

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผลการศึกษานำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งเป็น 2 ส่วนตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการศึกษา

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการตนเอง กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวและมารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 15 ราย และกลุ่มทดลอง 15 ราย จำแนกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน และวิธีการชำระค่ารักษาพยาบาล รายละเอียดดังนี้

กลุ่มควบคุม ร้อยละ 66.7 เป็นเพศชาย และร้อยละ 33.3 เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 40-59 ปี อายุเฉลี่ย 52.53 ปี (S.D. = 10.08, range = 36-69) ร้อยละ 80.0 มีสถานภาพสมรสคู่ ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ด้านระดับการศึกษาร้อยละ 60.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 26.7 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 13.3 จบการศึกษาระดับประกาศนียบัตรหรืออนุปริญญา ด้านอาชีพ ร้อยละ 33.3 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 33.3 ประกอบอาชีพรับจ้าง รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ร้อยละ 46.7 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 2,001-5,000 บาท และ $\geq 5,001$ บาท วิธีการชำระค่ารักษาพยาบาล ร้อยละ 53.3 ใช้บัตรสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 40.0 เบิกค่ารักษาได้ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1 และ 2

กลุ่มทดลองร้อยละ 66.7 เป็นเพศชาย และร้อยละ 33.3 เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 40-59 ปี อายุเฉลี่ย 50.40 ปี (S.D. = 10.10, range = 32-71) กลุ่มทดลองมีสถานภาพสมรสคู่ และนับถือศาสนาพุทธทั้งหมด ด้านระดับการศึกษา ร้อยละ 93.3 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 6.7 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ด้านอาชีพ ร้อยละ 33.3 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 40.0 ประกอบอาชีพรับจ้าง รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ร้อยละ 40.0 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 2,001-5,000 บาท และ $\geq 5,001$ บาท วิธีการชำระค่ารักษาพยาบาล ร้อยละ 86.7 ใช้บัตรสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 13.3 เบิกค่ารักษาได้ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1 และ 2

และทำการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติไคสแควร์จำแนกตามเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน วิธีการชำระค่ารักษาพยาบาล สถิติทดสอบค่าทีชนิด 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันจำแนกตามอายุ และสถิติฟิชเชอร์จำแนกตามสถานภาพสมรส พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส และศาสนา

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=15)		กลุ่มทดลอง (n=15)		p-value
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	
เพศ					1.000 ^{ns}
ชาย	10	66.7	10	66.7	
หญิง	5	33.3	5	33.3	
อายุ					.567 ^{ns}
30-39	1	6.7	1	6.7	
40-59	9	60.0	11	73.3	
≥ 60	5	33.3	3	20.0	
	Range	36-69	Range	32-71	
	$\bar{X} = 52.53$	S.D.=10.08	$\bar{X} = 50.40$	S.D.=10.10	
สถานภาพสมรส					.224 ^{ns}
คู่	12	80.0	15	100.0	
แยกกันอยู่/หย่า	3	20.0	-	-	
แยกกันอยู่	2	13.3	-	-	
หย่า	1	6.7	-	-	
ศาสนา					
พุทธ	15	100.0	15	100.0	

ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว
ต่อเดือนและวิธีการชำระค่ารักษาพยาบาล

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=15)		กลุ่มทดลอง (n=15)		p-value
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	
ระดับการศึกษา					.087 ^{ns}
ประถมศึกษา	9	60.0	14	93.3	
มัธยมศึกษา	4	26.7	1	6.7	
ประกาศนียบัตร หรืออนุปริญญา	2	13.3	-	-	
อาชีพ					1.000 ^{ns}
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5	33.3	5	33.3	
ประกอบอาชีพ	10	66.7	10	66.7	
รับจ้าง	5	33.3	6	40.0	
เกษตรกร	1	6.7	2	13.3	
ค้าขาย	1	6.7	2	13.3	
รับราชการ	1	6.7	-	-	
ข้าราชการบำนาญ	2	13.3	-	-	
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว					.562 ^{ns}
ต่อเดือน					
≤ 2,000	1	6.7	3	20.0	
2,001-5,000	7	46.7	6	40.0	
≥ 5,001	7	46.7	6	40.0	
วิธีการชำระค่ารักษาพยาบาล					.123 ^{ns}
เบิกค่ารักษาได้	6	40.0	2	13.3	
ประกันสังคม	1	6.7	-	-	
บัตรสุขภาพถ้วนหน้า	8	53.3	13	86.7	

ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มควบคุม ร้อยละ 46.7 มีสาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลวจาก valvular disease และร้อยละ 60 มีโรคประจำตัวอื่นๆ ที่พบร่วม โดยมีความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมร้อยละ 40.0 มีโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคร่วมร้อยละ 26.7 มีโรคเบาหวานและไตวายเรื้อรังเป็นโรคร่วมร้อยละ 20 มีโรคไทรอยด์เป็นโรคร่วมร้อยละ 13.3 และความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 3 ร้อยละ 60.0

กลุ่มทดลอง ร้อยละ 53.3 มีสาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลวจาก valvular disease ร้อยละ 73.3 ไม่มีโรคประจำตัวอื่นๆ พบร่วม และร้อยละ 60.0 มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับที่ 3 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลว โรคประจำตัวอื่นๆ ที่พบร่วม ระดับความรุนแรงของโรค

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=15)		กลุ่มทดลอง (n=15)		p-value
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	
สาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลว					.717 ^{ns}
valvular disease	7	46.7	8	53.3	
dilated cardiomyopathy	6	40.0	4	26.7	
ischemic cardiomyopathy	2	13.3	3	20.0	
โรคประจำตัวอื่นๆ ที่พบร่วม					.139 ^{ns}
ไม่มี	6	40.0	11	73.3	
มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	9	60.0	4	26.7	
เบาหวาน	3	20.0	1	6.7	
ความดันโลหิตสูง	6	40.0	2	13.3	
ไตวายเรื้อรัง	3	20.0	1	6.7	
โรคหลอดเลือดหัวใจ	4	26.7	-	-	
ไทรอยด์	2	13.3	2	13.3	
ระดับความรุนแรงของโรค					1.000 ^{ns}
ระดับที่ 2	6	40.0	6	40.0	
ระดับที่ 3	9	60.0	9	60.0	

ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มควบคุม ร้อยละ 93.3 มีอาการปัจจุบันที่พบมากที่สุด คือ อาการเหนื่อยหอบ ร้อยละ 80.0 มีอาการเหนื่อยหอบตอนกลางคืนและอาการนอนราบไม่ได้ ร้อยละ 66.7 มีอาการบวม ในขณะที่ กลุ่มทดลอง ร้อยละ 100.0 อาการปัจจุบันที่พบ คือ อาการเหนื่อยหอบ ร้อยละ 86.7 มีอาการเหนื่อยหอบตอนกลางคืน ร้อยละ 66.7 มีอาการนอนราบไม่ได้ ร้อยละ 46.7 มีอาการบวม ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาการปัจจุบันที่พบ

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=15)		กลุ่มทดลอง (n=15)	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อาการปัจจุบันที่พบ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
dyspnea	14	93.3	15	100.0
orthopnea	12	80.0	10	66.7
paroxysmal nocturnal dyspnea	12	80.0	13	86.7
edema	10	66.7	7	46.7

กลุ่มควบคุม ร้อยละ 86.7 ได้รับยา diuretics ร้อยละ 73.3 ได้รับยา beta-blockers ร้อยละ 46.7 ได้รับยา ACEI และยา antiplatelet agents ร้อยละ 33.3 ได้รับยา spironolactone ยา anticoagulants และยา nitrates ในขณะที่ กลุ่มทดลอง ร้อยละ 80.0 ได้รับยา ACEI ร้อยละ 73.3 ได้รับยา diuretics ร้อยละ 66.7 ได้รับยา anticoagulants ร้อยละ 46.7 ได้รับยา beta-blockers ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มยารักษาภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับ

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=15)		กลุ่มทดลอง (n=15)	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
กลุ่มยาที่ใช้ในการรักษา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
ACE inhibitors	7	46.7	12	80.0
beta-blockers	11	73.3	7	46.7
diuretics	13	86.7	11	73.3
digoxin	4	26.7	3	20.0
spironolactone	5	33.3	4	26.7
ARBs	1	6.7	-	-
antiplatelet agents	7	46.7	3	20.0
anticoagulants	5	33.3	10	66.7
vasodilators	3	20.0	-	-
nitrates	5	33.3	4	26.7
anti-arrhythmic agents	-	-	1	6.7
antilipemic agents	4	26.7	4	26.7
calcium antagonists	2	13.3	1	6.7
อื่นๆ (antibiotics, ยารักษาโรค)	6	40.0	3	20.0
รวม)				

