



พฤติกรรมการปฏิบัติตน และการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม*

จันทนา ม่วงทอง พย.ม.**

วารินทร์ บินโฮเซ็น PhD***

น้ำอ้อย ภัคติวงศ์ Dr.P.H.***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลองกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังนี้ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติตนและการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสิงห์บุรี จำนวน 20 ราย เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตน และแบบบันทึกการกลับเข้ารับการรักษา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และ Wilcoxon-Signed Ranks test

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังเข้าโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) และไม่พบการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ข้อเสนอแนะจากการวิจัยควรนำโปรแกรมฯ นี้ไปใช้พัฒนาสมรรถนะแห่งตนของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมการปฏิบัติตน การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการทางคลินิก เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการทำหน้าที่ในการบีบตัวของหัวใจ โดยพยาธิสภาพส่งผลต่อปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง การทำหน้าที่ของหัวใจลดลงตามระยะเวลาการเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้น¹ จึงพบว่าผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต้องกลับเข้ารับการรักษาใน 30 วัน ร้อยละ 13.8² โดยอาการที่พบบ่อยคืออาการหายใจลำบาก³ ส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันต้องพึ่งพาผู้อื่น มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากการเข้ารับการรักษาบ่อยครั้ง การลดการกลับเข้ารับการรักษา จำเป็นต้องลดปัจจัยที่ทำให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น ซึ่งปัจจัยที่สำคัญคือพฤติกรรมการปฏิบัติตน⁴ โดยพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่ไม่เหมาะสม

กับโรคเป็นผลมาจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ลดลง จากสภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง

จากการศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนช่วยให้บุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังปฏิบัติพฤติกรรมที่ต้องการได้ และผลจากพฤติกรรมปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับโรคช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ⁵ สมรรถนะแห่งตนตามทฤษฎีของ Bandura อธิบายว่าบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตน จะทำให้มุ่งมั่นจนปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้ โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถพัฒนาได้จาก 4 แหล่ง ได้แก่ 1) การชี้แนะด้วยวาจา 2) สภาวะร่างกายอารมณ์ 3) การเห็นตัวแบบ 4) ประสบการณ์ความสำเร็จ⁶ นอกจากนี้พบว่าผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จากสมาชิกในครอบครัวดูแล จะช่วยให้มีการ

* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

*** อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต



คงอยู่ของพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่เหมาะสม แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer, Coyne, and Lazarus⁷ คือการได้รับความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ ด้านข้อมูล และด้านสิ่งของหรือบริการเพื่อประคับประคองจิตใจของบุคคลในการจัดการกับปัญหา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตนจะครอบคลุมพฤติกรรมที่สำคัญ ได้แก่ 1) พฤติกรรมการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการใช้ยา คือ การรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ 2) พฤติกรรมการปฏิบัติตนโดยไม่ใช้ยา โดยการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียม⁸ การควบคุมปริมาณน้ำดื่มน้อยกว่า 1.5 ลิตรต่อวันเพื่อลดความรู้สึกระคายน้ำ^{9,10} และจากการทบทวนวรรณกรรมที่สามารถลดการกลับเข้ารับการรักษา¹¹ มี 3 องค์ประกอบดังนี้ 1) การให้ข้อมูลพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่เหมาะสม 2) การดูแลอย่างต่อเนื่อง ตรวจตามนัด 2 สัปดาห์และติดตามทางโทรศัพท์ 3) ดูแลโดยทีมสุขภาพ^{11,12,13} หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหญิง โรงพยาบาลสิงห์บุรี พบจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็น 1 ใน 10 อันดับโรคที่ทำให้ผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยสถิติการกลับเข้ารับการรักษา¹⁴ ในปี พ.ศ. 2553-2555 ร้อยละ 5.05; 5.45; 6.7 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่กำหนดร้อยละ 1 โดยพบว่าสาเหตุที่กลับเข้ารับการรักษา¹⁵ ได้แก่ อาการหายใจลำบาก ซึ่งเป็นผลมาจากพฤติกรรมปฏิบัติตนในการรับประทานยาไม่ถูกต้อง ไม่สามารถควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมและน้ำดื่มจึงมีภาวะน้ำเกิน แม้จะได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตนก่อนกลับบ้าน พร้อมทั้งเอกสารแผ่นพับเพื่อนำไปศึกษาต่อด้วยตนเองที่บ้าน แต่ด้วยระยะเวลาที่จำกัด ทำให้การให้ข้อมูลความรู้และการฝึกทักษะพฤติกรรมปฏิบัติตนที่เหมาะสมมีความจำกัด ส่งผลทำให้ไม่สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ได้ โดยพบว่าระยะเวลาที่กลับเข้ารับการรักษาเร็วขึ้นและมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่เหมาะสม ลดการ

กลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติก่อนและหลังเข้าโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
2. เพื่อศึกษาการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำหลังเข้าโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ออกแบบโปรแกรมตามทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของ Bandura⁶ และแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer, Coyne, and Lazarus⁷ โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอธิบายว่าบุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ที่จะจัดการและกระทำพฤติกรรมที่กำหนดไว้ให้บรรลุเป้าหมาย โดยวิธีการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนมี 4 วิธี 1) การชี้แนะด้วยวาจา (verbal persuasion) การใช้คำพูด ชมเชย ชักชวน ชักจูง 2) การมีสภาวะทางด้านร่างกายและด้านอารมณ์ (physiological and affective states) การใช้หลักกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม 3) การเรียนรู้โดยได้เห็นตัวแบบ (vicarious experiences) และ 4) การที่มีบุคคลมีประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเอง (enactive mastery experiences) ร่วมกับการนำแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer, Coyne, and Lazarus⁷ อธิบายว่าได้รับการช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ ข้อมูล และสิ่งของหรือบริการเพื่อประคับประคองจิตใจของบุคคลในการจัดการกับปัญหาซึ่งมี 3 ด้าน 1) ด้านอารมณ์ (emotion support) ได้แก่ การรู้สึกได้รับการเอาใจใส่ดูแล 2) ด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) การที่ได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำที่ใช้ในการเป็นข้อมูลเพื่อที่แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ทั้งนี้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวควรมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่เหมาะสมที่สำคัญใน 3 ด้านประกอบด้วย 1) การรับประทานยาตามแผนการรักษาได้ 2) การควบคุมบริโภคเกลือโซเดียม และ 3) การควบคุมปริมาณน้ำดื่ม



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยทดลองชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนหลัง ขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้ระยะเวลาเป็นตัวกำหนด 5 เดือนโดยมีเกณฑ์คุณสมบัติ คือ มีอายุ 40 ปีขึ้นไป มีประวัติการกลับเข้ารับรักษาซ้ำใน 1 ปีที่ผ่านมา สื่อสารเข้าใจภาษาไทยได้ดี และมีผู้ดูแล มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวกได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1) เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีกิจกรรมทั้งสิ้นเป็นเวลา 4 สัปดาห์

2) เครื่องมือกำกับวิจัย ได้แก่ 2.1) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในพฤติกรรมการปฏิบัติตนสำหรับผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านการรับประทุพพญา 2) ด้านควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียม 3) ด้านการควบคุมน้ำหนักมีข้อคำถาม 10 ข้อ คำตอบนี้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ เชื่อมั่นมาก เชื่อมั่นปานกลาง เชื่อมั่นน้อยและไม่เชื่อมั่น 2.2) แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวโดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมมีข้อคำถาม 9 ข้อ แบบสอบถามนี้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติสม่ำเสมอ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ 3) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3.1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและความเจ็บป่วย 3.2) แบบบันทึกการกลับเข้ารับรักษาซ้ำใน 28 วัน และ 3.3) แบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตนสำหรับผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบทดสอบความรู้และการจัดการตนเองภาวะหัวใจล้มเหลว ของสไปทิกย์ วรธนา¹⁴ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม จำนวนทั้งหมด 10 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติสม่ำเสมอ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

1) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นทั้งวัดทัศนคติ แบบประเมินทั้ง 3 ชุด

ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษา ได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิในเรื่องข้อคำถามที่มีความซับซ้อน ผู้วิจัยทำการแก้ไขปรับปรุงจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 ราย ไม่พบปัญหาในการนำไปใช้ 2) การหาความเชื่อมั่น ผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตนสำหรับผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เขารักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสิงห์บุรี ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach' coefficient alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์เท่ากับ .81 ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 20 รายได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .75

การวิเคราะห์ข้อมูล โดย 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลความเจ็บป่วย โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตนก่อนและหลังด้วยสถิติ Wilcoxon-Signed Rank test เมื่อทดสอบว่าการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยระดับคณะ (คณะพยาบาลศาสตร์) มหาวิทยาลัยรังสิต และโรงพยาบาลสิงห์บุรี ก่อนการทำวิจัยผู้วิจัยขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์โดยการอธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ ผลกระทบจากการวิจัย การไม่เปิดเผยข้อมูล การมีสิทธิปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้ลงนาม หรือพิมพ์ลายนิ้วมือในรายชื่อที่เขียนหนังสือไม่ได้ลงในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ขณะอยู่ในโรงพยาบาล วันแรกที่เข้ารับการรักษา บันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และสัมภาษณ์แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตนสำหรับผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ชมวีดิทัศน์ที่มีตัวแบบปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม แจกคู่มือการ



