



ประสิทธิผลของโปรแกรมการอ่านออกเขียนได้และการให้คำปรึกษาต่อ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ ป.ร.ด.*

บทคัดย่อ

ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม เนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะที่มีอัตราการตายสูงและผู้ที่เป็นมีโอกาสที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การอ่านออกเขียนได้มีบทบาทสำคัญต่อการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนั้นการวิจัยกึ่งทดลองนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการอ่านออกเขียนได้และการให้คำปรึกษาต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการรักษาพยาบาลที่เป็นมาตรฐานตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน ร่วมกับโปรแกรมการอ่านออกเขียนได้และการให้คำปรึกษาจากทีมผู้วิจัยระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2556 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2556 รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา และแบบสัมภาษณ์การดูแลตนเอง

ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลการวิจัยนี้เสนอแนะว่า โปรแกรมการอ่านออกเขียนได้และการให้คำปรึกษาสามารถนำมาใช้ในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: โปรแกรมการอ่านออกเขียนได้และการให้คำปรึกษา ความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สุสสุตส์ ลภเต ปญญู “ผู้ตั้งใจศึกษา ย่อมได้ปัญญา” เป็นพุทธศาสนสุภาษิตที่แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการศึกษา ที่ส่งผลให้บุคคลรู้หนังสือ สามารถอ่านออกเขียนได้ มีสามารถในการอ่านเพื่อหาความรู้ต่างๆ ที่ต้องการ การอ่านออกเขียนได้จึงเป็นหนทางหนึ่งที่ทำให้บุคคลรู้ว่าตนเองควรปฏิบัติตัวอย่างไรจึงจะมีชีวิตที่ปกติสุข โดยเฉพาะในภาวะที่มีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นและความเจ็บป่วยนั้นมีความรุนแรงและเป็นไปอย่างเรื้อรัง

เมื่อก้าวถึงภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นอันตรายถึงชีวิต ย่อมปฏิเสธไม่ได้ว่าต้องมีการกล่าวถึงภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในอันดับต้นๆ เสมอ ทั้งนี้เนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะที่หัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ไม่เพียงพอกับความต้องการ² จึงเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังและรุนแรงที่ต้องการการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด เนื่องจากภาวะนี้มีความสัมพันธ์กับอัตราการตายที่สูงและมีโอกาสที่ผู้รับบริการต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำแล้วซ้ำอีก ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจำนวนมาก³ มีรายงานว่าภาวะหัวใจล้มเหลวกระทบกับประชากรถึง 20 ล้านคน

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



ทั่วโลก เนื่องจากเป็นภาวะเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แม้ว่าการแพทย์ในปัจจุบันจะเจริญมากขึ้น⁴ เพราะถึงแม้ความก้าวหน้าในการรักษาโรคหัวใจในปัจจุบัน ทำให้อัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลงอย่างมาก แต่ทำให้จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ เช่นกัน⁵ โดยมีรายงานว่าอุบัติการณ์ของภาวะหัวใจล้มเหลวทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในสหรัฐอเมริกาพบว่า มีผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังประมาณ 5 ล้านราย และทุกปีจะมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 550,000 ราย ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยบริการกลุ่มนี้เฉพาะการใช้จ่ายในปี พ.ศ. 2548 คิดเป็นเงิน 2.9 พันล้านเหรียญสหรัฐ สอดคล้องกับประเทศสหราชอาณาจักรที่สูญเสียค่าใช้จ่ายสำหรับภาวะเจ็บป่วยนี้ประมาณร้อยละ 2-2.5 ของงบประมาณทั้งหมดของประเทศ³ สำหรับประเทศไทยยังไม่มีบันทึกข้อมูลที่ชัดเจนถึงจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง แต่ถ้าพิจารณาจากความก้าวหน้าและผลสำเร็จในการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังแล้วพบว่า อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีแนวโน้มลดลงกว่าในอดีต สถานการณ์ในประเทศไทยจึงไม่น่าแตกต่างจากสหรัฐอเมริกาและสหราชอาณาจักร⁵

อย่างไรก็ตาม สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ยังมีชีวิตอยู่ การมีลมหายใจอาจมิใช่ความสุขสบาย เนื่องจากต้องประสบกับความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจอันเนื่องมาจากข้อจำกัดของร่างกายที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรค⁶ ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง อีกทั้งการดำเนินของโรคที่ไม่ดี ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ซึ่งวิธีที่ดีที่สุดที่จะช่วยลดการนอนโรงพยาบาลบ่อยๆ คือ การดูแลตนเองอย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม การดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นเรื่องที่ยากและค่อนข้างซับซ้อน^{3,7} ทั้งนี้เนื่องจากอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ได้มีเพียงอาการเดียวแต่เป็นกลุ่มอาการที่ต้องการการสังเกตและการมีความรู้ที่ถูกต้องในการประเมินและการจัดการอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นอีกด้วย ดังนั้นการจะทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีการดูแลตนเองที่ดี

