



การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองโดยใช้ แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือ ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

ทองทิพ แสงจอหอ ป.พย.บ. (ชั้นสูง)* อัมพร คำหล้า ป.พย.บ. (ชั้นสูง)* สุปราณี พัฒนจิตวิไล ส.ม.**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยและพัฒนา *มีวัตถุประสงค์* เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองโดยใช้แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา วิธีการวิจัยมี 4 ขั้นตอน 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนารูปแบบ 3) ทดลองใช้รูปแบบฯ 4) ประเมินประสิทธิผลรูปแบบฯ ทั้งด้านกระบวนการและผลลัพธ์ ระยะเวลาดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน 2551 – กันยายน 2552 กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 143 คนแบ่งเป็น 1) กลุ่มช่วยเหลือคือผู้ป่วยโรคหัวใจ จำนวน 19 คน 2) กลุ่มเสี่ยง จำนวน 124 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) คู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจ 2) หนังสือความรู้เรื่องโรคหัวใจกับการรักษา 3) แบบวัดความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง 4) แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองสุขภาพตนเอง 5) แบบสอบถามความพึงพอใจ 6) แบบวัดคุณภาพชีวิต 7) RAMA-EGAT SCORE เก็บข้อมูลโดยศึกษาเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ สถิติที่ใช้ ร้อยละ และ pair t-test

ผลการศึกษาพบว่า 1) รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การกำหนดบทบาทของทีมสหวิชาชีพ การคัดเลือกสมาชิก กำหนดบทบาทของสมาชิก กำหนดรูปแบบกิจกรรม กำหนดขนาดของกลุ่ม/ระยะเวลาแต่ละกิจกรรม / ความถี่และจำนวนครั้ง/การจัดสถานที่/วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ 2) ผลการประเมินผลรูปแบบ พบว่า รูปแบบที่กำหนดขึ้นดำเนินการกระบวนการได้ตามที่กำหนด และมีการยืดหยุ่นตามความต้องการของกลุ่ม ทำให้สมาชิกกลุ่มมีความพึงพอใจจึงเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง การประเมินผลลัพธ์หลังสิ้นสุดกิจกรรม พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีความรู้และความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05 ตามลำดับ ผลการประเมิน RAMA-EGAT SCORE หลังเข้าร่วมกิจกรรม 3 เดือนพบว่ากลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคเส้นเลือดหัวใจตีบรุนแรง จาก 22 คนลดเหลือ 6 คน ทีมผู้ให้บริการมีความพึงพอใจในบทบาทเนื่องจากเป็นงานบริการเชิงรุกและได้มีโอกาสพัฒนาศักยภาพตนเอง

สรุปการใช้กลุ่มช่วยเหลือในการจัดกิจกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้ผลลัพธ์ดีต่อทั้งตัวผู้ป่วย ทีมผู้ให้บริการและต่อระบบสุขภาพ เกิดการรวมตัวของกลุ่มผู้ป่วยและชุมชนเอง เกิดชมรมเพื่อนช่วยเพื่อนโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาราชและมีการสร้างเครือข่ายชัดเจนขึ้น

คำสำคัญ: รูปแบบการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหน่วยผ่าตัดหัวใจทรวงอกและหลอดเลือดโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

หนึ่งทศวรรษที่ผ่านมา ประชากรโลกตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดประมาณ 16.6 ล้านคน หรือเกือบ 1 ใน 3 ของการตายทั้งหมด องค์การอนามัยโลก (WHO) คาดการณ์ว่าในปี 2565 ทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 25 ล้านคน¹ โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับสามของประเทศไทย²ติดต่อกัน 3 ปีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-2552 โดยอัตราการตายจากโรคหัวใจเพิ่มสูงขึ้นเกือบสิบเท่า จากอัตรา 3.1 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ.2540 เป็น 28.96 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ.2552³ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา มีผู้ป่วยโรคหัวใจเข้ารับการตรวจรักษาเพิ่มขึ้นทุกปีจากสถิติ 3 ปี จำนวน 9,115; 8,840 และ 9,331 มากกว่าร้อยละ 80 ต้องรับไว้ในอนโรพยาบาล จำนวน 8,468; 8,785; 9,024 ครั้งในปี 2551; 2552 และ 2553 ตามลำดับ

