

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

นลินี นิยมไทย* พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อภิญา ศิริพิทยาคุณกิจ** ปร.ด. (การพยาบาล), วพย. (สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์)

สุมลชาติ ดวงบุบผา*** ปร.ด. (การพยาบาล)

บทคัดย่อ:

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระดับสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ร่วมกับการใช้กลยุทธ์การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า มีภาวะหัวใจล้มเหลวและเข้ารับการรักษาโรงพยาบาลรามาริบัติคัดเลือกคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 29 ราย กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองทั้งหมด 3 ระยะ ระยะที่ 1 ส่งเสริมการรู้จักตนเอง กระตุ้นให้เกิดความตระหนักของปัญหาสุขภาพและสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ระยะที่ 2 พัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลตนเองในภาวะหัวใจล้มเหลว ในสัปดาห์ที่ 1 ขณะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล และระยะที่ 3 ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องด้วยการติดตามทางโทรศัพท์หลังจำหน่าย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง 4 สัปดาห์ เปิดช่องทางด่วนติดต่อได้ 24 ชั่วโมง รวมระยะเวลาดำเนินโปรแกรม 6 สัปดาห์ การเก็บข้อมูลดำเนินการก่อนเข้าร่วมโปรแกรม สิ้นสุดโปรแกรมทันที และสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำทางเดียว ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองและคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที หลังสิ้นสุดโปรแกรมมาแล้ว 1 เดือนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อควบคุมการเกิดอาการกำเริบของโรคเพื่อส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

คำสำคัญ : หัวใจล้มเหลว โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ การดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต

*นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) โรงเรียนพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดลและพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลรามาริบัติ

**Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์และผู้อำนวยการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ โรงเรียนพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล, E-mail: apinya.sii@mahidol.ac.th

***อาจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ 6 พฤษภาคม 2563 วันที่แก้ไขบทความ 2 มิถุนายน 2563 วันตอบรับบทความ 9 กรกฎาคม 2563

Effects of A Motivation for Self-care Program on Self-care and Quality of Life in Persons with Heart Failure

Nalinee Niyomthai* M.N.S. (Adult Nursing)

Apinya Siripitayakunkit** Ph.D. (Nursing), Dip. (Medical-Surgical Nursing)

Sumolchat Duangbubpha*** Ph.D. (Nursing)

Abstract:

The purpose of this quasi-experimental study, using one group with pretest-posttest design with repeated measures, was to examine the effects of a motivation for self-care program on self-care and quality of life in persons with heart failure. The Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-Care, combined with the motivation interview technique, was used as the theoretical framework of the study. Twenty-nine persons with heart failure during hospitalization were recruited by purposive sampling based on the inclusion criteria. The program consisted of three phases: Phase I: Promoting self-awareness on health status and motivating health behavior modification; Phase II: Developing self-care abilities and skill training for heart failure self-care in the first during hospitalization, and Phase III: Empowering continuous self-care in heart failure using home telephone counselling after discharge once a week for four times with the Hotline service for 24 hours for the emergency case, in a total of six weeks. Data collection was done three times: before the program intervention, after completion of the program, and one month after completion of the program. Descriptive statistics and one-way repeated measures analysis of variance were used to analyze the data. The study findings showed that the mean scores of self-care and quality of life after completion of the program, and one month after completion of the program were significantly higher than those before entering the program. The findings show the effectiveness of the motivational for self-care program. Therefore, the motivation for self-care program should be implemented to improve self-care behavior in controlling heart failure exacerbation and promote the quality of life in persons with heart failure.

Keywords: Heart failure, Motivation interviewing, Self-care, Quality of life

*Master's Student, Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

**Corresponding author, Assistant Professor and Advanced Practice Nurse (Medical-Surgical Nursing), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, E-mail: apinya.sii@mahidol.ac.th

***Lecturer, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Received May 6, 2020, Revised June 2, 2020, Accepted July 9, 2020

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองต่อการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลว (heart failure) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติทางด้านโครงสร้าง หรือการทำงานของหัวใจ ทำให้ไม่สามารถบีบตัวสูบน้ำเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายหรือรับเลือดกลับเข้าสู่หัวใจได้ตามปกติ ส่งผลให้เนื้อเยื่อและอวัยวะต่างๆ ได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ และเกิดมีการคั่งของน้ำทั่วร่างกาย¹ จนเกิดอาการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลวขึ้นในที่สุด² โดยสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว คือ 1) เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดหัวใจและลิ้นหัวใจ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ และ 2) เกิดจากปัจจัยสนับสนุนอื่นที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ ภาวะช้ำ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วน³ การขาดการออกกำลังกายและการสูบบุหรี่⁴ การที่หัวใจมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอย่างถาวรทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวจัดเป็นภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาเป็นเพียงเพื่อลดความรุนแรงและป้องกันการเกิดอาการกำเริบซ้ำ ประกอบด้วย การรักษาด้วยยา การแก้ไขสาเหตุและปัจจัยชักนำที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว² ซึ่งการรักษาจะเกิดผลลัพธ์ที่ดีได้นั้นจะต้องกระทำควบคู่ไปกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง^{1,2} ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจึงจำเป็นต้องมีการปรับพฤติกรรมหลายพฤติกรรมร่วมกันเพื่อให้อาการของภาวะหัวใจล้มเหลวคงที่ได้แก่ การควบคุมอาหารเค็ม การจำกัดน้ำดื่ม การรับประทานยาและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ งดสูบบุหรี่/สุราและต้องติดตามประเมินน้ำหนักทุกวัน^{1,2,5,6} สิ่งเหล่านี้ล้วนกระทบกับการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ⁷ เนื่องจากการดูแลตนเองในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความซับซ้อน ต้องเรียนรู้ พยายามปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันอาการกำเริบซึ่งบางครั้งอาจก่อให้เกิดปัญหา อุปสรรคต่างๆ เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย

ขาดแรงจูงใจ และมีความตระหนักการดูแลสุขภาพของตนเองลดลง^{6,8} ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถคงพฤติกรรมดูแลตนเองไว้ได้ ปัญหาที่พบบ่อย คือ การไม่สามารถจำกัดปริมาณน้ำและรับประทานอาหารเฉพาะโรค⁸⁻¹⁰ ไม่ให้ความร่วมมือกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ¹⁰ หรือไม่สามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติของร่างกายทำให้เกิดความล่าช้าในการจัดการอาการ เกิดภาวะแทรกซ้อนและต้องกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล⁹ ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวบางรายมีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นเพิ่มขึ้น รู้สึกเป็นภาระต่อครอบครัว เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และจิตสังคม¹¹ จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น¹²

การดูแลตนเองเป็นกระบวนการตัดสินใจทางธรรมชาติที่มีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคล ปัญหาสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม แตกต่างกันในแต่ละบุคคล เนื่องจากการมีความรู้ ประสบการณ์ ทักษะ และการให้คุณค่ากับการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองที่ต่างกัน ผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จในการดูแลตนเองนั้นจะต้องมีความเชื่อมั่นหรือรับรู้ความสามารถของตนเอง¹³ พยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ มีบทบาทสำคัญในการสร้างความตระหนัก เสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเอง⁷ อีกทั้งยังส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ผ่านกระบวนการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ฝึกทักษะ ให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถเฝ้าระวังตนเอง รับรู้และจัดการอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เมื่อผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหากมีการดูแลตนเองที่ดี จะทำให้สามารถควบคุมอาการและลดความก้าวหน้าในการดำเนินของโรค ไม่กลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลส่งผลให้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น²