ปฏิบัติตน ในช่วงระหว่างที่อยู่ในโรงพยาบาลฝึกการตวงน้ำดื่ม ฝึกควบคุมการรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมน้อยกว่า 2 กรัมต่อวัน ในวันที่จำหน่ายกลับบ้าน มีการทบทวนพฤติกรรมกำกับการปฏิบัติตนที่เหมาะสม

2) ขณะอยู่ที่บ้าน หลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 สัปดาห์ โทรศัพท์ติดตามอาการ ให้คำปรึกษา หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ เมื่อมาตรวจตามนัด สอบถามพฤติกรรมกำกับการปฏิบัติตนและให้คำปรึกษา และหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ สัมภาษณ์ตามแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในพฤติกรรมกำกับการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว แบบประเมินพฤติกรรมกำกับการปฏิบัติตนสำหรับผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และบันทึกแบบบันทึกการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย เป็นเพศชาย และหญิงอย่างละเท่ากัน ร้อยละ 50 อายุระหว่าง 50-88 ปี มีอายุเฉลี่ย 70.85 ปี ทุกรายนับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาชั้นประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ 40 สถานะสมรสคู่ ร้อยละ 55 มีรายได้ครอบครัวระหว่าง 2,000-80,000 บาท/เดือน รายได้เฉลี่ย 24,450 บาท ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 60 มีโรคประจำตัวมากที่สุดคือความดันโลหิตสูงร้อยละ 70 มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่าง 1-5 ปี เฉลี่ย 2.4 ปี

ค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนได้รับโปรแกรมกับหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ก่อนเข้าโปรแกรมมีค่าคะแนนรวมพฤติกรรมเฉลี่ย 6.60 คะแนน หลังเข้าโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ย 16.90 คะแนน คะแนนพฤติกรรมรายด้าน ได้แก่ ด้านควบคุมปริมาณน้ำดื่ม ก่อนเข้าโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ย 0.25 คะแนน หลังเข้าโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ย 1.35 คะแนน (SD = 0.49) ด้านควบคุมเกลือโซเดียมก่อนเข้าโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ย 0.60 คะแนน หลังเข้าโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ย 3.60 คะแนนและด้านการรับประทานยา ก่อนเข้าโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ย 3.50 คะแนน หลังเข้าโปรแกรม มีเฉลี่ย 6.80 คะแนน

เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกำกับการปฏิบัติตนโดยรวมและรายด้านก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ด้วยสถิติ Wilcoxon-Signed Ranks test พบว่า ค่าเฉลี่ยอันดับพฤติกรรมกำกับการปฏิบัติตนโดยรวมและรายด้าน หลังเข้าโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) และหลังเข้าโปรแกรมฯ ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่พบการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลและทีมสุขภาพมีพฤติกรรมกำกับการปฏิบัติตนรายด้าน ได้แก่ 1) ด้านควบคุมปริมาณน้ำดื่ม 2) ด้านควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียม และ 3) ด้านการรับประทานยาตามแผนการรักษาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) อธิบายได้ว่าผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนจากทั้ง 4 แหล่งตามทฤษฎีของ Bandura ร่วมกับการได้รับการสนับสนุนจากผู้ดูแลและทีมสุขภาพทั้ง 3 ด้านตามแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer, Coyne, and Lazarus⁷ ช่วยให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมกำกับการปฏิบัติตนที่เหมาะสมดังนี้

1) การใช้คำพูดชักจูง โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงระยะแรกผู้ป่วยมีความกังวลใจว่าตนเองไม่สามารถที่จะปฏิบัติตามพฤติกรรมตามที่แนะนำได้ ดังนั้นในช่วงที่อยู่ในโปรแกรมใช้วิธีการให้กำลังใจ และใช้แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารโดยให้ผู้ดูแลเรียนรู้ในการจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมและเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ โดยผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมระหว่างชมวิดิทัศน์ซึ่งช่วยให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวนำข้อมูลความรู้ที่ได้ประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม

2) การได้เห็นสังเกตประสบการณ์ของบุคคลโดยใช้สื่อเป็นวิดิทัศน์ซึ่งมีตัวแบบจริงที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติตนตามพฤติกรรมที่แนะนำกล่าว



ถึงความรู้สึกและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ร่วมกับคู่มือการปฏิบัติตนของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่สามารถนำไปอ่านทบทวนที่บ้านได้ โดยผู้ดูแลร่วมชมวีดิทัศน์ด้วย เมื่อกลับบ้านใช้แรงสนับสนุนด้านอารมณ์โดยผู้ดูแลช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 22.5 เป็นร้อยละ 70 และผู้ดูแลร่วมเดินออกกำลังกายส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเดินออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้น

3) การมีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จของตนเอง โดยเริ่มต้นขณะอยู่ในโรงพยาบาลซึ่งผู้ป่วยและผู้ดูแลคิดว่าการควบคุมปริมาณน้ำดื่มมีความยุ่งยากต้องมีอุปกรณ์เสริม เช่นเหยือกน้ำและขวดตวงปัสสาวะ ผู้วิจัยจึงจัดเตรียมอุปกรณ์และการเน้นการฝึกทักษะในการบันทึกปริมาณน้ำดื่มและปัสสาวะ ให้ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำจนสามารถปฏิบัติได้ นอกจากนี้ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของบริการในการจัดเตรียมอุปกรณ์การตวงน้ำดื่มและปัสสาวะ และผู้ดูแลช่วยในการจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ทำให้สามารถปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหัวใจ และมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนได้อย่างต่อเนื่อง¹⁵

4) สภาวะร่างกายและอารมณ์มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเอง จึงมีการประเมินความพร้อมก่อนเข้าร่วมกิจกรรม จากความรุนแรงของโรคระดับ 3 สามารถทำกิจวัตรประจำวันโดยไม่มีอาการเหนื่อยหอบ โดยสภาวะทางอารมณ์ประเมินจากความยินยอมเข้าร่วมกิจกรรมโดยจัดสิ่งแวดล้อมในการทำกิจกรรมให้มีความผ่อนคลายเยียบสงบ ร่วมกับผู้ดูแลอยู่ตลอดทุกกิจกรรม และใช้แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารโดยการติดตามทางโทรศัพท์ และให้เบอร์โทรศัพท์สำหรับที่ผู้ป่วยจะโทรมาขอคำปรึกษาเมื่ออยู่ที่บ้าน พบผู้ป่วย 2 ราย โทรมาขอคำปรึกษาเรื่องอาการบวมและอาการอ่อนเพลียผู้วิจัยจึงให้คำปรึกษาทันที ซึ่งช่วยแก้ปัญหาทันเวลาตามสถานการณ์ ผู้ป่วยเกิดความอบอุ่นใจ มั่นใจว่าได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพต่อเนื่องเกิดความมั่นใจทำให้มีพฤติกรรมปฏิบัติที่เหมาะสมได้ต่อเนื่อง¹⁶

จากผลการวิจัยนี้สรุปได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อ

พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับโรคเพิ่มขึ้น และไม่พบการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ โดยผลการวิจัยครั้งนี้ยังไม่พบงานวิจัยที่วัดตัวแปรตามเป็นพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนใน 3 ด้าน เช่น งานวิจัยครั้งนี้พบที่คล้ายคลึงกันที่วัดตัวแปรตามเป็นพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย ในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผลการวิจัยที่พบสอดคล้องกับการศึกษาของ Tierney และคณะ¹⁷ ทำการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic review) เพื่อศึกษางานวิจัยที่ใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม มีผลทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายของบุคคลและคงพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายสม่ำเสมอยาวนาน 8 เดือน

ข้อเสนอแนะ

1. โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม มีผลทำให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับโรค ควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการปฏิบัติ การพยาบาลดูแลผู้ป่วยให้เป็นแนวทางเดียวกัน โดยการอบรมให้ความรู้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

2. ควรติดตามพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนในผู้ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 เดือน และ 1 ปี

3. ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียว ซึ่งอาจมีตัวแปรอื่นที่มีอิทธิพลต่อโปรแกรม ดังนั้นจึงควรมีการเพิ่มกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อสนับสนุนประสิทธิภาพของโปรแกรมให้มีความชัดเจนขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิงห์บุรี หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ตลอดจนผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ให้ความร่วมมือและช่วยสนับสนุนการทำวิจัยครั้งนี้



References

1. American College of Cardiology/American Heart Association Practice Guidelines of Congestive Heart Failure, 2009. Journal of the American College of Cardiology [database on the internet]. 2013 [cited 2013 May 22]. Available from: [http:// www. circ.ahajournal](http://www.circ.ahajournal).
2. Schrager J, Wheatley M, Georgiopoulou V, Osborne A, Kalogeropoulos A, Hung O. Favorable bed utilization and readmission rates for emergency department observation unit heart failure patient. Society for Academic Emergency Medicine 2013; 20 (6): 554-561.
3. Silva LBD, Mielniczuk L, Laberge M, Anselm A, Fraser M, Williams K. Persistent Orthopnea and the prognosis of patients in the heart failure Clinic, 2004. Medscape multispecialty. [database on the internet] 2013 [cited 2013 July 26] Available from Available at <http://www.medscape.com>.
4. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler T, Casey DE, Drazner MH. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure. Journal of the American Heart Association 2013; (6): 1-375.
5. Sarkar U, Ali S, Whooley MA. Self-efficacy as a marker of cardiac function and predictor of heart failure hospitalization and mortality in patient with stable coronary heart disease findings from the heart and soul study. Health Psychology 2009; 28(2): 166-173.
6. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W H. Freeman; 1997.
7. Schaefer C, Coyne JC, Lazarus R S. The health related functions of social support. Journal of Behavior Medicine 1981; (4): 381-406.
8. Subramanian U. Impact of provider & Self-management education, patient self-efficacy and health status on patient adherence in heart failure in a veteran's administration population. Published Bimonthly 2008; (1): 6-11.
9. Philipson H, Ekman I, Forslund B H, Swedberg K, Schaufelberger M. Salt and fluid restriction is effective in patients with chronic heart failure. European Journal of Heart Failure 2013; (5): 97-104.
10. Waldreus N, Hahn R G, Jaarsma T. Thirst in heart failure: a systematic literature review. European Journal of Heart Failure 2013; (2): 141-149.
11. Gwady-Sridhar, Lee SD, Lee H, Guyatt GH. A systematic Review and meta-analysis of studies comparing readmission rates and mortality rates in patients with heart failure. Arch Intern Med 2004; 164 (9): 2315-2320.
12. Rapeepun Soomhirun R, Monkong S, Khuwawatanasamrit K. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing 2009; 20 (1): 17-23.
13. Linden A, Butterworth SW, Prochaska JO. Motivational interviewing-based health coaching as a chronic care intervention. Journal of Evaluation in Clinical Practice 2010; 16 (7): 166-174.
14. Wanna S. Effects of self-management program with family support on dyspnea, readmission and quality of life in persons with congestive heart failure. [Thesis]. Bangkok; Rangsit University; 2554.
15. Tinamas P. Effect of the self-efficacy and social support enhancement program on eating behavior among the elderly with coronary artery disease. [Thesis]. Chiang Mai; Chiang Mai University; 2550.
16. Boutwell A, Hwu S. Effective interventions to reduce rehospitalizations. Institute Healthcare Improvement 2009; 11 (3): 234-246.
17. Tierney S, Mamas M, Woods S, Skelton D, Rutter M K, Gibson M. What can learn patients with heart failure about exercise adherence: a systematic review of qualitative papers. American Psychological Association 2011; 30 (5): 401-410.



Health Behaviors and Readmission in Persons with Congestive Heart Failure Receiving the Self- Efficacy Enhancement and Social Support Program*

Jantana Muagthong M.N.S.**

Varin Binhosen PhD***

Nam-oy Pakdevong Dr.P.H. ***

Abstract

This one group pre- posttest experimental study aimed to investigate the health behaviors and readmission in persons with congestive heart failure (CHF) receiving the self- efficacy enhancement and social support program. Self-efficacy of Bandura and social support was used as a conceptual framework for the development and implementation of the program. The purposive sample of 20 persons with CHF and caregivers received the program during admission in medical ward at Singburi hospital and two weeks after discharge. The data were collected for two certain points of time i.e. before the program and one month after discharge. The instruments comprised self-efficacy enhancement and social support program, demographic data sheet, health behavior questionnaire, and readmission data record. Descriptive statistics and Wilcoxon-Signed Ranks test were used in data analysis.

The finding showed that the mean scores on health behaviors was significantly higher than that of prior the program ($p = .000$). In addition, the incidence of admission among persons with CHF was not found. It is suggested the benefit of this program to prevent readmission among persons with CHF.

Keywords : health behaviors, readmission, self-efficacy enhancement program, social support, congestive heart failure

*Thesis of Master of Nursing Science, Faculty of Nursing Rangsit University

** Student of Master of Nursing Science Program (Adult Nursing), Faculty of Nursing Rangsit University

***Lecturer, Faculty of Nursing Rangsit University