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาได้พัฒนาศักยภาพศูนย์โรคหัวใจและหน่วยผ่าตัดหัวใจมาอย่างต่อเนื่อง พบว่าสถิติผู้เข้ารับบริการผ่าตัดหัวใจมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปีจาก 416 รายในปี 2550 เพิ่มขึ้นเป็น 540; 564 และ 614 ราย ในปี 2551; 2552 และ 2553 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจเป็นกลุ่มโรคที่มีความเสี่ยงสูง ระยะเวลาอนโรพยาบาลเฉลี่ย 44.5 ถึง 56.4 วัน และมีค่าใช้จ่ายสูงหนึ่งแสนห้าหมื่นถึงห้าแสนบาท ผู้ป่วยโรคหัวใจนอกจากจะต้องปรับตัวในการดำเนินชีวิตประจำวัน ต้องเผชิญปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และส่งผลกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม และประเทศชาติอีกด้วย ดังนั้นการป้องกันการเกิดโรคหัวใจในประชาชน โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงน่าจะเป็นแนวทางที่ดีที่สุด การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า อัตราตายลดลงจาก 260 คน เหลือเพียง 120 คนในผู้ป่วย 100,000 ราย เคล็ดลับความสำเร็จคือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากการศึกษา พบว่า การรักษาทางยาและการผ่าตัด สามารถต่ออายุคนไข้เพิ่มมากขึ้นกว่า 4 เท่า โดยผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้อีกเฉลี่ย 7.5 ปี แต่หากผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มด้วย จะมีชีวิตอยู่จนถึง 20 ปี และหากยิ่งเริ่มตั้งแต่อายุน้อยๆ จำนวนปีชีวิตยิ่งมากขึ้นตามไปด้วย¹ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา พบว่า การ

พัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจเป็นการตั้งรับ ไม่ได้แก้ปัญหาเชิงรุกที่นับวันจะมีผู้ป่วยรายใหม่ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงเข้ามารักษา บางรายเข้าถึงบริการช้าทำให้โรครุนแรงผลการรักษาไม่ดี ผู้ป่วยรายเก่ากลับเข้ามารักษาซ้ำจากการดูแลสุขภาพไม่ถูกต้อง จากการศึกษาพบว่าการใช้กลุ่มช่วยเหลือ (support group) เป็นแนวคิดที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ตรงได้มีส่วนร่วมช่วยเหลือและแลกเปลี่ยนความรู้ในกลุ่มผู้ป่วยด้วยกัน ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น และนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง⁴

ในฐานะผู้บริหารรณรงค์รพยาบาลเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ จึงนำแนวคิดกลุ่มช่วยเหลือ มาจัดทำโครงการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ คาดว่ารูปแบบการส่งเสริมการดูแลสุขภาพที่พัฒนาขึ้นนี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีความรู้ความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเอง ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งอาจลดโอกาสที่จะเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยรายเก่าไม่กลับเป็นซ้ำสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นการเสริมพลังอำนาจสร้างคุณค่าของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจจากมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันการเกิดโรคหัวใจในกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไป ถือเป็นการดูแลผู้ป่วยอย่างครบวงจรและเป็นการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและโรคเรื้อรังที่มีความเสี่ยงได้อย่างยั่งยืนอีกด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองโดยใช้แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนาดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจเหล่านี้ โดยการสมัครใจเข้าเป็นกลุ่มผู้ให้การช่วยเหลือ และผู้ป่วย