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการศึกษา

ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีค่าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองในระยะก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการตนเอง

กลุ่มทดลอง	$\bar{X}$	S.D.	t
ก่อนได้รับโปรแกรม	52.87	11.21	9.859**
หลังได้รับโปรแกรม	25.80	7.28	

**p < .001

ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการศึกษา พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการศึกษา

กลุ่มควบคุม	$\bar{X}$	SD	t
ก่อนการศึกษา	51.07	12.57	3.965 ^{ns}
หลังการศึกษา	42.60	9.13	

ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในระยะก่อนการศึกษา พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในระยะก่อนการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{X}$	S.D.	t
กลุ่มควบคุม	51.07	12.57	-.414 ^{ns}
กลุ่มทดลอง	52.87	11.21	

ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทดสอบคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Komogorov-Smirnov one sample test พบว่า การกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ จึงทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังการศึกษา โดยใช้สถิติทดสอบค่าที ชนิดกลุ่มตัวอย่างทั้งสองเป็นอิสระต่อกัน (t-test for independent sample) พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีค่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ภายหลังการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{X}$	S.D.	t
กลุ่มควบคุม	42.60	9.13	5.574**
กลุ่มทดลอง	25.80	7.28	

**p < .001

การอภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 30 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจำนวน 15 ราย และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองจำนวน 15 ราย อภิปรายผลตามสมมติฐานของการวิจัย ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองภายหลังการทดลองดีกว่าก่อนทดลอง

ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองลดลงจาก 52.87 (S.D. = 11.21) เป็น 25.80 (S.D. = 7.28) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 6) การที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีคะแนนคุณภาพชีวิตลดลงหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง หมายถึง ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ระบุว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองภายหลังการทดลองดีกว่าก่อนทดลอง

2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการจัดการตนเองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการจัดการตนเอง มีค่าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 9) หมายถึง ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการจัดการตนเองมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ระบุว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการจัดการตนเองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ทั้งนี้สามารถอธิบายผลการศึกษาได้ว่า การที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง และมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังการดูแลตามโปรแกรมการจัดการตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างต่อเนื่อง ทั้งในขณะรับการรักษาอยู่ภายในโรงพยาบาล และหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติการจัดการตนเองได้อย่างถูกต้อง สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เกิดความพึงพอใจในชีวิต ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยกิจกรรมในโปรแกรมการ

จัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค 2) การฝึกทักษะการจัดการตนเองตามกระบวนการ 6 ขั้นตอน และ 3) การประเมินผล มีรายละเอียดดังนี้