ด้วยการปฏิบัติตามแผนการรักษานั้น จึงมิใช่เป็นหน้าที่เพียงลำพังของผู้รับบริการเท่านั้น หากแต่เป็นหน้าที่ของบุคลากรสาธารณสุขทุกฝ่ายที่ต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จุดอ่อนหรือสิ่งที่เปราะบางต่อการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวแต่ละราย เพื่อร่วมมือกับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในการแก้ไขและส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การดูแลตนเองในเรื่องของอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม และการปฏิบัติตามแผนการรักษามีความสัมพันธ์กับการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ⁸ อย่างไรก็ตาม การดูแลตนเองในเรื่องดังกล่าวต้องการการกระตุ้นจากบุคลากรสาธารณสุขเป็นระยะทั้งจากการเยี่ยมบ้านหรือจากการพูดคุยให้คำปรึกษา^{3,6} โดยในกระบวนการให้คำปรึกษาจะเป็นการค้นหาความเสี่ยงที่อาจเกิดกับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งจากพยาธิสภาพของโรคและจากพฤติกรรมของผู้ป่วยเอง โดยการให้คำปรึกษาเป็นการสื่อสารที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดความเข้าใจและสามารถจัดการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม⁹⁻¹⁰ ซึ่งนอกเหนือจากความไม่เข้าใจในการปฏิบัติตัว งานวิจัยที่ผ่านมายังระบุว่า การอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้เป็นข้อจำกัดในการเรียนรู้เรื่องการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองที่เหมาะสมอีกด้วย สืบเนื่องจากการขาดทักษะดังกล่าวเป็นข้อจำกัดในการหาข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง¹¹⁻¹⁴ โดยพบว่า ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งอ่านหนังสือไม่ออก บางรายอ่านไม่คล่อง จึงนับเป็นจุดอ่อนที่ควรได้รับการแก้ไข นอกจากนี้ในประเทศไทยงานวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับการอ่านออกเขียนได้และการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวยังมีน้อย ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงผลของโปรแกรมการอ่านออกเขียนได้และการให้คำปรึกษาต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนช่วยเหลือ เพื่อป้องกันหรือลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งหาแนวทางส่งเสริมผู้ที่มีภาวะ



หัวใจล้มเหลวให้มีศักยภาพในการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการอ่านออกเขียนได้และการให้คำปรึกษา ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่ต่างกัน

สมมติฐานการวิจัย

1. ก่อนได้รับโปรแกรมการอ่านออกเขียนได้และการให้คำปรึกษา ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่ต่างกัน
2. ภายหลังได้รับโปรแกรมการอ่านออกเขียนได้และการให้คำปรึกษา ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองมากกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดของการวิจัยครั้งนี้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและทฤษฎีระดับปฏิบัติการเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว¹⁵ โดยพบว่า การอ่านออกเขียนได้มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากการอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้เป็นข้อจำกัดในการเรียนรู้เรื่องการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองที่เหมาะสม¹¹⁻¹⁴ โดยทฤษฎีระดับปฏิบัติการเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ที่มีหัวใจล้มเหลว¹⁵ ให้แนวทางในการอธิบายและพัฒนาผลลัพธ์การรักษายาบาลผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยเน้นให้ผู้รับบริการสามารถจัดการสุขภาพได้โดยไม่ต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม มีการดูแลตนเองเพื่อรักษาสุขภาพ มีการตัดสินใจที่ดีเมื่ออาการกำเริบ มีการดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการเหล่านั้นได้ และเมื่อการดูแลตนเองเพื่อการรักษาสุขภาพและการจัดการเพื่อการดูแลตนเองที่ถูกต้องมีการพัฒนาและประสบความสำเร็จ ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวก็จะสามารถสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเองได้ เมื่อมีการดูแลตนเอง

ที่สม่ำเสมอในชีวิตจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการเสื่อมถอยของสุขภาพ และหากเมื่อมีอาการเกิดขึ้น ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต้องสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ซึ่งต้องเรียนรู้ในการประเมิน จดจำ แยกแยะอาการของหัวใจล้มเหลว เมื่อการดูแลตนเองได้ผลในการรักษาโรคก็จะทำให้ความมั่นใจในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม ทำการศึกษาโดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ให้เก็บข้อมูลได้ ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยละเอียดแก่ผู้เกี่ยวข้องในแต่ละหอผู้ป่วยเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเริ่มจากผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด (purposive sampling) คือ เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยและรับรู้ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวและอยู่ในระหว่างการรักษา มีอายุมากกว่า 18 ปี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แต่เนื่องจากจำนวนของผู้รับบริการที่มารับการตรวจรักษาในระหว่างการเก็บข้อมูลคือตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2556 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2556 มีจำนวนน้อยมาก ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการบอกต่อ (snowballing sampling) โดยถามจากกลุ่มตัวอย่างและศึกษาจากแฟ้มประวัติผู้ที่ไม่มาตรวจตามนัด เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (experimental group) และกลุ่มควบคุม (control group) โดย Randomized assignment ทั้งนี้มีการควบคุมตัวแปรอายุและระดับการอ่านออกเขียนได้โดยกลุ่มตัวอย่างที่จับคู่กันจะมีอายุใกล้เคียงกัน มีระดับการอ่านออกเขียนได้ที่วัดจากแนวทางการคัดกรองการอ่านการเขียนของสำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน^{16,17} ระดับเดียวกัน จำนวนของกลุ่มตัวอย่างมาจากการที่ผู้วิจัยหาขนาดอิทธิพล (effect size) จาก