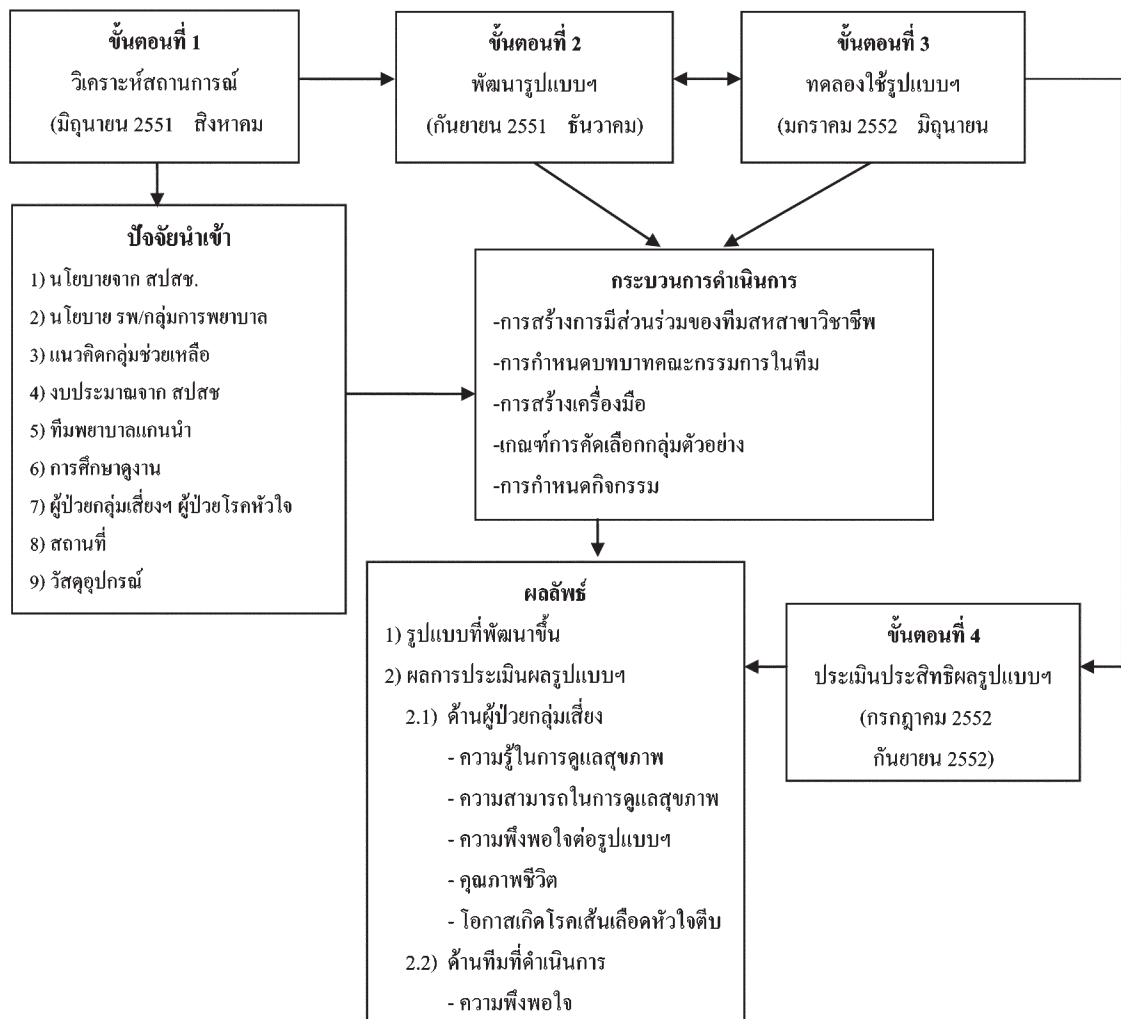


กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ ได้แก่ ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยแล้วว่าเป็นโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง/โรคไขมันในเลือดสูง/โรคอ้วน และประชาชนทั่วไปที่มีพันธุกรรมเป็นโรคเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง / โรคอ้วน / โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ / อัมพาต / อัมพฤกษ์ โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า รวมจำนวนทั้งสิ้น 143 คน ระยะเวลาดำเนินการ 1 มิถุนายน 2551 – 31 กันยายน 2553

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบของ Von Bertalanffy⁵ ประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำเข้าสู่ระบบ หมายถึง นโยบาย งบประมาณ คน ทรัพยากร 2) กระบวนการดำเนินการ 4 ขั้นตอนได้แก่ 2.1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2.2) พัฒนารูปแบบฯ 2.3) ทดลองใช้รูปแบบฯ 2.4) ประเมินประสิทธิผลรูปแบบฯ ทั้งด้านกระบวนการและผลลัพธ์ และ 3) ผลลัพธ์ที่ได้ ประกอบด้วย รูปแบบการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองและประสิทธิผลของรูปแบบฯ

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยและขั้นตอนการศึกษา





วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน และประชาชนทั่วไปที่มีพันธุกรรมโรคกลุ่มเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคัดเลือกจากประชากรอย่างเฉพาะเจาะจงโดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปสามารถสื่อสารได้ 2) ผู้ที่แพทย์วินิจฉัยแล้วว่าเป็นโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง /โรคอ้วน แต่ยังไม่ได้เป็นโรคหัวใจ 3) ผู้ที่มีพันธุกรรมที่เป็นโรคเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง/ โรคอ้วน/ โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ/ อัมพาต/ อัมพฤกษ์ 4) ไม่มีข้อห้ามในการออกกำลังกาย 5) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้

เกณฑ์การคัดออก จากกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ยังไม่มีภาวะเสี่ยง ตามข้อที่ 2 และ 3

กลุ่มตัวอย่างแบ่ง 2 ส่วน คือ 1) กลุ่มผู้ให้การช่วยเหลือ จำนวน 19 คน 2) กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจเป็นสมาชิกจากชมรมเบาหวาน ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมข้าราชการมหาดไทย ผู้ป่วยโรคหัวใจ และญาติผู้ป่วย จำนวน 124 คน