1. การให้ความรู้เรื่องโรคแก่ผู้ป่วย เป็นการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ และช่วยให้สามารถตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเองได้ ในการศึกษาค้นคว้าวิจัยให้ความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว 3 ครั้งติดต่อกันตามแผนการสอนที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน ซึ่งประกอบด้วย วัตถุประสงค์ เนื้อหา รายละเอียดของกิจกรรม อุปกรณ์การสอน และแนวทางการประเมินที่ชัดเจน การให้ความรู้แต่ละครั้งผู้วิจัยทำการสอนผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ครั้งที่ 1 ให้ความรู้เรื่องหัวใจ ตำแหน่ง หน้าที่ และการทำงานของหัวใจ ความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลว สาเหตุ อาการ และการรักษา ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างถูกต้อง รู้ถึงสาเหตุของโรค เข้าใจถึงอาการต่างๆ ของภาวะหัวใจล้มเหลวที่เกิดขึ้น เป็นการส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษา ครั้งที่ 2 ให้ความรู้เกี่ยวกับยา ชื่อ ฤทธิ์ ขนาด อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัวขณะใช้ยา เป็นการทำให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ แม้อาการจะดีขึ้นแล้วก็ตาม เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับยาขับปัสสาวะ ทำให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญของการรับประทานยาขับปัสสาวะ การชั่งน้ำหนักตัว และยอมรับผลของยาที่ทำให้ปัสสาวะบ่อยครั้ง ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยไม่หยุดยาเองเนื่องจากไม่ชอบฤทธิ์ของยา สามารถปรับเปลี่ยนเวลาในการรับประทานยาเมื่อต้องเดินทางไกล และสามารถปรับเปลี่ยนขนาดยาเมื่อน้ำหนักตัวมีการเปลี่ยนแปลง ครั้งที่ 3 ให้ความรู้เกี่ยวกับการจำกัดอาหารเค็ม การจำกัดน้ำดื่ม และอาการผิดปกติ นอกจากการรักษาด้วยยาแล้ว การจำกัดอาหารเค็มและน้ำดื่ม เป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถช่วยควบคุมอาการของโรคได้ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทุกคนควรทราบและประเมินอาการผิดปกติที่สำคัญของโรคได้ เพื่อเฝ้าระวังอาการต่างๆ ที่ไม่ควรเกิดขึ้นหากผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมแล้ว ในการให้ความรู้แต่ละครั้งผู้วิจัยส่งเสริมให้ครอบครัวของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมทุกครั้ง เพื่อเป็นกำลังใจ สนับสนุน และกระตุ้นผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติตามการจัดการตนเองได้อย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคง ช่วยลดความเครียด และส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น (Eaton, 1987 อ้างใน นิธิวิทย์ เมธจารย์, 2544)

2. การฝึกทักษะการจัดการตนเอง ผู้วิจัยสอนทักษะการจัดการตนเองแก่ผู้ป่วยในครั้งที่ 4 และ 5 จากนั้นให้ผู้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติการจัดการตนเอง โดยผู้วิจัยติดตามเยี่ยมทุกวันจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อประเมินผลและให้คำชี้แนะ ทักษะการจัดการตนเอง 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมาย ผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเอง การมีส่วนร่วมดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ ตั้งเป้าหมายที่สามารถกระทำได้ มีความมุ่งมั่นและเต็มใจจะปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย 2) การรวบรวมข้อมูล ผู้ป่วยบันทึกอาการต่างๆ ของตนเองในสมุดบันทึก

สุขภาพที่ผู้วิจัยมอบให้ ได้แก่ น้ำหนักตัว ชีพจร อาการบวม เหนื่อยหอบ อาการนอนราบไม่ได้ อาการสะดุ้งตื่นกลางดึก และอาการไอ เป็นการเฝ้าระวังและสังเกตอาการด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง แบบบันทึกอาการผิดปกติจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรวบรวมข้อมูลได้ง่ายขึ้น 3) การวิเคราะห์ และ ประเมินข้อมูล ผู้ป่วยนำข้อมูลที่บันทึกไว้มาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด หรือเปรียบเทียบกับ ข้อมูลในวันก่อนหน้า เพื่อประเมินอาการปัจจุบันของตนเองว่าปกติหรือมีภาวะน้ำคั่งในร่างกาย ผู้วิจัยตรวจสอบการวิเคราะห์และประเมินข้อมูลของผู้ป่วยถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ ในการติดตาม เยี่ยมแต่ละวัน 4) การตัดสินใจ หลังจากผู้ป่วยประเมินอาการตนเองได้ว่าปกติไม่มีภาวะน้ำคั่ง มีภาวะน้ำคั่งในร่างกายปานกลาง หรือมีภาวะน้ำคั่งในร่างกายอย่างรุนแรง ผู้ป่วยต้องตัดสินใจตาม แนวทางดังต่อไปนี้ คือ อาการปกติไม่มีภาวะน้ำคั่ง ผู้ป่วยควรรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่าง สม่าเสมอ บริโภคเกลือไม่เกิน 2 กรัมต่อวัน ดื่มน้ำไม่เกิน 2 ลิตรต่อวัน มีภาวะน้ำคั่งปานกลาง ผู้ป่วย ควรรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่าเสมอ บริโภคเกลือต่ำกว่า 2 กรัมต่อวัน ดื่มน้ำไม่เกิน 1 ลิตรต่อวัน หากปฏิบัติตัวดังนี้เป็นเวลา 2 วันแล้วอาการไม่ดีขึ้นควรโทรศัพท์ติดต่อผู้วิจัยหรือแพทย์ พยาบาลที่ให้การดูแล มีภาวะน้ำคั่งรุนแรง ผู้ป่วยควรโทรศัพท์ติดต่อผู้วิจัยหรือพบแพทย์ทันที 5) การปฏิบัติ ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่อยู่โรงพยาบาลโดยมีผู้วิจัย ติดตามเยี่ยมทุกวัน เพื่อให้คำชี้แนะ และร่วมกันแก้ไขปัญหาลดอุปสรรคในการปฏิบัติ 6) การประเมิน ตนเอง ผู้ป่วยประเมินการปฏิบัติของตนเองขณะอยู่โรงพยาบาลสามารถบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ หรือไม่ และประเมินตนเองจะสามารถนำไปปฏิบัติจริงเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้หรือไม่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประเมินตนเองสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