งานวิจัยที่ทดลองที่ผ่านมา¹⁸ โดยใช้สูตรของโคเฮน¹⁹ ได้คำนวณหาอิทธิพล 0.5 และนำมาหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากตาราง power analysis มีการกำหนดค่า 3 ค่าตามคำแนะนำของโพลิตและเบต¹⁹ เกี่ยวกับการทำงานวิจัยทางการแพทย์ คือ 1) power .80 2) significant level .05 และ 3) effect size 0.5 ได้กลุ่มละ 27 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 คิดเป็นกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มขึ้นกลุ่มละ 3 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทั้งสิ้น 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้สำหรับดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการอ่านออกเขียนได้และการให้คำปรึกษา ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยกิจกรรม 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการค้นหาข้อมูลในการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อปรับเวลาหรือลักษณะกิจกรรมให้เหมาะสม ในกิจกรรมนี้เริ่มจากการกล่าวทักทาย การอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม รวมทั้งการพูดคุยถึงปัญหาในการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

กิจกรรมที่ 2 การสอนด้วยวิธีทัศน์ (program Microsoft Power Point) เนื้อหาเน้นการให้ความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลวและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เพื่อปูพื้นฐานความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการ อาการแสดง และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง โดยเฉพาะในเรื่องการรับประทานอาหารและยา ซึ่งความรู้ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนตำราและเอกสารวิชาการ นำไปตรวจสอบเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านระบบหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 2 ท่าน ก่อนนำไปใช้จริง โดยการสอนใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที โดยสอนในสัปดาห์ที่ 1, 2, 4 และสัปดาห์ที่ 6

กิจกรรมที่ 3 คือ การสอนเพื่อการอ่านออกเขียนได้ โดยใช้คู่มือการเรียนการสอนพยัญชนะไทยขั้นพื้นฐาน และวิธีทัศน์ในการสอนขั้นพื้นฐาน ประกอบกับ

ของยาที่กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายได้รับ โปรแกรมนี้เน้นการอ่านออกเขียนได้โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยสอนในสัปดาห์ที่ 1, 2, 4 และสัปดาห์ที่ 6 ตั้งแต่วันจันทร์ถึงศุกร์ วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 10-15 นาที พักครึ่ง 5-10 นาที ซึ่งช่วงเวลานี้ยืดหยุ่นและปรับตามอาการของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน

กิจกรรมที่ 4 คือ การให้คำปรึกษาทั้งโดยการเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 1, 2, 4 และสัปดาห์ที่ 6 และการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์สัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 5

ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานปกติร่วมกับโปรแกรมการอ่านออกเขียนได้ และการให้คำปรึกษา กลุ่มควบคุมจะได้รับการรักษาพยาบาลที่ได้มาตรฐานตามปกติ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้สำหรับประเมินผลการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ 2 ครั้ง คือ ก่อนเริ่มโปรแกรมและภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมในส่วนที่ 1 การตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที ในสถานที่เป็นส่วนตัว ปราศจากการรบกวนซึ่งผู้วิจัยจัดไว้ตามสถานที่ที่เก็บข้อมูล โดยแบบสอบถามมี 2 ชุด ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา (Demographic and Medical Record Form) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน

2) แบบสัมภาษณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว (Self-Care of Heart Failure Index: SCHFI) พัฒนาโดยริเกลและคณะ¹⁵ ประกอบด้วย การประเมินการดูแลตนเอง 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 การดำรงพฤติกรรมในการดูแลตนเอง (self-care maintenance) ส่วนที่ 2 การจัดการในการดูแลตนเอง (self-care management) และส่วนที่ 3 ความมั่นใจในการดูแลตนเอง (self-care confidence) โดยมีข้อคำถามรวม 16 ข้อ ซึ่งจอม สุวรรณโณ, เรวดี เพชรศิราสณฑ์, ปุณยวีร์ ประเสริฐไทย, อรุณศรี จันทร์ประดิษฐ์ และวรัตน์ ไสสุข²⁰



ได้รับอนุญาตให้แปลและตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน รวมทั้งมีการนำไปใช้กับผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 10 ราย เครื่องมือได้ผ่านการทดสอบหาความตรง และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาฉบับรวมเท่ากับ .85 แบบสัมภาษณ์นี้ได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และได้นำเครื่องมือไปทดสอบหาความเที่ยง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาฉบับรวมเท่ากับ .90 แบบสัมภาษณ์นี้มีคะแนนรวมในแต่ละส่วนเท่ากับ 100 คะแนน โดยคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 70 คะแนน หมายถึง มีระดับการดูแลตนเองที่เหมาะสม

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการและข้อพิจารณาด้านจริยธรรม การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ นอกจากนี้ผู้วิจัยขอให้ผู้ร่วมวิจัยลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรตามความสมัครใจที่จะเข้าร่วมวิจัย และผู้ร่วมวิจัยทุกคนได้รับการชี้แจงว่าสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล นอกจากนี้ ในการรายงานผลการวิจัย ผู้วิจัยไม่เปิดเผยชื่อของผู้ร่วมวิจัย โดยในการเผยแพร่ข้อมูลจะทำในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2) การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมในด้านเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งของการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลและสิทธิในการรักษา ใช้สถิติไคสแคว
- 3) การเปรียบเทียบอายุ รายได้ ระยะเวลาที่เป็นภายในเวลา 3 เดือนที่ผ่านมาของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ independent t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศชาย ร้อยละ 53.3 และ 56.7 มีอายุซึ่งเป็นตัวแปรควบคุมตั้งแต่ง่อนการศึกษา จึง