ระยะเวลาดำเนินการ มิถุนายน 2551 - กันยายน 2552

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) คู่มือการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจ

2) หนังสือความรู้เรื่องโรคหัวใจกับการรักษา

3) แบบทดสอบความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านวิถีชีวิต เครียด ด้านการใช้ยา และด้านการพยาบาลโรคหัวใจ จำนวน 15 ข้อ มีค่าระหว่าง 0-15 แบ่งระดับความรู้ออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับดี

4) แบบทดสอบความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจ ประกอบด้วย 5 ด้าน เหมือนแบบทดสอบความรู้จำนวน 15 ข้อ คะแนนมีค่าระหว่าง 0- 30 คะแนน แบ่งระดับความสามารถออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับดี

ทั้งแบบทดสอบความรู้และแบบทดสอบความสามารถ สร้างโดยทีมวิจัย ผ่านการตรวจสอบความตรง

ของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละสาขารวมทั้งสิ้น 7 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของเครื่องมือทั้งชุด 0.80 และ 0.79 ตามลำดับ

5) แบบวัดความพึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านเนื้อหาการจัดอบรมด้านวิทยาการ ด้านความพึงพอใจโดยรวม เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และแบบแสดงความคิดเห็นต่อการจัดโครงการเป็นปลายเปิด

6) เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อแบบภาษาไทย WHOQOL- BREF - THAI พัฒนาโดยโรงพยาบาลสวนปรุงจังหวัดเชียงใหม่ ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.84 ประกอบด้วย องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทาง และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อมรวม 26 ข้อคำถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด คือ 1) คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 2) คุณภาพชีวิตปานกลาง และ 3) คุณภาพชีวิตที่ดี

7) แบบประเมินการตรวจวัดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจ RAMA-EGAT SCORE พัฒนาโดยสถาบันโรคทรวงอกแห่งประเทศไทย ประกอบด้วย อายุ เพศ ประวัติการสูบบุหรี่ ความดันโลหิต ตั้งแต่ 140/90 ขึ้นไป รอบพุง ชาย 90 ซม. หญิง 80 ซม. คะแนนความเสี่ยงมีค่า -2 ถึง 16 นำค่าคะแนนความเสี่ยงมาเทียบกับตารางความเสี่ยงของโอกาสเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบรุนแรงในเวลา 10 ปี

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการดังนี้ 1) ผู้วิจัยดำเนินการประชุมทีมวิจัยเพื่อทำความเข้าใจชี้แจง การใช้แบบทดสอบทั้งหมด 2) ผู้วิจัยควบคุมกำกับการทดสอบความรู้ ความสามารถ ก่อนและหลังการอบรม การวัดคุณภาพชีวิต โดยวัดเมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการอย่างน้อย 3 ครั้งขึ้นไป การประเมินการตรวจวัดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจ RAMA-EGAT SCORE เมื่อเข้าร่วมโครงการผ่านไปเดือนที่ 3 เก็บข้อมูลพื้นฐาน ประเมินซ้ำในเดือนที่ 6 จากนั้นนำผลการประเมินมาเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ pair t-test

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ t-test



ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ปัญหาและทบทวนระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจ และผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ มีแนวโน้มสูงขึ้น การผ่าตัดโรคหัวใจมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเองและไม่ตระหนักถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นสาเหตุให้มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นและต้องกลับมารักษาซ้ำ ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยครอบครัวและโรงพยาบาล จำเป็นต้องพัฒนาปรับปรุงรูปแบบการดูแลรักษาโดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน การสร้างการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาในรูปแบบคณะทำงาน ประกอบด้วย ทีมที่ปรึกษา ทีมพยาบาลแกนนำ ทีมพยาบาลพี่เลี้ยง จำนวน 6 คน ทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย ศัลยแพทย์โรคหัวใจ อายุรแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู เภสัชกร นักจิตวิทยา และนักโภชนาการ จำนวน 15 คน