โรงพยาบาลรามาริบัติ เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิที่ให้การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีปัญหาซับซ้อนจากการรายงานสถิติผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรามาริบัติในปี พ.ศ. 2555-2559 พบว่ามีจำนวน 659, 698, 711, 648, และ 663 คนต่อปี ตามลำดับ และมีผู้ป่วยที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 9-12 ต่อปี ในปัจจุบันมีการพัฒนาทางการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีรูปแบบส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะของโรคและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง แต่จากการสอบถามผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบและกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำของผู้วิจัย พบว่า ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรม เช่น จำกัดน้ำ อาหาร ออกกำลังกายได้ เมื่อระยะเวลาผ่านไปผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดความต่อเนื่องจึงไม่สามารถคงพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดีได้ และนอกจากนี้จากการสอบถามพยาบาล พบว่า รูปแบบการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นไปตามประสบการณ์ของพยาบาลขาดการประเมินลักษณะผู้ป่วยแต่ละราย ให้ความรู้กับผู้ป่วยทุกคน ๆ เหมือนกันร่วมกับขาดการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายกลับบ้าน ดังนั้น ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถคงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับการดูแลสุขภาพในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ประกอบด้วย ปัจจัยภายในของบุคคล เช่น ประสบการณ์และทักษะ แรงจูงใจ การรู้คิด ความมั่นใจ และ ปัจจัยสิ่งแวดล้อม เช่น การได้รับการสนับสนุน การเข้าถึงบริการ และวัฒนธรรม ดังนั้น ในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องคำนึงถึงปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพได้ โดยเฉพาะการสร้างประสบการณ์ ทักษะ และแรงจูงใจให้เกิดความตระหนักในปัญหา เกิดความต้องการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพ¹³ โดยจากการ

ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับการส่งเสริมการดูแลสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า การเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ช่วยเป็นแรงผลักดันให้เกิดเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนกับผู้ป่วย¹⁵ และนอกจากนี้การศึกษาเกี่ยวกับการเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง¹⁶ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาซับซ้อน¹⁷ ผลการศึกษาพบว่า สามารถช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพ และมีความสม่ำเสมอในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพ^{16,17} เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางคลินิก^{16,17} ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงขึ้น¹⁷ สำหรับการศึกษาที่เกี่ยวกับการเสริมสร้างแรงจูงใจในกลุ่มผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวผลการศึกษาพบว่า ช่วยเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมและความมั่นใจในการดูแลสุขภาพ⁶ และคงพฤติกรรมปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง¹⁷ อีกทั้งยังช่วยลดการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีโรคร่วมหลายโรคได้¹⁸ จะเห็นได้ว่า การศึกษาผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ผ่านมา ยังไม่พบการศึกษาในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศที่มีความแตกต่างกันทั้งลักษณะประชากร สังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และรูปแบบของการให้บริการด้านสุขภาพ ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยแตกต่างกัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพต่อการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพต่อการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองต่อการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

สมมติฐานการวิจัย

1. การดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. คุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดของการวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีระดับสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจง เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวของริเกลและคณะ¹³ เป็นทฤษฎีระดับกลาง (middle-range theory) อธิบายถึงการดูแลตนเองเป็นกระบวนการตัดสินใจตามธรรมชาติในการเลือกวิธีปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกายตามสถานการณ์ขึ้นอยู่กับ 1) ลักษณะเฉพาะบุคคล เช่น อายุ เชื้อชาติ ความเชื่อ วัฒนธรรม การรับรู้ความรุนแรงของโรคและความมั่นใจในการดูแลตนเอง 2) ปัญหาสุขภาพ เกิดจากการมีพยาธิสภาพของโรค การมีโรคร่วม ได้รับการดูแลรักษาที่ซับซ้อน หรือการมีภาวะสมองเสื่อม ทำให้ลดความสามารถในการดูแลตนเอง ปฏิบัติกิจกรรมประจำวันเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานได้ไม่เต็มที่ และ 3) ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม โดยเชื่อว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้มีการดูแลตนเองที่ดี

สถานการณ์ดังกล่าวนี้ก่อให้เกิดเป็นกระบวนการตัดสินใจผ่านการมีความรู้ ประสิทธิภาพ ทักษะ และการเห็นคุณค่าในการดูแลตนเองและนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรม มีแรงจูงใจและความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเป็นองค์ประกอบที่สำคัญส่งผลให้การดูแลตนเองประสบความสำเร็จโดยมีหลักการที่สำคัญ

ประกอบด้วย 1) พฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงในการทำร่างกายมีอาการคงที่ 2) การรับรู้อาการ ติดตามและการแปลความผิดปกติของอาการหัวใจล้มเหลว และ 3) การจัดการตนเอง คือ การเลือกวิธีการบรรเทาอาการได้อย่างเหมาะสม ควบคุมอาการกำเริบรุนแรงและลดความก้าวหน้าในการดำเนินของโรค สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้มากขึ้น ลดการพึ่งพา และสูญเสียค่าใช้จ่ายจากการกลับเข้ารับรักษาเข้าในโรงพยาบาลลดลง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวดีขึ้น¹⁹

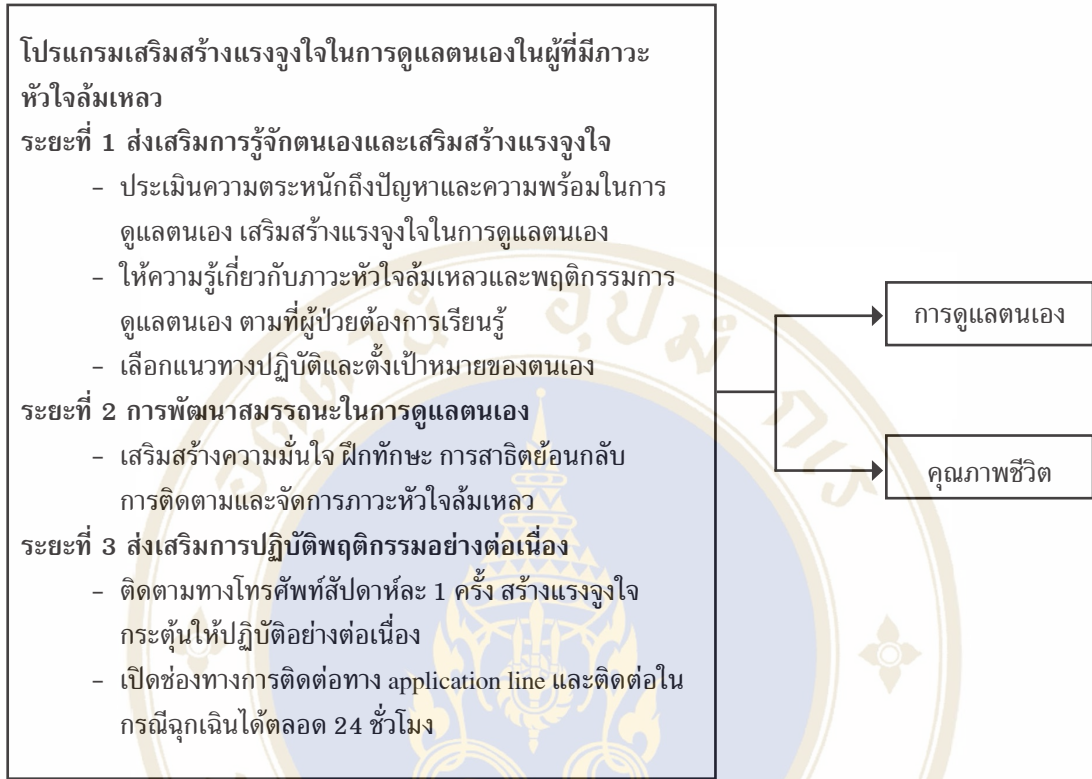
ตามแนวคิดทฤษฎีระดับสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ภาวะหัวใจล้มเหลวแรงจูงใจเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองและคงพฤติกรรมปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง¹⁰ ซึ่งแรงจูงใจประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) แรงจูงใจภายนอก เป็นสิ่งผลักดันภายนอกที่บุคคลที่มากกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม เช่น การได้รับรางวัลหรือคำชม และ 2) แรงจูงใจภายใน เป็นแรงจูงใจที่เกิดจากภายในตัวบุคคลที่อยากรู้ สนใจ และมีความตั้งใจที่จะกระทำ แรงจูงใจภายในมีความสำคัญอย่างมากที่จะสามารถช่วยให้บุคคลนั้นสามารถคงพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง¹³ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมิลเลอร์และโรนิก²⁰ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นปัญหาของตนเอง ตระหนักถึงการดูแลสุขภาพ เห็นความแตกต่างของการปฏิบัติพฤติกรรมเดิมและพฤติกรรมตามเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้ ก้าวข้ามผ่านความลังเลใจเกิดแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนซึ่งนำไปสู่การลงมือปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง²⁰⁻²² จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า มีการนำแนวคิดในการเสริมสร้างแรงจูงใจมาใช้ในการส่งเสริมการดูแลตนเองในกลุ่มผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น การศึกษาของมาปรี¹⁸ และพาราติส²³ ลักษณะของการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบต่อหน้า 1 ครั้ง และติดตามต่อเนื่องทางโทรศัพท์ ผลการศึกษาพบว่า