ทำให้พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีอายุใกล้เคียงกันระหว่าง 45-82 ปี (mean=66.23, SD=8.60) และ 55-77 ปี (mean=64.97, SD=5.74) ไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 43.3 และ 33.3 มีรายได้อยู่ระหว่าง 600-40,000 บาท (mean=6026.67, SD=7,404.38) และ 600-35,000 บาท (mean 6483.33, SD=7,793.38) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย พบว่า ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่าง 3 เดือนถึง 10 ปี และ 1-4.5 ปี ตามลำดับ ทั้งนี้ส่วนใหญ่เคยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลภายในเวลา 3 เดือนที่ผ่านมาอย่างน้อย 1 ครั้ง ร้อยละ 86.7 และ 83.3 ตามลำดับ โดยใช้สิทธิการรักษาบัตรทองร้อยละ 70 และ 66.7 ตามลำดับ ซึ่งผลการวิจัยพบว่าปัญหาหรืออุปสรรคในการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทั้ง 2 กลุ่ม คือ การอ่านหนังสือไม่ออกและการมองเห็นไม่ชัดเจน โดยเมื่อวัดความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อ่านออกเขียนได้เทียบเท่ากับชั้นประถมศึกษาตอนต้นร้อยละ 80 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม และ ร้อยละ 16.7 อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้เท่ากันทั้งสองกลุ่ม สำหรับการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาล สิทธิการรักษา อายุ ระยะเวลาก่อนนอนโรงพยาบาล และรายได้ไม่มีความแตกต่างกัน ($\chi^2 = .07; 3.64; .08; 8.19; 0.72; 4.87; t = .67; 1.62; .23; p = .79; .73; .96; .22; .47; .18; .57; .11$ และ .82) ตามลำดับ

นอกจากนี้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับความรุนแรงของโรคในระดับเดียวกัน คือ ความรุนแรงระดับ 2-3 ร่วมกันและกลุ่มตัวอย่างทุกรายมีโรคประจำตัวซึ่งเป็นโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดอย่างน้อย 1 โรค โดยอันดับแรก ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 93.3 และ 93.3 ตามลำดับ และอันดับที่ 2 ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ร้อยละ 83.3 และ 66.7 ตามลำดับ

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเริ่มโปรแกรมการอ่านออกเขียนได้และการให้คำปรึกษา พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ($t_{58} = 1.02$,



$p > .05$) และเมื่อพิจารณารายด้านทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านการดำรงพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการจัดการในการดูแลตนเอง และด้านความมั่นใจในการดูแลตนเอง พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทั้ง 2 กลุ่ม ($t_{58} = -0.49, 3.20$, และ $-0.60, p > .05$) (ตารางที่ 1)

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในรายละเอียดแต่ละด้าน พบว่า ด้านการดำรงพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในเรื่องของการป้องกันตนเองไม่ให้เป็นหวัดนั้น มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเริ่มโปรแกรมการอ่านออกเขียนได้และการให้คำปรึกษาที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{58} = -2.96, p < 0.005$) สำหรับด้านการจัดการในการดูแลตนเองนั้นพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในเรื่องการลดปริมาณของเหลวที่บริโภคเข้าสู่ร่างกาย และการรับประทานยาขับปัสสาวะเพิ่มจากแพทย์สั่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{58} = 2.16$ และ $2.03, p < 0.035$ และ 0.047 ตามลำดับ) (ตารางที่ 2-4)

ผลการวิจัยยังพบว่า ก่อนการใช้โปรแกรมฯ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองทั้งโดยภาพรวมและโดยรายด้านทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับไม่เหมาะสม โดยพบว่าด้านการดำรงพฤติกรรมการดูแลตนเองนั้น ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนในเรื่องการไม่รับประทานอาหารเค็มต่ำที่สุด สำหรับการจัดการในการดูแลตนเองพบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนในเรื่องการลดปริมาณของเหลวที่บริโภคเข้าสู่ร่างกายต่ำที่สุด นอกจากนี้ ผลการวิจัยในส่วนของความมั่นใจในการดูแลตนเอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนในด้านความมั่นใจในความถูกต้องเหมาะสมของกิจกรรมที่ทำต่ำที่สุด ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความมั่นใจในการดูแลตนเองด้านการประเมินอาการผิดปกติต่ำที่สุด

ดังนั้นจากผลการวิจัยที่กล่าวมาในตารางที่ 1 จึงสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 ที่กล่าวว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการอ่านออกเขียนได้และการให้คำปรึกษา ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของ

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่ต่างกัน

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการดูแลตนเองทั้งในภาพรวมและโดยรายด้านทั้ง 3 ด้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{58} = 13.37; 11.55; 10.95$ และ $8.51, p < .001$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1 ทั้งนี้ค่าเฉลี่ยของคะแนนรายด้านในกลุ่มทดลองมีค่ามากกว่า 70 คะแนนทุกด้านถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ในขณะที่ค่าเฉลี่ยคะแนนรายด้านในกลุ่มควบคุมมีค่าน้อยกว่า 70 คะแนนทุกด้านซึ่งถือว่ากลุ่มควบคุมมีความสามารถในการดูแลตนเองในแต่ละด้านไม่เหมาะสม จึงสรุปได้ว่าภายหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองมากกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มควบคุม

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในรายละเอียดแต่ละด้าน พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการอ่านออกเขียนได้และการให้คำปรึกษา กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองด้านการดำรงพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในเรื่องของการป้องกันตนเองไม่ให้เป็นหวัดสูงที่สุด อีกทั้งยังเป็นส่วนที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนเพิ่มขึ้นจากก่อนได้รับโปรแกรมฯ สูงที่สุดอีกด้วย ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองด้านการดำรงพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในเรื่องของการซักรีดผ้าห่มสูงที่สุด อีกทั้งยังเป็นส่วนที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนเพิ่มขึ้นจากก่อนได้รับโปรแกรมสูงที่สุดอีกด้วย

สำหรับด้านการจัดการในการดูแลตนเองนั้นพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการจัดการเรื่องการรับประทานยาขับปัสสาวะเพิ่มจากแพทย์สั่งสูงที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนในการจัดการเรื่องการลดปริมาณของเหลวที่บริโภคเข้าสู่ร่างกายเพิ่มขึ้นจากก่อนได้รับโปรแกรมสูงที่สุด ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการจัดการเรื่องการขอคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขสูงที่สุด อีกทั้งยังเป็นส่วนที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนเพิ่มขึ้นจากก่อนได้รับโปรแกรมฯ สูงที่สุดอีกด้วย นอกจากนี้ผลการวิจัยในด้านความมั่นใจในการดูแล



ตนเอง พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความมั่นใจในเรื่องความถูกต้องเหมาะสมของกิจกรรมที่กระทำสูงที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนในเรื่องนี้เพิ่มขึ้นจากก่อนได้รับโปรแกรมสูงที่สุด ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความมั่นใจในเรื่องการปฏิบัติเพื่อรักษาอาการผิดปกติสูงที่สุด อีกทั้งยังเป็นส่วนที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนเพิ่มขึ้นจากก่อนได้รับโปรแกรมสูงที่สุดอีกด้วย

ดังนั้นจากผลการวิจัยจึงสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 ที่กล่าวว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการอ่านออกเขียนได้และการให้คำปรึกษา ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองมากกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มควบคุม

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยที่สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 ที่กล่าวว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเริ่มโปรแกรมการอ่านออกเขียนได้และการให้คำปรึกษาไม่มีความแตกต่างกัน รวมทั้งผลการวิจัยที่พบว่าคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับไม่เหมาะสม โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนในด้านการไม่รับประทานอาหารเช้าและการจัดการลดปริมาณของเหลวที่บริโภคเข้าสู่ร่างกายต่ำที่สุดนั้น อาจอธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ยระหว่าง 64.97 ถึง 66.23 ปี ทำให้ความสามารถในการจดจำคำแนะนำต่างๆ ลดลง อีกทั้งการดูแลตนเองที่เหมาะสมสำหรับโรคหัวใจบางครั้งอาจไม่สอดคล้องกับชีวิตประจำวันที่เคยเป็นมา ประกอบกับการมีโรคอื่นร่วมด้วย เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับโรคได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา²¹ ที่พบว่า ความสามารถในการจำ การทำความเข้าใจ และการประยุกต์คำแนะนำหรือคำสอนของบุคลากรสาธารณสุขในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปีจะลดน้อยลงซึ่งมีโอกาสน้อยสูงมากที่ผู้ป่วยจะปฏิบัติตามแผนการ

รักษาไม่ถูกต้อง²² นอกจากนี้ ในการสอนหรือให้คำแนะนำต่างๆ ของบุคลากรสาธารณสุขมักทำก่อนผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จึงอาจมีข้อจำกัดของเวลาในการจดจำคำแนะนำต่างๆ ของผู้ป่วย²¹ จึงอาจเป็นเหตุผลให้กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองน้อย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา^{8,23} ที่พบว่า ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมักปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ยังคงรับประทานอาหารรสเค็ม ดื่มน้ำไม่จำกัดจำนวน รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ไม่ได้ควบคุมน้ำหนักตัว มาตรวจไม่ตรงตามแพทย์นัด ไม่มาตรวจตามนัดและไม่ทราบอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว จึงไม่ได้มาพบแพทย์ทันทีที่มีอาการผิดปกติ ทำให้ต้องกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลจากภาวะแทรกซ้อนของภาวะหัวใจล้มเหลว

นอกจากนี้ จากผลการศึกษาคั้งนี้ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาชั้นต้นสอดคล้องกับพระราชบัญญัติการศึกษา พ.ศ. 2542 ที่กำหนดว่าประชาชนชาวไทยต้องได้รับการศึกษาอย่างน้อยในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุจึงอยู่ในกลุ่มที่เกิดก่อนพระราชบัญญัติดังกล่าวจะประกาศใช้ จึงทำให้ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือไม่ได้รับการศึกษาในระบบเลย²⁴ ซึ่งระดับการศึกษาดังกล่าวส่งผลต่อความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา^{11-14,25,26} ที่พบว่า ความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ที่น้อยหรือไม่สามารถทำได้คล่องนั้นเป็นอุปสรรคในการหาความรู้และข้อมูลการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องสำหรับภาวะหัวใจล้มเหลว

สำหรับผลการวิจัยที่พบว่าก่อนเริ่มโปรแกรมการอ่านออกเขียนได้และการให้คำปรึกษา ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการจัดการลดปริมาณของเหลวที่บริโภคเข้าสู่ร่างกาย และการรับประทานยาขับปัสสาวะเพิ่มจากแพทย์สั่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 นั้น อาจอธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มทดลองมีระยะเวลาในการเป็นหัวใจล้มเหลวนานกว่ากลุ่มทดลอง จึงมีการเรียนรู้จากประสบการณ์และจากการให้คำแนะนำของบุคลากร



สาธารณสุขมากกว่า จึงอาจเป็นเหตุผลให้ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการจัดการลดปริมาณของเหลวที่บริโภคเข้าสู่ร่างกาย และการรับประทานยาขับปัสสาวะเพิ่มจากแพทย์สั่งสูงกว่า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา²⁷ ที่พบว่า ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวนานกว่าย่อมมีการเลือกวิธีในการดูแลตนเองที่เหมาะสมมากกว่าผู้ที่มีประสบการณ์น้อย

จากผลการวิจัยที่สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 ที่กล่าวว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการอ่านออกเขียนได้ และการให้คำปรึกษา ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองมากกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มควบคุมนั้น อาจอธิบายได้ว่า โปรแกรมการอ่านออกเขียนได้และการให้คำปรึกษาเป็นโปรแกรมที่สร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยเริ่มจากพัฒนาความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ ซึ่งเป็นการลดจุดอ่อนหรืออุปสรรคในการดูแลตนเองหนทางหนึ่ง²¹ นอกจากนี้การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอาการและอาการแสดง รวมถึงการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคเป็นระยะ ทำให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีเวลาในการจำและทบทวนสิ่งที่ได้รับคำแนะนำมา²¹⁻²² และสามารถสอบถามข้อสงสัยได้เนื่องจากในโปรแกรมนี้มีการให้คำปรึกษาทั้งในรูปแบบของการเยี่ยมบ้านและการโทรศัพท์ติดตาม จึงทำให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองมากขึ้น ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว^{6,8,23} ยืนยันได้จากผลการวิจัยที่พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความมั่นใจในเรื่องความถูกต้องเหมาะสมของกิจกรรมที่กระทำสูงที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการจัดการเรื่องการรับประทานยาขับปัสสาวะเพิ่มจากแพทย์สั่งสูงที่สุด และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนในการจัดการเรื่องการลดปริมาณของเหลวที่บริโภคเข้าสู่ร่างกายเพิ่มขึ้นจากก่อนได้รับโปรแกรมสูงที่สุด

ข้อจำกัดการวิจัย

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีระดับความรุนแรงของโรคหัวใจล้มเหลวในระดับ 2-3 เท่านั้น นอกจากนี้ส่วนใหญ่อาศัยในจังหวัดนครนายก และ

จังหวัดปราจีนบุรี จึงเป็นข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการประเมินความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทุกราย และควรจัดโปรแกรมอ่านออกเขียนได้และการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้น้อย เพื่อส่งเสริมความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง

2. ควรมีการศึกษาติดตามประสิทธิผลของโปรแกรมอ่านออกเขียนได้และการให้คำปรึกษาในระยะยาว รวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการใช้โปรแกรมฯ เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาปรับปรุงโปรแกรมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่สละเวลาในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยที่อนุญาตให้เก็บข้อมูล และขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่สนับสนุนทุนวิจัยในครั้งนี้

References

1. Dhammathai. The Buddha's word chapter 3 "educational." [database on the internet]. 2013 [cited 2013 Sep 24]. Available from: <http://www.dhammathai.org/proverb/proverbthai03.php>
2. Smeltzer CS, Brenda GB, Janice LH, Kerry HC. Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, USA; 2008.
3. Morgan K, McGee H, Shelley E. Quality of life assessment in heart failure interventions: a 10-year (1996-2005) review. European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation 2007; 14(5): 589-607.