2. พัฒนารูปแบบและเครื่องมือที่ใช้ในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองโดยใช้แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือ เครื่องมือที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย คู่มือการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจ หนังสือความรู้เรื่องโรคหัวใจกับการรักษา แบบทดสอบความรู้และความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจ และแบบวัดความพึงพอใจ รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย ทีมคณะทำงาน มีทีมพยาบาลพี่เลี้ยงทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานอำนวยความสะดวกและทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่มในช่วงแรกต่อจากนั้นสนับสนุนให้สมาชิกกลุ่มดำเนินกิจกรรมกลุ่มเอง ส่วนทีมดูแลผู้ป่วยมีหน้าที่ให้การสนับสนุนด้านวิชาการ ตลอดจนการเป็นวิทยากรในโครงการฯ กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกสมาชิกเข้าร่วมโครงการ กำหนดบทบาทของสมาชิก กำหนดรูปแบบกิจกรรม กำหนดขนาดของกลุ่มในแต่ละกิจกรรม ระยะเวลาแต่ละกิจกรรมดังนี้ 1) กิจกรรมเสริมพลังความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา ใช้เวลาประมาณ 45- 60 นาที หัวข้อขึ้นอยู่กับความต้องการของสมาชิกในกลุ่ม 2) กิจกรรมการออกกำลังกาย อาสาสมัครนำ

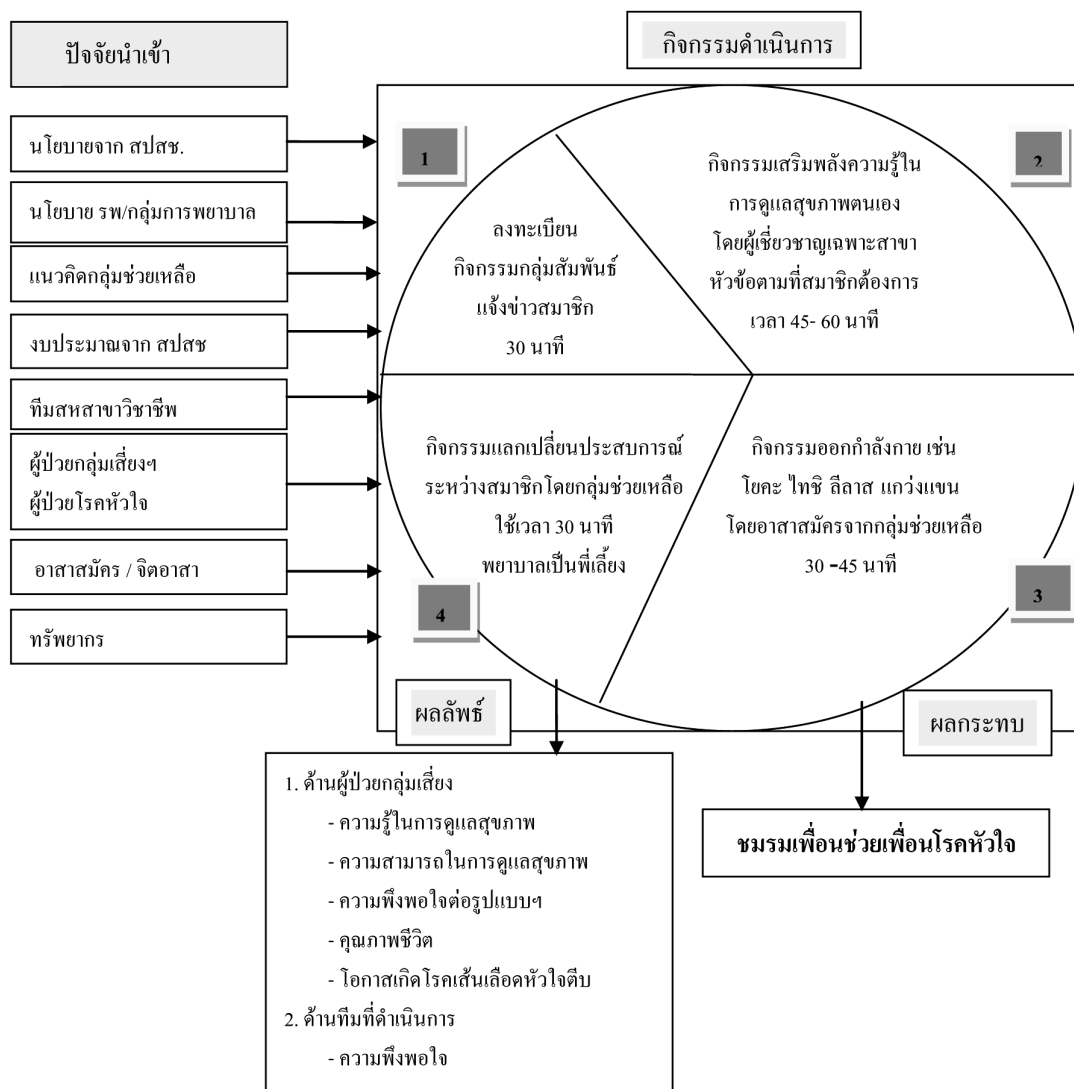
กลุ่มออกกำลังกายที่เหมาะสม ใช้เวลาประมาณ 30 นาที 3) กิจกรรมการสนทนากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลสุขภาพตนเอง โดยกลุ่มช่วยเหลือคือผู้ป่วยโรคหัวใจที่อาสาสมัครเป็นวิทยากรใช้เวลาประมาณ 30 นาที กำหนดตารางเวลาการทำกิจกรรม จัดให้มีทุกเดือน ๆ ละ 1 ครั้ง ทุกศุกร์ที่ 4 ของทุกเดือน กำหนดสถานที่จัดกิจกรรม รูปแบบการจัดสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้

3. การทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองโดยใช้แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือ รูปแบบการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองโดยใช้แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา (แผนภูมิที่ 2)

4. การประเมินประสิทธิผลรูปแบบการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองโดยใช้แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือ พบว่า ในระยะแรกมีความไม่คล่องตัวในการดำเนินงาน สรุปปัญหาอุปสรรค 1) การประชาสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง 2) การประสานงานระหว่างทีมงาน 3) กิจกรรมไม่ตรงกับความต้องการของกลุ่ม 4) ลำดับกิจกรรม ได้ทดลองปรับเปลี่ยนหลายรูปแบบตามความต้องการของสมาชิก จนสมาชิกพอใจและมีช่องทางติดต่อสื่อสารมากขึ้น การประเมินประสิทธิผลรูปแบบการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 66.4 เพศชายร้อยละ 33.6 อายุมากกว่า 54 ปี ร้อยละ 84.6 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 67.9 ระดับการศึกษา ประถมร้อยละ 43.8 อาชีพว่างงาน/ไม่มีงานทำร้อยละ 39.4 และพบว่า เบาหวานเป็นโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด ร้อยละ 64.2 รองลงมาคือความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ ร้อยละ 17.3, 14.9 ตามลำดับ 2) ด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจภายหลังการเข้าร่วมโครงการในระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 29.4 เป็นร้อยละ 79.0 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ตารางที่ 1)



แผนภูมิที่ 2 รูปแบบการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองโดยใช้แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ร.พ. มหาราช นครราชสีมา



ตารางที่ 1 ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการของกลุ่มตัวอย่าง (N=143)

ระดับความรู้	ก่อนการอบรม		หลังการอบรม		t
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ต่ำ	30	20.97	0	0	
ปานกลาง	71	49.65	30	20.90	77.357**
ดี	42	29.38	113	79.03	
รวม	143	100.00	143	100.00	

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01



3) ด้านความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจภายหลังการเข้าร่วมโครงการในระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 28 เป็นร้อยละ 65.0

ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการของกลุ่มตัวอย่าง (N=143)

ระดับความรู้	ก่อนการอบรม		หลังการอบรม		t
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ต่ำ	34	23.77	15	10.48	3.769**
ปานกลาง	81	56.64	35	24.47	
ดี	28	19.59	93	65.05	
รวม	143	100.00	143	100.00	

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5) ด้านความพึงพอใจต่อโครงการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานโครงการในระดับมากที่สุดร้อยละ 65 ความพึงพอใจด้านบุคลากรระดับมากที่สุดร้อยละ 61.4 ความพึงพอใจในภาพรวมในระดับมากที่สุดร้อยละ 54.3

6) ด้านคุณภาพชีวิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 64.33 โดยมีคะแนนด้านความสัมพันธ์ทางสังคมสูงสุดร้อยละ 71.32 ส่วนคะแนนคุณภาพชีวิตในระดับดี สูงสุดในด้านร่างกายร้อยละ 37.06 รองลงมา คือ ด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 34.26 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมดูแลสุขภาพตนเองโดยใช้แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาสารคาม (N=143)

คุณภาพชีวิตรายด้าน	ระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง		ระดับคุณภาพชีวิตดี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านร่างกาย	90	62.93	53	37.06
ด้านจิตใจ	98	68.53	45	31.46
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	102	71.32	41	28.67
ด้านสิ่งแวดล้อม	94	65.73	49	34.26
คุณภาพชีวิตโดยรวม	92	64.33	51	35.66

7) ผลการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด (RAMA EGAT SCORE) ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง พบว่า ผลการวัดครั้งแรกกลุ่มตัวอย่างมีโอกาสเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบรุนแรง ในเวลา 10 ปี สูงสุดร้อยละ 12 จำนวน 22 คน หลังการเข้าร่วมโครงการ