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

การเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ลักษณะของโปรแกรมเป็นการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล การคำนึงถึงความพร้อมของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้น ก่อนที่จะเริ่มการส่งเสริมการดูแลตนเอง ผู้วิจัยทำการประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของโปรชาสกาและโคคลีเมน²⁴ เพื่อนำใช้ในการวางแผนการส่งเสริมการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับความพร้อมของผู้ป่วยแต่ละระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ไม่สนใจปัญหาคือการที่บุคคลยังไม่คิดว่าสิ่งที่เป็นอยู่เป็นปัญหา ไม่พร้อมเปลี่ยนแปลง การสร้างสัมพันธภาพเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งให้เข้าถึงปัญหาและความแตกต่างของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ระยะที่ 2 ลังเลใจที่จะปรับพฤติกรรม ในขั้นนี้ต้องให้บุคคลนั้นทบทวนปัญหา กระตุ้นให้คิดถึงข้อเสียของพฤติกรรมเดิม คิดข้อดีและประโยชน์ของการปรับพฤติกรรม ระยะที่ 3 เตรียมการที่บุคคลเริ่มวางแผนเปลี่ยนแปลง ต้องกระตุ้นให้ตั้งเป้าหมาย วางแผนเปลี่ยนพฤติกรรมตามความต้องการของบุคคลนั้น ๆ ให้ความรู้และการลงมือปฏิบัติ ระยะที่ 4 ลงมือปฏิบัติ ต้อง

พยายามส่งเสริมให้กระทำต่อเนื่อง เพื่อบรรลุเป้าหมาย ระยะที่ 5 กระทำต่อเนื่อง ต้องส่งเสริมกำลังใจ และช่วยแก้ปัญหาเพื่อคงพฤติกรรมการปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง และ ระยะที่ 6 กลับไปทำซ้ำ บุคคลอาจกลับไปสู่พฤติกรรมเดิมซึ่งไม่ควรตำหนิให้ร่วมกันค้นหาปัญหาสร้างความเชื่อมั่นและชื่นชมให้กลับมาปฏิบัติพฤติกรรมตามเดิม ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทั้ง 3 แนวคิดที่กล่าวมาทั้งหมดมาผสมผสานและสร้างโปรแกรมขึ้นเพื่อให้สามารถวางแผนการจัดชุดกิจกรรมให้เหมาะสมกับบุคคลประกอบด้วยทั้งหมด 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ส่งเสริมการรู้จักตนเอง สร้างความตระหนัก สร้างแรงจูงใจให้เกิดต้องการอยากเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ก้าวผ่านความลังเลใจ ส่งเสริมความรู้ในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ ตั้งเป้าหมายและวางแผนการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง ในระยะที่ 2 การพัฒนาสมรรถนะในการดูแลตนเอง ต่อเนื่อง ฝึกทักษะ และส่งเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติ เตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน และระยะที่ 3 ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องที่บ้านติดตามช่วยเหลือในการแก้ปัญหา เสริมแรงจูงใจให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยเพิ่มความผาสุกร่างกายและจิตใจส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น สรุปลงมือปฏิบัติที่ 1

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองต่อการดูแลตนเอง
และคุณภาพชีวิตในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คือ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรงพยาบาล 2) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 3) มีการรู้คิดปกติ ในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ต้องผ่านคัดกรองด้วยแบบประเมิน MINI-COG ฉบับภาษาไทยของพวงผกา กรีทอง²⁵ 4) มีสัญญาณชีพคงที่ไม่มีอาการเหนื่อยหอบก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 5) ความรุนแรงของอาการ แบ่งตามเกณฑ์ของ New York Heart Association Functional class II ถึง IV 6) ไม่เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น end stage of heart failure 7) ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมี

โทรศัพท์ติดต่อได้ และ 8) มีความสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ มีอาการกำเริบรุนแรงขึ้นในระหว่างทำการวิจัยเช่น ระบบการหายใจล้มเหลวต้องใส่ท่อช่วยหายใจ หรือต้องได้รับการทำหัตถการทางหัวใจที่ซับซ้อนหรือการช่วยฟื้นคืนชีพ หรือผู้เข้าร่วมวิจัยขอถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ขนาดอิทธิพล 0.5 อ้างอิงจากงานวิจัยกึ่งทดลองที่มีความคล้ายคลึงกัน²⁰ นำมาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* power 3.0.10 เมื่อกำหนดค่า α (level of significance) = .05 และ β (power of analysis) = .80²⁶ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 27 ราย เก็บข้อมูลช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2561 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 มีผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีคุณสมบัติตามกำหนดเข้ารับการรักษา

36 ราย กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย 2 ราย เสียชีวิตขณะเข้าร่วมวิจัยจากภาวะตับอักเสบและมีน้ำในช่องท้อง 1 ราย และมีผู้ป่วย 4 รายที่ไม่ผ่านการคัดกรองภาวะพร่องการรู้คิด จึงไม่นำเข้าร่วมโปรแกรม ดังนั้นในการทำวิจัยครั้งนี้มีผู้ร่วมวิจัยทั้งหมด 29 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือ 3 เครื่องมือได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วย 2) เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย และ 3) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วย คือแบบประเมิน MINI-COG™ -PS version เป็นเครื่องมือคัดกรองภาวะพร่องการรู้คิด²⁷⁻²⁸ มีการประเมิน 2 ส่วน ส่วนที่ 1 คือ การทดสอบความจำระยะสั้น (จำคำ 3 คำ) ส่วนที่ 2 คือ กระบวนการทางความคิดโดยการวาดนาฬิกา คะแนนเต็ม 5 คะแนน หากได้คะแนนรวมน้อยกว่า 3 ถือว่า อาจมีความผิดปกติด้านความคิดความเข้าใจ

2. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย

2.1 โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ประกอบด้วย สอนรายบุคคล ร่วมกับการฝึกทักษะและเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองแบ่งเป็น 3 ระยะ รวมกิจกรรมทั้งหมด 7 ครั้ง ระยะเวลาของการดำเนินโปรแกรมทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 ส่งเสริมการรู้จักตนเองและเสริมสร้างแรงจูงใจ กิจกรรมครั้งที่ 1 เมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่อย่างน้อย 24 ชั่วโมง ใช้ระยะเวลา 30-40 นาที สร้างสัมพันธภาพประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเองที่ผ่านมา ประเมินระยะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม วางแผนกิจกรรมให้สอดคล้องกับความพร้อมของผู้ป่วย ดังนี้

ขั้นไม่สนใจปัญหาและการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรม (pre-contemplation) การสร้างสัมพันธภาพให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลดีเมื่อมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และผลเสียในการปฏิบัติพฤติกรรมเดิม เพื่อสร้างความตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น รับฟังอย่างตั้งใจ หลีกเลี่ยงการโต้แย้ง

ขั้นลังเลใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (contemplation) ให้ลองจินตนาการถึงผลเสียหากยังคงปฏิบัติพฤติกรรมเดิมและชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สั้นๆ ร่วมใช้ข้อมูลทางการแพทย์เพื่อให้เกิดความชัดเจน สะท้อนคิด และกระตุ้นให้เกิดความอยากที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ขั้นตัดสินใจและเตรียมตัวเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (preparation) ส่งเสริมความรู้ตามที่ผู้ร่วมวิจัยกังวลหรือ ต้องการเรียนรู้ในรูปแบบการแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกัน หาแนวทางปฏิบัติร่วมกัน โดยเริ่มตั้งเป้าหมายในพฤติกรรมที่มีแนวโน้มที่จะสามารถเปลี่ยนได้ สร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ร่วมวิจัย