การพัฒนาทักษะการจัดการตนเองนั้น ผู้วิจัยใช้สื่อการสอนเป็นแผ่นภาพพลิกประกอบ การสอน รูปภาพและอักษรบรรยายมีขนาดใหญ่ มองเห็นได้ชัดเจน มีเนื้อหาสอดคล้องกับที่ โปรแกรมกำหนดไว้ และมีการใช้สีเขียว เหลือง แดง ประกอบภาพแสดงอาการของภาวะหัวใจ ล้มเหลว เพื่อเป็นสัญลักษณ์แสดงถึงระดับความรุนแรงของอาการเหล่านั้น ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและ จดจำได้ง่ายขึ้น ก่อนการฝึกทักษะการจัดการตนเองในแต่ละครั้งผู้วิจัยพูดคุยซักถามถึงอาการของ ผู้ป่วย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อประเมินปัญหาและให้กิจกรรมการพยาบาลตาม ปัญหาที่พบ แล้วจึงเริ่มกิจกรรมตามโปรแกรม ขณะและหลังการฝึกทักษะการจัดการตนเอง ผู้วิจัย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม ข้อสงสัย และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน

3. การประเมินผล ภายหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยติดตาม ประเมินผลการจัดการตนเองของผู้ป่วย เพื่อติดตามปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเองอย่าง ต่อเนื่อง ด้วยการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ทุกสัปดาห์ ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ พร้อมทั้งเปิด โอกาสให้ผู้ป่วยขอคำปรึกษาทางโทรศัพท์เมื่อมีปัญหาในการจัดการตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีความ

มั่นใจและสามารถปฏิบัติการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมและถูกต้อง ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีปัจจัยเสี่ยงและข้อจำกัดหลายอย่าง หากขาดการชี้แนะ การเสริมแรง หรือการประเมินผลซ้ำ อาจเกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติการจัดการตนเอง และทำให้เกิดอันตรายได้ (DeWalt et al., 2006) การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย และช่วยให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์นับเป็นวิธีการที่ดี เนื่องจากง่าย สะดวก รวดเร็ว ประหยัด และมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยสามารถให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาได้อย่างรวดเร็วและทันท่วงที เป็นการเพิ่มพูนความเข้าใจ และช่วยลดความเครียดของผู้ป่วย (พลสุข เจนพาณิชย์, 2546)

จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยซึ่งน้ำหนักตัวทุกวัน 4 ราย (ร้อยละ 26.7) ซึ่งน้ำหนักตัวอาทิตย์ละ 3 ครั้ง 9 ราย (ร้อยละ 60.0) ซึ่งน้ำหนักตัวอาทิตย์ละ 2 ครั้ง 2 ราย (ร้อยละ 13.3) ผู้ป่วยที่ซึ่งน้ำหนักตัวทุกวัน มีเครื่องชั่งน้ำหนักเป็นของตนเอง ส่วนผู้ป่วยที่ซึ่งน้ำหนักอาทิตย์ละ 2-3 ครั้ง ไม่มีเครื่องชั่งน้ำหนัก ทำการชั่งน้ำหนักที่บ้านอสม. ที่ทำงาน และสถานีนอนมัยใกล้บ้าน ผู้ป่วย 1 รายมีเครื่องวัดความดันโลหิตที่บ้านจึงวัดความดันโลหิตทุกวัน ผู้ป่วย 2 ราย ซึ่งน้ำหนักตัวที่นอนมัยใกล้บ้าน ขอเจ้าหน้าที่วัดความดันโลหิตให้ ผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติทุกวัน 9 ราย (ร้อยละ 60.0) สังเกตอาการผิดปกติวันเว้นวัน 6 ราย (ร้อยละ 40.0) มีผู้ป่วย 1 รายในสัปดาห์แรก ไม่ชั่งน้ำหนักตัว เนื่องจากเห็นว่าอาการตนเองดีขึ้นแล้ว เมื่อผู้วิจัยโทรศัพท์เยี่ยมและสอบถามถึงน้ำหนักตัวและอาการต่างๆ ผู้ป่วยจึงชั่งน้ำหนักตัวและสังเกตอาการตนเองอย่างต่อเนื่องในสัปดาห์ต่อมา มีผู้ป่วยโทรศัพท์มาขอคำปรึกษาจากผู้วิจัย 5 ครั้ง เรื่องฤทธิ์ข้างเคียงของยาทำให้มีอาการใจสั่น 2 ราย ผม่ว 1 ราย น้ำหนักตัวลดลง 1 ราย และอาการบวม 1 ราย การติดตามประเมินผลการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจึงเป็นการเสริมแรง การสนับสนุน และการกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง

ส่วนปัญหาที่พบในผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยขาดความมั่นใจ และไม่แน่ใจในการตัดสินใจของตนเองนั้นเหมาะสม และถูกต้องหรือไม่ ผู้ป่วยต้องการกำลังใจ และการสนับสนุนจากผู้วิจัย

ผู้ป่วยรายที่ 3 มีน้ำหนักเท่าเดิม แต่มีขาบวมในตอนเช้า หลังจากรับประทานยาขับปัสสาวะในขนาดที่แพทย์สั่ง ตอนเย็นขาที่บวมก็ยุบบวม ผู้ป่วยจึงจำกัดการดื่มน้ำในตอนเย็น

ผู้ป่วยรายที่ 4 มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น 1 กิโลกรัมภายใน 1 สัปดาห์ และไม่มีอาการผิดปกติอื่นๆ จึงจำกัดน้ำดื่มวันละ 1 ลิตร เมื่อผู้วิจัยโทรศัพท์เยี่ยม ผู้ป่วยสอบถามว่า ตัดสินใจได้ถูกต้องหรือไม่ และดีใจมากที่ผู้วิจัยโทรศัพท์เยี่ยมเนื่องจากอยากโทรศัพท์ปรึกษาผู้วิจัยแต่ไม่กล้า กลัวจะเป็นการรบกวน

ผู้ป่วยรายที่ 9 ต้องออกไปทำธุระตอนเช้า จึงรับประทานยาขับปัสสาวะตอนบ่าย

ผู้ป่วยรายที่ 12 มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น 3 กิโลกรัม ขาบวมกดบวมถึงหน้าแข้ง และมีอาการเหนื่อยมากขึ้น นอนหนุนหมอน 1 ใบ ปัสสาวะออกน้อย ผู้ป่วยจึงจำกัดน้ำดื่มวันละครั้งติดๆ ใจ ไม่รับประทานอาหารรสเค็มเลย และเพิ่มขนาดยาขับปัสสาวะตามที่ผู้วิจัยแนะนำไว้ได้ 2 วันแล้ว ผู้วิจัยแนะนำให้เพิ่มเติม หากอาการยังไม่ดีขึ้น ให้ผู้ป่วยมาตรวจก่อนนัด