อย่างต่อเนื่องสามเดือน พบว่า กลุ่มเสี่ยงสูงซึ่งมีโอกาสเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบรุนแรงร้อยละ 12 ลดลงจาก 22 คน เหลือเพียง 6 คน ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ตารางที่ 4)



ตารางที่ 4 ร้อยละโอกาสเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบรุนแรงในเวลา 10 ปีของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ โดยใช้ RAMA-EGAT SCORE ประเมินเดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 (N=143)

โอกาสเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบรุนแรง		ผลการประเมินความเสี่ยงตามมาตรฐานแบบประเมิน			
ในเวลา 10 ปี		เดือนที่ 3		เดือนที่ 6	
คะแนนความเสี่ยง	ร้อยละโอกาสเกิดโรค	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
-2 ถึง 0	0	0	0	0	0
1 - 5	1	64	44.75	67	46.85
6 - 8	2	57	39.86	60	41.95
9	3	0	0	0	0
10 - 11	4	0	0	0	0
12	5	0	0	0	0
13	6	0	0	0	0
14	8	0	0	0	0
15	10	0	0	0	0
16	12	22	15.38	6	4.19

8) ด้านปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงาน เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล พบว่า กลุ่มเป้าหมาย มีปัญหาอุปสรรคด้านสุขภาพ และ แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านงบประมาณสนับสนุนได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ค่อนข้างล่าช้าไม่ทันกับการจัดกิจกรรมของโครงการ ด้านบุคลากร ส่วนมากพยาบาลแกนนำมีภาระงานมาก ต้องเสียสละใช้เวลานอกราชการมาจัดทำเอกสารรายงาน

การอภิปรายผล

การใช้แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือในการส่งเสริมสุขภาพทำให้กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจมีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นที่สำคัญ คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทำให้คะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจลดลง เกิดจากการที่สมาชิกกลุ่มมีการแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เป็นการเสริมพลังอำนาจให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้จากบุคคลที่เคยมีประสบการณ์มาก่อนในการปรับตัวแก้

ปัญหาและการดูแลสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นโดยเลือกวิถีที่เหมาะสมกับตนเอง^{6,7} สอดคล้องกับงานวิจัย “กระบวนการทัศนใหม่ของการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาสังคม” ซึ่งสรุปว่ากิจกรรมต่างๆ ที่เอื้อต่อการสื่อสารสองทางแบบมีส่วนร่วม เช่น การประชุมกลุ่มย่อย เสวนา ประชาพิชัย กิจกรรมพบปะสร้างความสัมพันธ์ ควรนำมาใช้อย่างผสมผสานเพื่อสร้างความสนใจ ความตระหนักนำมาซึ่งการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพต่อไป^{8,9,10} ฤทธิ์ไพธอง¹¹ พบว่าโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีผลต่อระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ของ Tucker & Oei¹² เปรียบเทียบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มกับรายบุคคล พบว่า การบำบัดแบบกลุ่มมีประสิทธิภาพและคุ้มค่ากว่าการบำบัดราย



บุคคล ผลจากการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมดูแลสุขภาพตนเองโดยใช้แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ได้เกิดการรวมตัวของกลุ่มผู้ป่วยและอาสาสมัคร โดยการจัดตั้งกลุ่มภายใต้ชื่อ “ชมรมเพื่อนช่วยเพื่อน โรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา” โดยมีผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเป็นคณะกรรมการและทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลเป็นที่ปรึกษาดำเนินงานภายใน หาเงินสนับสนุนเองด้วยการรับบริจาคและหารายได้จนสามารถเลี้ยงตัวเองได้ แม้ว่าจะไม่ได้งบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้วก็ตาม มีกิจกรรมอย่างต่อเนื่องในหลากหลายรูปแบบ มีการสร้างเครือข่ายกับชมรมอื่นๆ ทั้งในจังหวัดและระดับภาค คือ เป็นการสร้างความยั่งยืนของรูปแบบการส่งเสริมดูแลสุขภาพตนเองอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารควรประกาศนโยบายการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในแผนยุทธศาสตร์
2. พัฒนาต่อเนื่องให้เกิดเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมและป้องกันการเกิดโรคหัวใจเชื่อมโยงกันทั้งหน่วยบริการ ครอบคลุมและชุมชน ทั้งในระดับจังหวัดนครราชสีมาและระดับเขต
3. ขยายผลการดำเนินงานลงสู่กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ
4. จัดการสอนและฝึกปฏิบัติการทำกระบวนการกลุ่ม สำหรับนักศึกษาพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
5. ควรมีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศเข้าจัดการระบบข้อมูล เพื่อให้ง่ายต่อการจัดเก็บสืบค้นข้อมูล เชื่อมโยงข้อมูลกับเครือข่าย สามารถนำมาศึกษาวิจัยต่อได้