ขั้นลงมือปฏิบัติ (action) สร้างความเชื่อมั่นและเสริมสร้างแรงจูงใจ ประเมินปัญหา/อุปสรรค หาแนวทางร่วมกันในการดำเนินการแก้ไข

ขั้นปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง (maintenance) ประเมินผลเป้าหมาย สอบถามปัญหาและอุปสรรค ให้คำปรึกษา หาแนวทางร่วมกันในการแก้ไขและสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 2 พัฒนาสมรรถนะในการดูแลตนเอง ประกอบด้วยกิจกรรม 2 ครั้ง ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 2 (1-2 วันหลังจากพบผู้ป่วย ใช้ระยะเวลา 40-60 นาที) ฝึกทักษะโดยการสาธิตและปฏิบัติย้อนกลับ ประเมินความมั่นใจ และสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถ

กิจกรรมครั้งที่ 3 (ภายใน 48 ชั่วโมงก่อนกลับบ้าน) ใช้ระยะเวลา 30 นาที ทบทวนการฝึกปฏิบัติ ส่งเสริมความมั่นใจในการดูแลตนเองต่อเมื่อที่บ้าน นัดหมายติดตามทางโทรศัพท์และเปิดช่องทางการติดต่อ

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองต่อการดูแลตนเอง
และคุณภาพชีวิตในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ทาง Line application นอกจากนี้กรณีฉุกเฉินสามารถติดต่อขอความช่วยเหลือทางช่องทางด่วนตลอด 24 ชั่วโมง

ระยะที่ 3 ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมครั้งที่ 4-6 (72 ชั่วโมง สัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 หลังออกจากโรงพยาบาล) ระยะเวลา 10-15 นาที ประเมินผลเป้าหมาย สอบถามปัญหาและอุปสรรคให้คำปรึกษาและสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

โปรแกรมได้รับการพิจารณาเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ทางด้านการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วย 1 ท่าน และพยาบาลผู้ชำนาญการในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหาและทำการทดสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ.9

2.2 เอกสารความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวและสมุดบันทึกการดูแลตนเองจัดทำโดยกลุ่มงานภาวะหัวใจล้มเหลวและอายุรศาสตร์การปลูกถ่ายหัวใจ ศูนย์โรคหัวใจโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เป็นเอกสารที่เผยแพร่เป็นสาธารณะที่สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์

3) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล สร้างขึ้น

โดยผู้วิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นข้อความเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ และสิทธิการรักษาพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลด้านการรักษาจากเวชระเบียน บันทึกข้อมูลโดยผู้วิจัย ได้แก่ วันที่เข้ารับการรักษา โรคร่วม สาเหตุของการนอนโรงพยาบาล ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวแบ่งตามเกณฑ์ของ New York Heart Association Functional class II ถึง IV ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลว และจำนวนครั้งการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวใน 1 ปีที่ผ่านมา

3.2) แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว (Self-Care of Heart Failure Index: SCHFI) พัฒนาโดยริเกลและคณะ²⁹ แปลเป็นภาษาไทยโดยจอม สุวรรณโน¹² ใช้ประเมินการดูแลตนเอง 3 ด้าน คือ 1) การดำรงพฤติกรรมดูแลตนเอง 6 ข้อ (ข้อที่ 1-6) 2) การจัดการดูแลตนเอง 7 ข้อ (ข้อที่ 7-13) และ 3) ความมั่นใจในการดูแลตนเอง 4 ข้อ (ข้อที่ 14-17) ลักษณะคำตอบเป็นลิเคิตสเกล 4 ระดับ คะแนนอยู่ในช่วง 10-40 คะแนน โดยข้อคำถามที่ 6 และ 7 ไม่นำมาคิดคะแนน เพราะเป็นคำถามที่ต้องการให้นำไปสู่อีกคำถามที่ 8 แต่เนื่องจากคะแนนรวมของแต่ละด้านไม่เท่ากัน ปรับคะแนนให้เป็น 100 คะแนน ระดับคะแนนที่มากกว่าหรือเท่ากับ 70 คะแนน หมายถึง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม วิธีการคำนวณ คือ

$$\text{คะแนนที่ได้ (เต็ม 100 คะแนน)} = \frac{\text{คะแนนที่ได้ (เต็ม 40 คะแนน)} \times 100}{40}$$

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำปilot ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .77 ในการวิจัยครั้งนี้ได้ค่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (α) เท่ากับ .70 แยกเป็นรายด้าน ได้ค่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของการดำรงพฤติกรรมกรรมการดูแล การจัดการดูแลตนเอง และความมั่นใจในการดูแลตนเอง มีค่าเท่ากับ .71, .70, และ .77 ตามลำดับ

3.3) แบบประเมินคุณภาพชีวิตภาวะหัวใจล้มเหลวมินนิโซต้า (The Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire: MLHFQ) พัฒนาโดย เรคเตอร์ คูโบและโคห์น³⁰ แปลเป็นภาษาไทยโดย พงศภากรีทอง²⁵ เป็นแบบประเมินการรับรู้ถึงผลกระทบของภาวะหัวใจล้มเหลว ต่อการดำเนินชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมสิ่งแวดล้อมของผู้มีภาวะหัวใจล้มเหลว ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มีข้อความทั้งหมด 21 ข้อ คะแนน 0 ถึง 5 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-105 คะแนน คะแนนที่มาก หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองได้รับผลกระทบทางลบจากภาวะหัวใจล้มเหลวมาก มีผลกระทบกับคุณภาพชีวิตมาก ในการรายงานผลการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้กลับค่าคะแนนเพื่อให้คะแนนมีความสอดคล้องกับคะแนนการวัดคุณภาพชีวิตที่วัดโดยทั่วไป ทำให้ระดับคะแนนมากหมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .93 ในการวิจัยนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .73

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลเลขที่ MURA 2561/570 และมีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาโดยผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ การเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิเข้าร่วมหรือถอนตัวจากงานวิจัย เมื่อตอบรับเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย การปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อแผนการรักษาตามปกติที่จะได้รับ ข้อมูลเก็บเป็นความลับโดยไม่เปิดเผยชื่อ สุก ผลการวิจัยถูกนำเสนอในภาพรวม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ชั้นเตรียมการวิจัยและชั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นที่ 1 เตรียมการวิจัย ผู้วิจัยเรียนและฝึกปฏิบัติการใช้กลยุทธ์การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจกับ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงที่มีประสบการณ์และความชำนาญในการใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยนำโปรแกรมไปทดลองใช้ กับผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน พบว่า ผู้ป่วยเข้าใจภาษาที่ใช้ระยะเวลาทำโปรแกรมเหมาะสม ไม่พบผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยผิดปกติในระหว่างการดำเนินโปรแกรม

ขั้นที่ 2 ชั้นเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ภายหลังได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ ผู้เข้าร่วมวิจัย แจ้งลักษณะของกลุ่มตัวอย่างแก่แพทย์ และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อขอความร่วมมือให้การแนะนำผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ให้ผู้วิจัย

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองต่อการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

2. เมื่อพบผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวตามเกณฑ์
พยาบาลประจำหอผู้ป่วยจะเป็นผู้แนะนำตัวผู้วิจัยให้
กับผู้ป่วย แจ้งให้ทราบรายละเอียดโครงการวิจัย
วัตถุประสงค์ วิธีการ ผลประโยชน์และผลกระทบที่อาจ
เกิดขึ้น พร้อมให้ผู้ร่วมวิจัยเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้วิจัยติดตามและประเมินอาการของภาวะ
หัวใจล้มเหลว มีอาการคงที่อย่างน้อย 24 ชั่วโมง ผู้วิจัย
เก็บข้อมูลก่อนการทดลองด้วยแบบสอบถาม ในขณะที่ทำ
แบบสอบถามถ้าผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยสามารถแจ้งให้
ทราบและหยุดพักการทำแบบสอบถาม เมื่ออาการ
เหนื่อยดีขึ้นค่อยเริ่มทำแบบสอบถามอีกครั้ง

4. เริ่มดำเนินโปรแกรมการวิจัย มีรายละเอียด
ดังนี้

ระยะที่ 1 ส่งเสริมการรู้จักตนเองและเสริมสร้าง
แรงจูงใจ โดยการสร้างสัมพันธภาพ ประเมินการดูแล
ตนเองที่ผ่านมา ความตระหนักถึงปัญหาความร่วมมือใน
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้คำถามปลายเปิด เช่น
“คุณมีความคิดเห็นอย่างไรกับภาวะหัวใจล้มเหลวของ
คุณ” “ที่ผ่านคุณมีการดูแลตนเองอย่างไรบ้าง” “ถ้าคุณ
ต้องดูแลตนเองตามคำแนะนำที่ได้รับตลอดชีวิต คุณมี
ความคิดเห็นอย่างไรและมีโอกาสเป็นไปได้มากแค่ไหน”
รับฟังอย่างตั้งใจ หลีกเลี่ยงการโต้แย้ง วางแผนกิจกรรม
ให้เหมาะสมกับระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ให้ลอง
จินตนาการเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรม
เดิมและผลที่เกิดจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พร้อมทั้ง
ทั้งพูดส่งเสริมแรงจูงใจและสร้างความมั่นใจในการดูแล
ตนเองและกล่าวชื่นชมในสิ่งที่เคยทำสำเร็จมาก่อน
ให้ความรู้ตามความต้องการเรียนรู้ ในรูปแบบการแลกเปลี่ยน
ความรู้มากกว่าวิธีการสอน เปิดโอกาสให้ซักถาม
ปัญหาหรือข้อสงสัย พร้อมทั้งสรุปความก่อนที่จะกระตุ้น
ให้ตั้งเป้าหมายของตนเอง

ระยะที่ 2 พัฒนาสมรรถนะในการดูแลตนเอง
ประกอบด้วยกิจกรรม 2 ครั้ง ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 2 (1-2 วันหลังจากพบผู้ป่วย)
ทบทวนความรู้ สาธิตการประเมินอาการ การชั่งน้ำหนัก

และร่วมฝึกปฏิบัติให้ความมั่นใจด้วยเทคนิคไม้บรรทัด
แห่งความพร้อมมีคะแนนตั้งแต่ 1-10 คะแนน

กิจกรรมครั้งที่ 3 (ภายใน 48 ชั่วโมงก่อนกลับ
บ้าน) ทบทวนการฝึกปฏิบัติ การประเมินอาการ การ
บันทึกการดูแลตนเอง เสริมสร้างแรงจูงใจในและเชื่อมั่น
ในความสามารถของผู้ป่วย ประเมินความพร้อม เน้นย้ำ
ถึงความสำคัญในการดูแลตนเองในการดูแลตนเอง
ต่อเนืองที่บ้าน นัดหมายติดตามทางโทรศัพท์และ
แอปพลิเคชัน

ระยะที่ 3 ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง
กิจกรรมครั้งที่ 4-6 (72 ชั่วโมง สัปดาห์ที่ 2, 3
และ 4 หลังออกจากโรงพยาบาล) ระยะเวลา 10-15
นาที สอบถามปัญหาในการดูแลตนเอง ปัญหาและ
อุปสรรค ประเมินผลการปฏิบัติด้วยคำถามปลายเปิด
เช่น “น้ำหนักตัวเป็นอย่างไร มีอาการผิดปกติเกิดขึ้น
อย่างไรบ้าง” ให้คำปรึกษาหาแนวทางการแก้ไขร่วมกัน
กล่าวชื่นชมและกระตุ้นการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

4. หลังสิ้นสุดโปรแกรมภายหลังผู้วิจัยเก็บข้อมูล
หลังการทดลอง และติดตามประเมินผลต่อเนืองหลัง
สิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน โดยให้ผู้เข้าร่วมการ
วิจัยส่งแบบสอบถามคืนทางไปรษณีย์ หรือนัดไปรับ
แบบสอบถามในวันที่ผู้เข้าร่วมวิจัยมาตรวจตามนัดเพื่อ
ติดตามอาการจากแพทย์

ผลการวิจัย

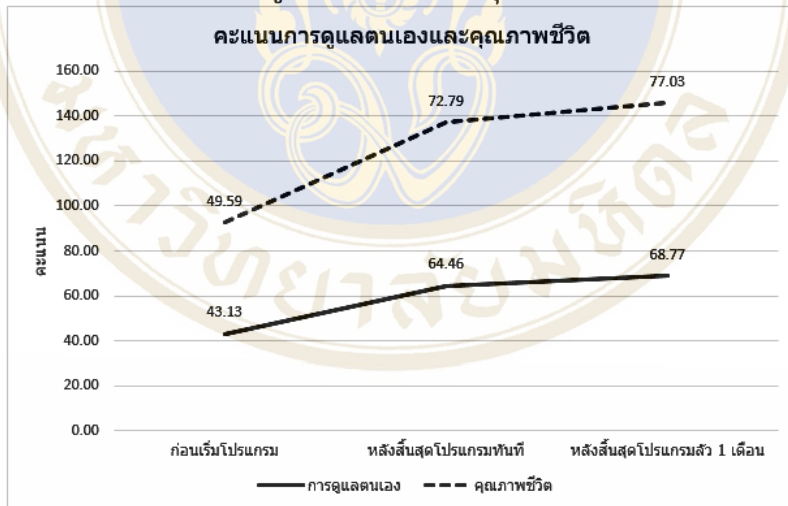
กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด
จำนวน 29 ราย เป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 26 ราย
อายุเฉลี่ย 72.76 ปี เป็นเพศหญิง 18 ราย เพศชาย 11
ราย มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 58.60 จบการศึกษาอยู่ใน
ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 27.60 ส่วนใหญ่ไม่ได้
ประกอบอาชีพ มีโรคประจำตัวมากกว่า 3 โรค ได้แก่
ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 86.2 เบาหวาน ร้อยละ 58.6
ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 58.60 โรคไตเสื่อม ร้อยละ 31

นลินี นิยมไทย และคณะ

ระดับความรุนแรงของอาการหัวใจล้มเหลวอยู่ที่ NYHA III ร้อยละ 72.40 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยเฉลี่ย 2.40 ปี และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาใน 1 ปีที่ผ่านมาอยู่ในช่วง 1-6 ครั้ง ก่อนเข้าโปรแกรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในชั้นสังคมที่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองยังไม่ถูกต้องและครบถ้วน ติดตามอาการได้แต่ไม่สามารถแปลผลอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ทำให้ไม่สามารถจัดการกับอาการได้อย่างทันที คิดเป็นร้อยละ 65.52 สำหรับทางด้านการปฏิบัติตน พบว่า การไม่สามารถจำกัดปริมาณน้ำดื่มพบมากที่สุดร้อยละ 48.28 การจำกัดอาหารเค็มและการไม่มีเวลาหรือไม่สามารถทำกิจกรรม ออกกำลังกาย ใกล้เคียงกันร้อยละ 37.93

เปรียบเทียบการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองโดยรวมและแยกเป็นรายด้าน ประกอบด้วย การดำรงพฤติกรรมการดูแลตนเอง การจัดการในการดูแลตนเอง และความมั่นใจในการดูแลตนเอง หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีและหลังสิ้นสุดโปรแกรมมาแล้ว 1 เดือนสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนก่อนได้รับโปรแกรม แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองที่ดีขึ้น โดยเฉพาะในด้านการดำรงพฤติกรรมการดูแลตนเองมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองมากกว่า 70 คะแนน นอกจากนี้ คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมีแนวโน้มสูงขึ้นภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีและหลังสิ้นสุดโปรแกรมมาแล้ว 1 เดือน แสดงว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วยเช่นกัน แสดงรายละเอียดตามแผนภูมิที่ 1 และ 2

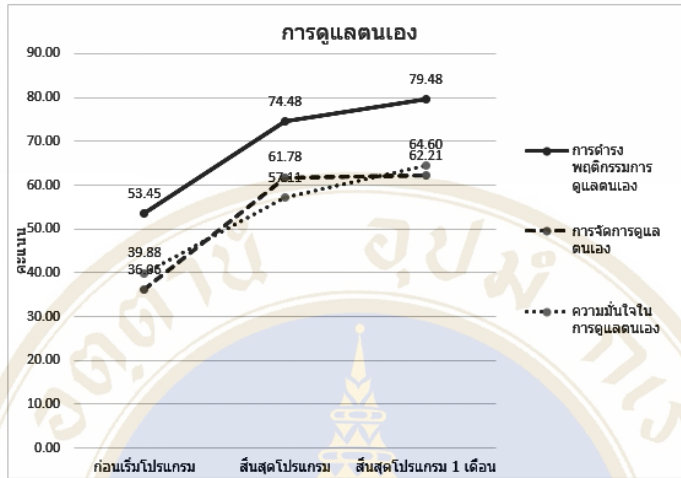
ค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลตนเองโดยรวมและคุณภาพชีวิต ณ เวลาต่าง ๆ



แผนภูมิที่ 1 แสดงคะแนนเฉลี่ยของการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองต่อการดูแลตนเอง
และคุณภาพชีวิตในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลตนเองแยกเป็นรายด้าน ณ เวลาต่าง ๆ



แผนภูมิที่ 2 การดูแลตนเองแยกเป็นรายด้านก่อนได้รับโปรแกรม หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีและหลังสิ้นสุดโปรแกรมมาแล้ว 1 เดือน

เมื่อทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติความแปรปรวนแบบวัดซ้ำทางเดียว โดยนำข้อมูลการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Shapiro-Wilk Test ($n < 50$) พบว่า ข้อมูลการดูแลตนเองรายด้านมีการแจกแจงแบบปกติ และมีคุณสมบัติเป็น compound symmetry ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น ดังนั้น การอ่านผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ one-way repeated Measures ANOVA จึงใช้ค่าของ Sphericity Assumed แต่ความแปรปรวนในของคะแนนการดูแลตนเองโดยรวม ($p = .001$) และด้านความมั่นใจในการดูแลตนเอง ($p = .001$) ไม่มีคุณสมบัติ compound symmetry จึงไม่เป็นไปตามข้อ

ตกลงเบื้องต้น จึงเลือกอ่านผลการวิเคราะห์แบบ Greenhouse-Geisser

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลตนเองโดยรวม คะแนนการดูแลตนเองแยกเป็นรายด้านและคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรมมาแล้ว 1 เดือน ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำทางเดียว (one way repeated measures ANOVA) พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ รายละเอียดตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำทางเดียวของคะแนนการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต (N = 29)

ตัวแปร	SS	df	MS	F	p-value
การดูแลตนเองโดยรวม	10930.14	1.52	7207.38	216.29 ^a	<.001
- การดำรงพฤติกรรมดูแลตนเอง	11070.69	2	5535.34	99.59	<.001
- การจัดการดูแลตนเอง	13005.54	2	6502.77	146.61	<.001
- ความมั่นใจในการดูแลตนเอง	9322.13	1.43	6484.67	74.95 ^a	<.001
คุณภาพชีวิต	12662.92	2	6331.46	53.99	<.001

^aรายงานผลโดยใช้ค่า Greenhouse-Geisser, SS = Sum of Square, df = Degree of Freedom, MS = Mean Square

ผู้วิจัยจึงทดสอบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลตนเองทั้ง 3 ครั้ง ด้วยวิธี Bonferroni method พบว่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองโดยรวม และคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองรายด้าน ประกอบด้วย การดำรงพฤติกรรมดูแลตนเอง และความมั่นใจในการดูแลตนเอง หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีและหลังสิ้นสุดมาแล้ว 1 เดือน สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนเฉลี่ยหลังสิ้นสุด

โปรแกรมมาแล้ว 1 เดือนสูงกว่าการดูแลตนเองหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับคะแนนเฉลี่ยด้านการจัดการดูแลตนเองหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีและหลังสิ้นสุดมาแล้ว 1 เดือน สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่คะแนนเฉลี่ยหลังสิ้นสุดโปรแกรมมาแล้ว 1 เดือนและคะแนนเฉลี่ยหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีไม่แตกต่างกัน แสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในระยะก่อนร่วมโปรแกรม หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรมมาแล้ว 1 เดือน (N = 29)

ตัวแปร	M (SD)	ก่อนเข้าโปรแกรม	หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที	หลังสิ้นสุดมาแล้ว 1 เดือน
การดูแลตนเองโดยรวม				
ก่อนเข้าโปรแกรม	43.13 (7.54)	-	< .001	< .001
หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที	64.46 (6.48)			< .001
หลังสิ้นสุดมาแล้ว 1 เดือน	68.77 (6.48)			
การดำรงพฤติกรรมตนเอง				
ก่อนเข้าโปรแกรม	53.44 (9.82)	-	< .001	< .001
หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที	74.48 (11.82)			.018
หลังสิ้นสุดมาแล้ว 1 เดือน	79.48 (8.16)			

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองต่อการดูแลตนเอง
และคุณภาพชีวิตในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ตารางที่ 2 ผลการทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในระยะก่อนร่วมโปรแกรม หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรมมาแล้ว 1 เดือน (N = 29) (ต่อ)

ตัวแปร	M (SD)	ก่อนเข้า โปรแกรม	หลังสิ้นสุด โปรแกรมทันที	หลังสิ้นสุดมาแล้ว 1 เดือน
การจัดการดูแลตนเอง				
ก่อนเข้าโปรแกรม	36.06 (9.20)	-	< .001	< .001
หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที	61.78 (8.03)			1.000
หลังสิ้นสุดมาแล้ว 1 เดือน	62.21 (8.97)			
ความมั่นใจในการดูแลตนเอง				
ก่อนเข้าโปรแกรม	39.87 (11.12)	-	< .001	< .001
หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที	57.11 (10.52)			< .001
หลังสิ้นสุดมาแล้ว 1 เดือน	64.60 (12.79)			
คุณภาพชีวิต				
ก่อนเข้าโปรแกรม	49.59 (9.60)	-	< .001	< .001
หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที	72.79 (16.68)			< .001
หลังสิ้นสุดมาแล้ว 1 เดือน	77.03 (17.30)			

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ลิ้นหัวใจรั่ว และโรคไตเสื่อม โรคร่วมเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดอาการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลว^{1,2} ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการนอนโรงพยาบาลซ้ำ²² ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษานอนโรงพยาบาลครั้งนี้เนื่องจากมีอาการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลว สาเหตุจากการไม่สามารถจำกัดน้ำและอาหารเค็ม สอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่พบว่าสาเหตุการนอนโรงพยาบาลซ้ำของผู้ที่มีภาวะหัวใจ

ล้มเหลวเกิดจากคือ การไม่สามารถจำกัดปริมาณน้ำและรับประทานอาหารเฉพาะโรคได้มากที่สุด⁷ ถึงแม้ว่าจะมีการชั่งน้ำหนักทุกวันแต่ไม่สามารถแปลผลได้ชัดเจนว่ากำลังเกิดอาการกำเริบขึ้น จนกว่าจะมีอาการอื่นร่วม เช่น เหนื่อยง่าย ขาบวมเพิ่มขึ้น ท้อแท้ และเกิดความเบื่อหน่าย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้เข้าร่วมวิจัยยังไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง และเมื่อประเมินคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนเข้าโปรแกรมจึงพบว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ

จากการประเมินความพร้อมของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในขั้นลังเลใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่รับรู้ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นและคิดว่าควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแต่ยังคงไม่

เริ่มปรับพฤติกรรมใด ๆ และมีผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว 2 ราย ที่อยู่ในชั้นยังไม่เห็นว่าพฤติกรรมในปัจจุบันนั้น เป็นปัญหาและไม่พร้อมจะเปลี่ยนแปลงผู้วิจัยได้ยีนคำพูดที่แสดงการปฏิเสธ คือ “เคยลองทำแล้วแต่มันลำบาก” “กินอาหารแบบนี้มานานเปลี่ยนไม่ได้หรอก” “เปลี่ยนแล้วชีวิตมันยุ่งยากขึ้น” ผู้วิจัยใช้การรับฟังไม่โต้แย้ง แต่ให้ผู้ป่วยสะท้อนคิดถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันโดยชี้ให้มองเห็นผลเสียที่เกิดจากอาการกำเริบบ่อย ๆ ของภาวะหัวใจล้มเหลว จนต้องมาโรงพยาบาลบ่อยครั้งโดยใช้ข้อมูลทางด้านการรักษาประกอบเพื่อให้เห็นความชัดเจนมากขึ้น เปรียบเทียบผลดีที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เสริมสร้างแรงจูงใจ ผู้วิจัยจะได้ยีนคำพูดที่แสดงความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น “เอา ค่อย ๆ เริ่มเปลี่ยนทีละน้อยละกัน” “ลองดู” “ถึงเวลาต้องดูแลตนเองอย่างจริงจัง เบื่อที่ต้องมาโรงพยาบาลบ่อย ๆ แล้วเหมือนกัน” จากนั้นผู้วิจัยจึงเริ่มส่งเสริมความรู้ในด้านที่ผู้ป่วยต้องการ ตั้งเป้าหมายและวางแผนการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ร่วมวิจัยแต่ละราย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองที่กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกระบวนการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกาย¹³ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง²² ในระยะที่ 2 เป็นการพัฒนาสมรรถนะในการดูแลตนเองต่อเนื่องกับระยะที่ 1 ระยะนี้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในชั้นลงมือปฏิบัติและเริ่มอยู่ในชั้นกระทำต่อเนื่องตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม²⁴ ในระยะนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนความรู้และฝึกทักษะในการดูแลตนเอง ฝึกประเมินอาการกำเริบและการจัดการ กล่าวชื่นชมเพื่อให้เกิดกำลังใจ เพื่อให้เกิดการดำรงพฤติกรรมดูแลตนเองและความมั่นใจในการดูแลตนเอง ในระยะที่ 3 การติดตามอย่างต่อเนื่องหลังออกจากโรงพยาบาลทางโทรศัพท์สอบถามปัญหาอุปสรรค ร่วมแก้ปัญหา และสามารถติดต่อขอความช่วยเหลือ

เหลือได้ตลอด 24 ชั่วโมง ยังเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาที่ได้สอดคล้องกับข้อแนะนำของสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา¹ เกี่ยวกับการให้คำแนะนำและติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายกลับบ้านภายใน 72 ชั่วโมงสามารถช่วยให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถดำรงพฤติกรรมดูแลตนเองไว้ได้ เช่นเดียวกับการศึกษาในครั้งนี้หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง ทั้งในด้านการดำรงพฤติกรรมดูแลตนเอง การจัดการตนเองและความมั่นใจในการดูแลตนเอง และมีคะแนนสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เมื่อสิ้นสุดการทดลองมาแล้ว 1 เดือน ในด้านการดำรงพฤติกรรมดูแลตนเองและความมั่นใจในการดูแลตนเอง แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองทำให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง อยู่ในชั้นของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมดูแลตนเอง ผลการศึกษาที่ได้สอดคล้องกับการศึกษาของของริเกล และคณะ²² มาบริ¹⁸ บอร์ดี้ และคณะ³² และพาราติส และคณะ²³ ศึกษาประสิทธิผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในกลุ่มของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว รูปแบบของโปรแกรมเป็นแบบต่อหน้าและติดตามต่อเนื่องที่บ้านทางโทรศัพท์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการดูแลตนเองในด้านการดำรงพฤติกรรมดูแลตนเอง การจัดการตนเอง และความเชื่อมั่นเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม อีกทั้งยังสามารถคงพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง^{23,32} อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเห็นผลการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายไปในทางที่ดีขึ้น สามารถปฏิบัติกิจกรรมทางกายได้มากขึ้น หรือไม่ต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ก็จะช่วยให้เห็นประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ยิ่งไปกว่านั้น

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองต่อการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

โปรแกรมมีการเปิดช่องทางการสื่อสารโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ ทำให้ผู้ป่วยติดต่อยาบาลได้ง่ายขึ้น สะดวกและรวดเร็ว สามารถติดตามผลการปฏิบัติเสริมสร้างแรงจูงใจ เกิดสัมพันธภาพที่ดี และไว้วางใจในการขอความช่วยเหลือ ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนการดูแลตนเองตามแนวคิดของทฤษฎีระดับปฏิบัติการเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว^{13,14} ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของรัตนภรณ์ จีระวัฒน์และคณะ¹⁷ ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาซับซ้อนที่มีการเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองประยุกต์ใช้แอปพลิเคชันไลน์ในการติดตามและเป็นช่องทางในการขอความช่วยเหลือ พบว่า เพิ่มความมั่นใจให้ผู้ป่วยเบาหวานในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างไรก็ตามในด้านการจัดการดูแลตนเอง พบว่าเมื่อเกิดอาการผิดปกติกับร่างกายกลุ่มตัวอย่างเลือกการควบคุม น้ำและจำกัดอาหารเค็มให้มากขึ้นแต่จะปรึกษาบุคลากรด้านสุขภาพก่อนการตัดสินใจในการปรับขนาดยาขับปัสสาวะเพิ่มจากที่แพทย์สั่ง ซึ่งพฤติกรรมนี้สอดคล้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง⁸ ที่แบ่งพฤติกรรมการตัดสินใจเป็น 2 รูปแบบ คือ พฤติกรรมที่ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจอย่างเป็นอิสระ เช่น การตัดสินใจรับประทานอาหารที่มีรสเค็มและจำกัดปริมาณน้ำดื่มจัดเป็นการตัดสินใจด้วยตัวเอง และพฤติกรรมที่ต้องได้รับคำปรึกษาจากผู้ดูแลหรือบุคลากรทางการแพทย์ เช่น การปรับขนาดของยาขับปัสสาวะ

สำหรับผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อคุณภาพชีวิต พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรมมาแล้ว 1 เดือน สูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับคุณภาพชีวิตก่อนการทดลอง จากการประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับผลกระทบภาวะของโรคและผลการรักษาที่มีผลต่อตนเอง ก่อนการทดลองพบว่า อาการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลวทำให้เหนื่อย

ง่ายขึ้น ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่น เบื่อหน่ายท้อแท้ รู้สึกเป็นภาระของญาติ และต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายจากการนอนโรงพยาบาลบ่อย ๆ จะเห็นว่าผลกระทบดังกล่าว มีผลทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ และสังคม ทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก่อนเริ่มโปรแกรมอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของฟอเลอร์และคณะ³³ ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวกับคุณภาพชีวิต พบว่า ความรุนแรงของโรคมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายจิตใจ การทำหน้าที่ลดลง เกิดภาวะเครียด รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดต่ำลง ดังนั้นโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเอง เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยรู้จักปัญหาของตนเอง มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง หลังได้รับโปรแกรม รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางที่ดีขึ้นจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ไม่เกิดอาการกำเริบรุนแรง สามารถปฏิบัติกิจวัตรด้วยตนเองมากขึ้น และมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น ลดการพึ่งพา เห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น ไม่เกิดการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของบอร์ดีและคณะ³² ที่ศึกษาผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวโดยการติดตามเยี่ยมบ้านหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 8 ครั้ง พบว่า การเสริมสร้างแรงจูงใจและการเพิ่มกิจกรรมทางกายช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเร็วขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลตนเองตามแนวคิดจากทฤษฎีระดับปฏิบัติการเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวล้มเหลวของริเกลและคณะ¹³ ร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถ

ช่วยให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง
เฝ้าระวัง ติดตามอาการผิดปกติ สามารถจัดการอาการ
ผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ เมื่อปฏิบัติอย่างต่อเนื่องพบการ
เปลี่ยนแปลงของสุขภาพไปในทางที่ดี สามารถปฏิบัติ
กิจกรรมทางกาย มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเพิ่มมากขึ้น
ไม่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วิตกกังวลลดลง มี
ความผาสุกทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่งผลให้
คุณภาพชีวิตดีขึ้น

ข้อเสนอแนะและแนวทางในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมการเสริมสร้างแรง
จูงใจในการดูแลตนเอง สามารถนำมาใช้เป็นแนวทาง
สำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
อย่างไรก็ตามควรต้องมีการอบรมพยาบาลให้เข้าใจวิธี
การเสริมสร้างแรงจูงใจ และสามารถนำไปใช้ในการปรับ
เปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจ
ล้มเหลว และสามารถคงพฤติกรรมการปฏิบัติไว้ได้อย่าง
ต่อเนื่อง ซึ่งเป็นดัชนีชี้วัดตัวหนึ่งแสดงถึงคุณภาพของ
การพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการศึกษาและการทำวิจัยครั้งต่อไป

ด้านการศึกษาควรนำหลักการเสริมสร้างแรงจูงใจ
มาเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการศึกษาทางการพยาบาล
และเนื่องจากการวิจัยนี้ใช้ระยะเวลาสั้นจึงควรมีการ
ศึกษาติดตามการคงอยู่ของการปฏิบัติพฤติกรรมการ
ดูแลตนเองและติดตามการนอนโรงพยาบาลซ้ำ โดยใช้
ระยะเวลาการศึกษาอย่างน้อย 6 เดือน เนื่องจากเป็น
ระยะเวลาของการคงการปฏิบัติพฤติกรรม (maintenance
stage) และศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่หรือมี
กลุ่มเปรียบเทียบเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม
ได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. American Heart Association. About heart failure; 2015 [cited 2018 Apr 24]. Available from: <https://www.heart.org/en/health-topics/heart-failure/what-is-heart-failure>
2. Heart Failure Council of Thailand. Heart failure council guideline; 2008 [cited 2018 Jan 14]. Available from: http://www.thaiheart.org/images/column_1291454908/CHF Guideline.pdf
3. Chatterjee NA, Chae CU, Kim E, Moorthy MV, Conen D, Sandhu RK, et al. Modifiable risk factors for incident heart failure in atrial fibrillation. *JACC Heart fail.* 2017;5(8):552-60.
4. Korhonen T, Goodwin A, Miesmaa P, Dupuis EA, Kinnunen T. Smoking cessation program with exercise improves cardiovascular disease biomarkers in sedentary women. *J Womens Health (Larchmt).* 2011;20(7):1051-64.
5. Paul S, Sneed NV. Strategies for behavior change in patients with heart failure. *AACN.* 2004;13(4):305-13.
6. Creber RM, Patey M, Lee CS, Kuan A, Jurgens C, Riegel B. Motivational interviewing to improve self-care for patients with chronic heart failure: MITI-HF randomized controlled trial. *Patient Educ Couns.* 2016;99(2):256-64.
7. Kobkuechaiyapong S. Characteristics of heart failure patients readmitted within 28 days in Saraburi Hospital. *J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center.* 2013;30(1):35-46. (in Thai)
8. Toukhsati SR, Driscoll A, Hare DL. Patient self-management in chronic heart failure-establishing concordance between guidelines and practice. *Card Fail Rev.* 2015;1(2):128-31.
9. Damnong N, Deenan A, Kunsongkeit W. Factors related to functional performance of rehospitalized patients with heart failure *Journal of Boromarajonani College of Nursing Bangkok;* 2015.31(3),74-85. (in Thai)

**ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองต่อการดูแลตนเอง
และคุณภาพชีวิตในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว**

10. van der Wal MH, Jaarsma T, van Veldhuisen DJ. Non-compliance in patients with heart failure; how can we manage it?. *Eur J Heart Fail.* 2005;7(1):5-17.
11. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patient outcomes. *JAMA.* 1995;273(1):59-65.
12. Suwanno J, Petsirasaw R, Praseathai P, Chanpradit A, Saisuk W. Self-care among patients with chronic heart failure. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Council.* 2008;23(1):35-47. (in Thai)
13. Riegel B, Dickson VV, Faulkner KM. The situation-specific theory of heart failure self-care: Revised and updated. *J Cardiovasc Nurs.* 2016;31(3):226-35.
14. Jaarsma T, Cameron J, Riegel B, Stromberg A. Factors related to self-care in heart failure patients according to the middle-range theory of self-care of chronic illness: a literature update. *Curr Heart Fail Rep.* 2017;14(2):71-7.
15. Searoon L. The effects of an intrinsic motivation program on motivation & acceptance to rehabilitation treatment among drug dependent clients at one treatment center for drug dependence in Pathumthani Province. *Thammasat Medical Journal.* 2011;11(4):549-56. (in Thai)
16. Tiansaard J, Kanogsunthornrat N. Motivational interviewing: concept and application in persons with chronic kidney disease. *Ramathibodi Nursing Journal.* 2016;22(3):223-32. (in Thai)
17. Jerawatana R, Reutrakul S, Siripitayakunkit A. The effect of advanced practice nurse-led intervention program on outcomes in diabetes patients with complex problems. *Ramathibodi Nursing Journal.* 2016;22(2):51-68. (in Thai)
18. Mabry JL. The effects of motivational interviewing on heart failure self-care during transitional care in an Appalachian population [dissertation]. Knoxville, University of Tennessee; 2017.
19. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior.* New York, US: The Guilford Press; 1991.
20. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Preparing people for change,* 2nd ed. New York, US: The Guilford Press; 2003.
21. Goldberg RJ, Spencer FA, Farmer C, Meyer TE, Pezzella S. Incidence and hospital death rates associated with heart failure: a community-wide perspective. *Am J Med.* 2005;118(7):728-34.
22. Riegel B, Masterson Creber R, Hill J, Chittams J, Hoke L. Effectiveness of motivational interviewing in decreasing hospital readmission in adults with heart failure and multimorbidity. *Clin Nurs Res.* 2016;25(4):362-77.
23. Paradis V, Cossette S, Frasure-Smith N, Heppell S, Guertin MC. The efficacy of a motivational nursing intervention based on the stages of change on self-care in heart failure patients. *J Cardiovasc Nurs.* 2010;25(2):130-41.
24. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol.* 1983;51(3):390-5.
25. Krethong P. A causal model of health-related quality of life in Thai heart failure patients [thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2007. (in Thai)
26. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: principles and methods.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
27. Borson S, Scanlan J, Brush M, Vitallano P, Dokmak A. The Mini-Cog: a cognitive "Vital Signs" measure for dementia screening in multi-lingual elderly. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2000;15:1021-27.
28. Supaporn T, Rod L, Allan C, Nahathai W, Jane C. Development of the Thai version of Mini-Cog, a brief cognitive screening test. *Geriatr Gerontol Int.* 2015;15(5):594-600. (in Thai)
29. Riegel B, Lee CS, Dickson VV, Carlson B. An update on the Self-Care of Heart Failure Index. *J Cardiovasc Nurs.* 2009;24(6):485-97.

30. Rector TS, Cohn JN. Assessment of patient outcome with the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire: reliability and validity during a randomized, double-blind, placebo-controlled trial of pimobendan. Pimobendan Multicenter Research Group. *Am Heart J.* 1992;124(4): 1017-25.
31. Tepsuriyanont S. Quality of life in heart failure patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses.* 2017;18(1):39-45. (in Thai)
32. Brodie DA, Inoue A, Shaw DG. Motivational interviewing to change quality of life for people with chronic heart failure: a randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2008;45(4):489-500.
33. Faller H, Störk S, Schuler M, Schowalter M, Steinbüchel T, Ertl G, et al. Depression and disease severity as predictors of health-related quality of life in patients with chronic heart failure—a structural equation modeling approach. *J Cardiac Fail.* 2009;15(4):286-92.