ผู้วิจัยมอบคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและสมุดบันทึกสุขภาพแก่ผู้ป่วยไว้อ่านประกอบ เนื้อหาภายในคู่มือประกอบด้วย การทำหน้าที่ของหัวใจ ความหมายสาเหตุ และอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว การรักษา การจัดการเรื่องยา ชื่อยา อาการข้างเคียง และประโยชน์ของยาที่รับประทาน การจัดการเรื่องอาหาร น้ำดื่ม และการจัดการกับอาการผิดปกติ วิธีการชั่งน้ำหนักตัว การปรับขนาดยาขับปัสสาวะ และการจับชีพจร แนวปฏิบัติเมื่อมีอาการแสดงของภาวะน้ำเกิน และแหล่งประโยชน์ นอกจากนี้เนื้อหาแล้วยังมีรูปภาพแสดงประกอบการบรรยายเพื่อให้เข้าใจและจดจำได้ง่าย ผู้ป่วยสามารถอ่านทบทวนได้ตลอดเวลาเมื่อต้องการหรือมีข้อสงสัย เป็นการเพิ่มพูนความรู้ และช่วยให้สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ส่วนสมุดบันทึกสุขภาพผู้วิจัยมอบให้ผู้ป่วยใช้บันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และบันทึกอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวที่ผู้ป่วยสังเกตและเฝ้าระวังตนเองอยู่เป็นประจำ แบบบันทึกอาการผิดปกติช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรวบรวมข้อมูลได้ง่ายขึ้น ปฏิบัติการเฝ้าระวังอาการของตนเองได้จริง ข้อมูลที่บันทึกช่วยให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ ประเมิน และตัดสินใจได้ว่าอาการของตนเองอยู่ในภาวะปกติหรือผิดปกติ และปฏิบัติตามการจัดการตนเองตามแนวทางได้อย่างเหมาะสมและถูกต้อง ผู้ป่วยจึงควบคุมอาการของตนเองให้คงที่ได้ และมีความสามารถในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ เพิ่มขึ้น จึงมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น เช่นเกี่ยวกับการศึกษาของ ดิวอลท์ และคณะ (DeWalt et al., 2004) ทดสอบโปรแกรมการจัดการโรคหัวใจล้มเหลวในผู้ป่วยที่มีความสามารถในการอ่านเขียนต่ำ โปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรค อาการ การรับประทานยา อาหารลดเค็ม สอนทักษะการจัดการตนเองด้านการเฝ้าระวังน้ำหนักตัว อาการผิดปกติ การปรับขนาดยาขับปัสสาวะ ซึ่งเป็นวิธีการที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง มอบคู่มือและเครื่องชั่งน้ำหนักแบบดิจิทัลแก่ผู้ป่วย เนื้อหาในคู่มือมีรูปภาพประกอบการบรรยาย มีการใช้สีเขียว เหลือง แดง เป็นสัญลักษณ์แสดงถึงระดับอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว มีแบบบันทึกน้ำหนักตัว อาการบวมกดบวมของขา และขนาดของยาขับปัสสาวะที่รับประทาน รวมถึงเบอร์โทรศัพท์เพื่อขอคำปรึกษา ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์ 7 ครั้งตลอด 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยไม่เพิ่มขึ้นหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม แต่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการชั่งน้ำหนักตัวเป็นประจำเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 32 เป็นร้อยละ 100 และคะแนนคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคหัวใจล้มเหลวมินนิโซตาในสัปดาห์ที่ 12 ต่ำกว่าการประเมินครั้งแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ มาร์เทนส์สัน และคณะ (Martensson et al., 2005) ศึกษาผลของการปฏิบัติพยาบาลโดยมีพยาบาลเป็นผู้จัดการ เพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 153 ราย การปฏิบัติพยาบาลประกอบด้วย การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องโรคและการจัดการตนเอง ซึ่งได้แก่ การจำกัดอาหารที่มีเกลือ โซเดียม การจำกัดน้ำดื่ม การเฝ้าระวังน้ำหนักตัว การเฝ้าระวังอาการของภาวะน้ำเกิน เช่น อาการหายใจเหนื่อยหอบ อาการบวม เป็นต้น การปรับขนาดยาขับปัสสาวะตามอาการ และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เดือนละครั้งเป็นเวลา 12 เดือน พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตในเดือนที่ 3 ของกลุ่มทดลองดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนเดือนที่ 12 ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่ม เปรียบเทียบภายในกลุ่มที่ 3 และ 12 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองคงคุณภาพชีวิตที่ดีไว้ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผลการศึกษานี้ พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การส่งเสริมการจัดการตนเองตามกระบวนการ ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์และประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การปฏิบัติ และการประเมินตนเอง ในขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาภายในโรงพยาบาล และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ทุกสัปดาห์ ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ เพื่อติดตามปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค มีความมั่นใจในการปฏิบัติการจัดการตนเองได้อย่างถูกต้อง และควบคุมอาการของโรคได้ ทำให้การทำหน้าที่ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วยดีขึ้น จึงมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น