4. Wright SP, Walsh H, Ingleby KM, Muncaster SA, Gamble GD, Pearl A, et al. Uptake of self-management strategies in a heart failure management programme. *European Journal of Heart Failure* 2003; 5(3): 371-380.
5. The Heart of Association of Thailand under the Royal Patronage of H.M. The King, Heart Failure Committee of Thailand. Congestive heart failure guideline. [database on the Internet]. 1996 [cited 2014 Feb 22]. Available from: http://www.thaiheart.org/images/column_1291454908/CHFGuideline.pdf
6. Rerkluenrit J, Kupthanont K, Vongsirimas N. 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.
7. Jaarsma T, van Veldhuisen DJ. The optimal „dose“ of disease management programs in heart failure. *Journal of the American College of Cardiology* 2002; 39: 2080-2081.
8. De Geest S, Dobbels F, Fluri C, Paris W, Troosters T. Adherence to the therapeutic regimen in heart, lung, and heart-lung transplant recipients. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2005; 20: 588-598.
9. Grady KL, Mendes de Leon CF, Kozak AT, Cursio JF, Richardson D, Avery E, et al. Does Self-management Counseling in Patients with Heart Failure Improve Quality of Life? Findings from the Heart Failure Adherence and Retention Trial (HART). *Quality of Life Research* [database on the internet]. 2014 [cited 2013 Nov 21]; 31-38: [8 screens]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23743855>
10. Dyer W. Vriend J. Counseling techniques that work. USA: American for Counseling and Development; 1998.
11. Dewalt DA, Malone RM, Brayant ME, Kosnar MC, Corr1 KE, Rothman RL, et al. A heart failure self-management program for patients of all literacy levels: A randomized, controlled trial. *BMC Health Services Research* [database on the internet]. 2006 [cited 2013 Sep 24]; 6: [10 screens]. Available from: <http://www.biomed-central.com/content/pdf/1472-6963-6-30.pdf>
12. Gazmararian JA, Williams MV, Peel J, Baker DW. Health literacy and knowledge of chronic disease. *Patient Education and Counseling: The Leading International Journal for communication in Healthcare* 2003; 51(3): 267-275.
13. Laramée AS, Morris N, Littenberg B. Relationship of literacy and heart failure in adults with diabetes. *BMC Health Services Research* [database on the internet]. 2007 [cited 2013 Sep 24]; 7: [6 screens]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1914051/pdf/1472-6963-7-98.pdf>
14. Riegel B, Moser D, Anker SD, Appel LJ, Dunbar SB, Grady KL, et al. State of the science: Promoting self-care in persons with heart failure: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2009; 120:1141-1163.
15. Riegel B, Carlson B, Moser DK, Sebern M, Hicks FD, Roland V. Psychometric Testing of the Self-Care of Heart Failure Index. *Journal of Cardiac Failure* 2004; 10: 350-360.
16. Bureau of Academic Affairs and Educational Standards. Policy for Thais literacy. [Database on the internet]. 2014 [cited 2013 Nov 21]. Available from: <http://210.1.20.39/web/node/318>
17. Bureau of Academic Affairs and Educational Standards. Guidelines for the managing based on literacy development, grade 1-6. [Database on the internet]. 2014 [cited 2013 Nov 21]. Available from: <http://dnfe5.nfe.go.th/>



- ilp/42002/42002-2/42002-2.htm
18. Thongyim S. The effect of planned instruction on knowledge and self-care behavior in patients with congestive heart failure. [Thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2001.
 19. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Principle and methods. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
 20. Suwanno J, Petsirasan R, Prasearthai P, Chanpradit A, Saisuk W. Self-care among Patients with Chronic Heart Failure Thai Journal of Nursing Council 2008; 23(1): 35-47
 21. Paul S. Hospital discharge education for patients with heart failure: What really works and what is the evidence? Crit Care Nurse 2008; 28(2): 66-81.
 22. Cacociatore F, Abete P, Ferrara N, Calabrese C, Napoli C, Maggi S, et al. Congestive heart failure and cognitive impairment in an older population. Osservatorio Geriatrico Campano Study Group. J Am Geriatr Soc 1998; 46(11): 1343-1348.
 23. Sommit A, Wannapornsiri C, Thamaree S. The Effect of Supportive and Educative Nursing System Program on Self-Care Agency in Patients with Heart Failure. Journal of Nursing and Health Sciences 2011; 5(2): 55-66.
 24. National Education Act A.C. 1999. [database on the internet]. 2012 [cited 2013 September 5]. Available from: <http://www.tamanoon.com/eduact/>
 25. Chen AMH, Yehle KS, Albert NM, Ferraro KF, Mason HL, Murawski MM, et al. Health literacy influences heart failure knowledge attainment but not self-efficacy for self-care or adherence to self-care over time. Nursing Research and Practice [database on the internet]. 2013 [cited 2013 September 15]; 2013: [8 screens]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/353290>
 26. Tejavivaddhana P, Kitreerawutiwong N, Mekrungrongwong S, Chomson S, Hangsantea J. Chronic disease management according to chronic care model in a district health system network. Journal of Nursing and Health Care 2015; 33(1): 41-48.
 27. Carlson B, Riegel B, Moser DK. Self-Care Abilities of Patients with Heart Failure. Heart Lung 2001; 30: 351-359.



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ความสามารถ	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		t-test	p- value
ในการดูแลตนเอง	Mean	SD	Mean	SD		
ความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวม						
ก่อนทดลอง	37.39	8.28	35.61	5.13	1.02	0.32
หลังทดลอง	82.00	4.47	54.78	10.22	13.37	<0.001
ด้านการดำรงพฤติกรรมการดูแลตนเอง						
ก่อนทดลอง	38.67	10.58	39.83	7.60	-0.49	0.63
หลังทดลอง	83.83	6.52	56.83	11.02	11.55	<0.001
ด้านการจัดการในการดูแลตนเอง						
ก่อนทดลอง	39.17	11.97	31.33	6.01	3.20	0.06
หลังทดลอง	85.83	6.96	53.33	14.70	10.95	<0.001
ด้านความมั่นใจในการดูแลตนเอง						
ก่อนทดลอง	34.33	9.90	35.67	7.04	-0.60	0.55
หลังทดลอง	76.33	9.09	54.17	10.99	8.51	<0.001

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนรายด้านในส่วนของการดำรงพฤติกรรม自我ดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

การดำรงพฤติกรรม	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		t-test	p-value
การดูแลตนเอง	Mean	SD	Mean	SD		
การชั่งน้ำหนักตัว						
ก่อนทดลอง	45.83	24.64	39.17	18.20	1.19	0.24
หลังทดลอง	83.33	20.06	66.67	17.78	3.41	0.001
การไม่รับประทานอาหารเค็ม						
ก่อนทดลอง	35.83	19.35	35.00	14.08	0.19	0.85
หลังทดลอง	80.00	17.86	51.67	18.50	6.04	<.001
การควบคุมน้ำหนัก						
ก่อนทดลอง	41.67	21.12	35.83	19.35	1.12	0.27
หลังทดลอง	85.83	18.19	52.50	22.12	6.34	<.001
การทำกิจกรรม						
ก่อนทดลอง	34.17	13.90	40.00	19.25	-1.35	0.18
หลังทดลอง	81.67	17.29	50.83	21.26	6.16	<.001
การป้องกันตนเองไม่ให้เป็นหวัด						
ก่อนทดลอง	35.83	18.20	49.17	16.72	-2.96	.005
หลังทดลอง	88.33	12.69	62.50	12.71	7.88	<.001



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนรายด้านในส่วนของการจัดการในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ด้านการจัดการ ในการดูแลตนเอง	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		t-test	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ความเร็วในการประเมินอาการที่เกิดขึ้นจนตัดสินใจได้ว่าเกิดจากหัวใจล้มเหลว						
ก่อนทดลอง	45.83	24.64	39.17	18.20	1.18	0.24
หลังทดลอง	77.50	18.97	37.50	18.28	8.31	<.001
การลดปริมาณเกลือในอาหาร						
ก่อนทดลอง	48.33	18.49	41.67	15.16	1.53	0.13
หลังทดลอง	82.50	14.90	55.00	16.61	6.75	<.001
การลดปริมาณของเหลวที่บริโภคเข้าสู่ร่างกาย						
ก่อนทดลอง	32.50	16.28	25.83	4.56	2.16	0.035
หลังทดลอง	88.33	14.28	44.17	8.57	6.34	<.001
การรับประทานยาขับปัสสาวะเพิ่มจากแพทย์สั่ง						
ก่อนทดลอง	58.33	23.97	46.67	20.48	2.03	0.047
หลังทดลอง	95.83	9.48	61.67	22.49	7.67	<.001
การขอคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข						
ก่อนทดลอง	50.83	25.83	40.83	19.12	1.70	0.094
หลังทดลอง	85.00	16.87	68.33	24.51	3.07	0.003

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนรายด้านในเรื่องความมั่นใจในการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและภายหลังการทดลอง

ความมั่นใจ ในการดูแลตนเอง	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		t-test	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ด้านการประเมินอาการสำคัญ						
ก่อนทดลอง	32.50	14.90	33.33	11.99	-0.24	0.91
หลังทดลอง	77.50	17.80	53.33	17.04	5.37	<.001
ด้านการประเมินอาการผิดปกติ						
ก่อนทดลอง	34.17	15.37	32.50	14.99	0.43	0.67
หลังทดลอง	70.83	18.67	50.00	16.08	4.63	<.001
ด้านการปฏิบัติเพื่อรักษาอาการผิดปกติ						
ก่อนทดลอง	37.50	14.31	40.83	15.37	-0.87	0.39
หลังทดลอง	76.67	17.29	68.33	15.99	1.94	.048
ด้านการประเมินผลวิธีที่ใช้ในการรักษาอาการที่เกิดขึ้น						
ก่อนทดลอง	35.83	16.97	30.83	10.76	1.36	0.18
หลังทดลอง	74.17	20.22	51.67	15.99	4.78	<.001
ด้านความถูกต้องเหมาะสมของกิจกรรมที่กระทำ						
ก่อนทดลอง	31.67	20.69	40.83	24.99	-1.55	0.13
หลังทดลอง	82.50	20.91	47.50	23.99	6.02	<.001



Effectiveness of a Literacy and Counseling Program on Self-Care Abilities among Persons with Heart Failure

Juntima Rerkluenrit PhD*

Abstract

As heart failure has caused high rates of mortality and readmission, the patients need to perform proper self-care. From a review of literature, literacy can play an important role on promoting self-care abilities. The objective of this quasi-experimental research was to examine the effectiveness of a literacy and consulting program on self-care abilities of persons with heart failure. Purposive sampling was used to recruit 60 patients attending health services at one of the university hospital. The subjects were equally divided into two groups. The control group received a hospital routine care whereas the experimental group received a hospital routine care and a literacy and consulting program. The program was implemented from March to October 2013. Data were collected using a demographic and medical form and the Self-Care of Heart Failure Index Questionnaire.

The result revealed that subjects in the experimental group had a mean score of self-care abilities higher than those in the control group, with a statistically significant level of $p < .001$). This finding suggests that the program can promote self-care abilities of persons with heart failure effectively.

Keywords: literacy and consulting program, self-care, persons with heart failure

* Assistant Professor, Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University