19. Juntima Rerkluenrit & Charoen Treesak. Health promoting behaviors among family caregivers of patients with heart failure. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal* 2016; 11(2): 62-68.
20. Juntima Rerkluenrit & Sasithorn Wonnabong. Development of self-care program for heart failure patients in Nakhonnayok province: A participatory action study project. *Thai Journal of Nursing Council* 2014; 29(4): 64-78.
21. Pender NJ, Murduagh CL, Parsons, MA. Health promotion in nursing practice (5th edition). New Jersey. Pearson Education, USA; 2006.
22. Fialho PP, Köenig AM, Santos MD, Barbosa MT, Caramelli P. Positive effects of a cognitive-behavioral intervention program for family caregivers of demented elderly. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria* 2012; 70(10):786-92. [database on the internet]. 2012 [cited 2016 Jan 2]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2012001000007
23. Pilot DF, Beck TB. *Nursing research: Principle and methods.* (7th edition). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins, USA; 2004.
24. Saunders MM. Family caregivers need support with heart failure patients. *Holistic Nursing Practice* 2003; 17(3): 136-142.
25. Prachumsuk K, Aungsumalin K, Supatra B. The development of health care system with heart failure patients in Yasothon hospital. *Journal of Nursing and Health Care* 2016; 34(1): 133-142.
26. Juntima Rerkluenrit, Ling Shi, Rumpapan Pramuanup. The effects of a supportive educational program by an interdisciplinary health care team on health promotion behavior to heart failure prevention among patients with coronary artery disease and coexisting hypertension. *Journal of Nursing and Health Care* 2016; 34(3): 40-47.