เอกสารอ้างอิง

1. สุขุม กาญจนพิมาย. พิทยา พิทยา ไร้โรค. เอกสารประกอบการบรรยายโครงการให้ความรู้ประชาชน 27 กรกฎาคม 2550. (ม.ป.พ.: ม.ป.ท.); 2550.
2. เอี่ยมพร สกุลแก้ว. 5 โรคภัย คร่าชีวิตคนไทย: โรคหัวใจ 2. กรุงเทพฯ: ไกลหมอ; 2550.

3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. [ออนไลน์] 2554 [อ้างเมื่อ 12 เมษายน 2554]. จาก www.related:bps.ops.moph.go.th:
4. ทิพาพร วงศ์หงส์กุล. กลุ่มช่วยเหลือตัวเอง: ทางเลือกหนึ่งของการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง. (ม.ป.พ.: ม.ป.ท.); 2550.
5. Von Bertalanffy. [online] 2001 [cite 2001 April 12]. Available from: www.panarchy.org/vonbertalanffy/systems.1968.html :
6. ทองทิพ แจกอหอ, อัมพร คำหล้า, สุปราณี พัฒนจิตวิไล. การประเมินประสิทธิผลโครงการส่งเสริมการดูแลตนเองและป้องกันการเกิดโรคหัวใจ โดยใช้กลุ่มช่วยเหลือ (Support group) ในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(4): 60-66.
7. ดรุณี ชูณหวัด. การจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองทางสุขภาพ วารสารพยาบาล 2546; 52: 16-24.
8. วิลาวัลย์ แก้วอ่อน, วาสนา รวยสูงเนิน. การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและข้อมูลที่ได้รับเพื่อการดูแลตนเองหลังเกิดการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับผลการหลอดเลือดหัวใจ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(2): 33-40.
9. ขวัญเนตร เกษชุมพล, ชวนพิศ ทำนอง, นพพล บัวสี. การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี โรงพยาบาลศรีสะเกษ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(4): 30-39.
10. รังสิมานี โลบล. กระบวนทัศน์ใหม่ของการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาสังคม. (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
11. อรทิพย์ เ่งอ้วน. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดงในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2.
12. Tucker, Oei PS. Is group more cost effective than individual cognitive behavior therapy. The evidence is not solid yet. Behavioural and Cognitive Psychotherapy 2006; 35(8): 77-91.



The Development of Self Health Promotion by Support Group Model in the Risk Group of Heart Disease, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

Tongtew Sharejoho B.N.S*

Amporn Khamla B.N.S*

Supranee Pattanajid vilai M.P.H.**

Abstracts

This research and development aimed to develop a model of self health promotion by using a support group concept in the risk group of heart disease, Maharat Nakhon Ratchasima hospital. The study composed of four stages: 1) situation analysis; 2) developing a model and tool; 3) application model; 4) evaluation effectiveness included process and outcome assessment. The purposive random sampling technique was used and gathered 143 samples. Those were divided into two groups: 1) 19 persons of support group; and 2) 124 persons of the risk group. The instruments used for collecting data were: 1) self care handbook; 2) the knowledge of heart disease and treatment knowledge handbook; 3) knowledge on self care test; 4) the ability on self care test; 5) satisfaction questionnaire; 6) Thai QOL questionnaire; and 7) RAMA-EGAT SCORE. Data were collected from June 2008 to September 2009. Statistics used for analysis were percentage, average, the standard of deviation, and pair t-test.

The research findings revealed that:

- 1) The initiated self health promotion model composed of establishing roles of multi- disciplinary and members ; forming activities, group size, duration and frequency of activities, place and materials.
- 2) The developed model fit and responded to the group's needs. The risk group was satisfied with the model.

After completely the program, the result showed that the member's knowledge. the risk group's RAMA-EGAT SCORE after participating in the model for three months was decreased from 22 to be 6 people. The health care team was very satisfied with this model because it was a proactive work and self- development.

The study findings mean to the health care executive team in terms of organizing the support group to be sustainable, which will lead to self- care group networks for heart disease patients as well as for community.

Keywords: Self health promotion, model, the risk group of heart disease, support group

*Registered Nurse, Senior Professional Level, Director of Nursing, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

**Registered Nurses, Professional Level, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital