

นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อภาวะหายใจลำบาก การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้า

บทคัดย่อ

- บทนำ:** ภาวะหัวใจล้มเหลว (heart failure) เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประชากรทั่วโลกและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วซึ่งสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่มีอาการรุนแรงมากขึ้นจนเกิดภาวะแทรกซ้อนและต้องรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลมาจากขาดความรู้และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม การส่งเสริมการจัดการตนเองจึงมีความสำคัญในการควบคุมโรคและลดภาวะแทรกซ้อน
- วิธีการศึกษา:** การวิจัยเชิงทดลองครั้งนี้ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระดับที่ ๒ และ ๓ ที่มารับบริการในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๕ - มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๖ จำนวน ๓๔ ราย แบ่งเป็น ๒ กลุ่มๆ ละ ๑๗ ราย โดยกลุ่มทดลอง (experimental group) ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเอง ส่วนกลุ่มควบคุม (control group) ได้รับการดูแลตามปรกติรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ ๑๒ สัปดาห์ โดยแบบประเมินอาการหายใจลำบากของเบอร์ก (Borg's score) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของสมาคมโรคหัวใจอเมริกันโซตาวีเคราะห์ข้อมูลโดย Wilcoxon Signed Ranks และ Mann-Whitney U tests
- ผลการศึกษา:** ภายหลังเข้าร่วมโครงการ ๑๒ สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะหายใจลำบากลดลงและลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.001$) คะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนร่วมโครงการและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.001$) และมีการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.01$)
- วิจารณ์ และสรุปผลการศึกษา:** ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมควบคุมโรค โดยควรทำการศึกษาซ้ำในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม
- คำสำคัญ:** โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง, ภาวะหายใจลำบาก (Dyspnea), การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบ, คุณภาพชีวิต, ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

วันที่รับบทความ: ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๖

วันที่อนุญาตให้ตีพิมพ์: ๑๘ มีนาคม ๒๕๕๗

บทนำ

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประชากรทั่วโลก และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ประเทศไทย แม้ไม่มีการรายงานสถิติเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวโดยตรงแต่มีรายงานการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจที่ก่อให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมาและมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยพบว่า โรคหัวใจเป็นสาเหตุการตายอันดับ ๑ ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๘ เป็นต้นมา ภาวะหัวใจล้มเหลว สาเหตุสำคัญผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (rehospitalization) และกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบบ่อยครั้ง ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญของโรงพยาบาลต่างๆ ทั่วโลก จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่มีอาการรุนแรงมากขึ้นจนเกิดภาวะแทรกซ้อนและต้องรับเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลมาจากขาดความรู้และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยอาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องกลับเข้าพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลบ่อยครั้ง คือ อาการหายใจลำบาก (dyspnea) ซึ่งพบถึงร้อยละ ๘๘ ผลจากอาการกำเริบและความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้นส่งผลกระทบทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเหล่านี้อดลง

การส่งเสริมการจัดการตนเองมีความสำคัญในการควบคุมโรคและการลดภาวะแทรกซ้อน แนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) เป็นแนวคิดที่ได้รับความนิยมในการนำมาใช้ดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในปัจจุบัน โดยเป็นกระบวนการเรียนรู้ในการจัดการเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมการติดตามและควบคุมภาวะเจ็บป่วย โดยแครีย์ (Creer, 2000) กล่าวว่า การจัดการตนเองเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยการตั้งเป้าหมาย (goal selecting) การรวบรวมข้อมูล (information collection) การประมวลผลและประเมินข้อมูล (information processing and evaluation) การตัดสินใจ (decision making) การลงมือปฏิบัติ (action) และการสะท้อนกลับ (self-reaction) ทั้งนี้การที่ผู้ป่วยจะกระทำการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของอาการ รวมทั้งสามารถวิเคราะห์ได้ว่าอาการที่เปลี่ยนแปลงนั้นแสดงถึงการกำเริบของโรค (recurrent) ที่เป็นอยู่ และสามารถปฏิบัติตนในการควบคุมโรคหรือการเจ็บป่วยภายใต้การชี้แนะของบุคลากรทางสุขภาพอย่างเหมาะสม

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการควบคุมโรค โดยพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีการจัดการตนเองดีมีความสามารถในการควบคุมอาการหายใจลำบาก อาการเหนื่อยล้าและอาการบวมอย่างมีนัยสำคัญ โดยทำให้มีการดูแลสุขภาพดีขึ้น ภาวะสุขภาพดีขึ้น ลดระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รวมทั้งลดการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ แม้ว่าในต่างประเทศมีรายงานการวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาโดยใช้แนวคิดการส่งเสริมการจัดการตนเอง (self-management program) โดยพบว่า ได้ผลดีดังที่ได้กล่าวมา แต่สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมที่ประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองในประเทศไทยยังพบน้อย ส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้เป็นลักษณะเฉพาะด้านโดยมุ่งส่งเสริมการปรับเปลี่ยนบางพฤติกรรม ซึ่งแม้จะให้ผลดีด้านพฤติกรรมสุขภาพแต่ไม่ครอบคลุมถึงพฤติกรรมจัดการตนเองที่จำเป็นทั้งหมด และไม่ได้ติดตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งยังคงประสบปัญหาในการควบคุมโรคและอาการกำเริบ ทำให้อัตราการกลับมารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบรุนแรงและมีภาวะแทรกซ้อนยังคงสูง

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัย จึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมที่ช่วยส่งเสริมความรู้ ความตระหนักในการปฏิบัติตนและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเหล่านี้ ให้สามารถจัดการตนเองในการควบคุมโรคได้อย่างเหมาะสม โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองมาเป็นแนวทางในการศึกษา โดยมุ่งหวังว่า จะช่วยให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่จำเป็นในการควบคุมโรคและอาการกำเริบได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้ลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบและนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อเปรียบเทียบ

๑. ภาวะหายใจลำบาก การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ๑๒ สัปดาห์

๒. ภาวะหายใจลำบาก การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปรกติหลังเข้าร่วมโปรแกรม ๑๒ สัปดาห์

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม วัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระดับที่ ๒ และ ๓^๒ ที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๕ - เดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๕๖ เลือกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดโดยการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยทำการจับฉลากเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากค่าขนาดอิทธิพลของการวิจัยแบบสองกลุ่มที่วัดผลก่อนและหลังการทดลอง ได้จำนวน ๓๔ ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ ๑๗ ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการควบคุมโรคและคู่มือการปฏิบัติตนในการควบคุมโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการจัดการตนเองของเครียร์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะหายใจลำบากของเบิร์ก แบบประเมินคุณภาพชีวิตของสมาคมโรคหัวใจล้มเหลวมินนิโซตา (Minnesota living with heart failure questionnaire) แปลเป็นไทยโดยกฤติกา ชุมวงษ์^๓ และแบบบันทึกการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมการจัดการตนเองและคู่มือการจัดการตนเองในการควบคุมโรคโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ๕ ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ๐.๙๔ และ ๐.๙๒ ตามลำดับ ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินคุณภาพชีวิตได้ ๐.๘๒ เมื่อสิ้นสุดโครงการได้ทำการทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (กลุ่มตัวอย่าง ๓๔ คน) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ ๐.๙๗

ขั้นตอนการวิจัย

ภายหลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ผู้วิจัยดำเนินการโดยผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนเข้าร่วมโครงการ และผู้วิจัยได้ให้กลุ่มทดลองได้รับการโปรแกรม ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว การประเมินอาการกำเริบและหลักการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ฝึกทักษะการจัดการตนเองในการควบคุมโรคและการแก้ปัญหาเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการกำเริบ ฝึกการบันทึก

ในคู่มือและฝึกปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านโดยติดตามผลเป็นระยะเวลา ๑๒ สัปดาห์ มีการกระตุ้นติดตามโดยเยี่ยมทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ ๘ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติโดยบุคลากรทีมสุขภาพทั้งสองกลุ่มได้รับการรักษาตามมาตรฐานเดียวกัน ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับภาวะหายใจลำบาก การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำด้วยอาการกำเริบ และคุณภาพชีวิตในสัปดาห์ที่ ๑๒

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไปและลักษณะทางคลินิกด้วยสถิติเชิงพรรณนาและไคสแควร์ การวิเคราะห์ความต่างระหว่างคะแนนอาการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิตก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการโดย Wilcoxon Signed Ranks และ Mann-Whitney U tests

ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เมื่อเริ่มโครงการมีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น ๓๔ คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง ๑๗ คน กลุ่มควบคุม ๑๗ คน โดยตลอดโครงการไม่มีกลุ่มตัวอย่างออกจากโครงการ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ ๗๐.๖๐ และ ๗๐.๖๐) มีอายุระหว่าง ๖๑ - ๗๕ ปี (ร้อยละ ๒๓.๕๐ และ ๑๔.๗๐) โดยมีอายุเฉลี่ย ๖๒.๓๕ ปี และ ๖๖.๕๓ ปี ตามลำดับ ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ ๔๗.๑๐ และ ๔๗.๑๐) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ ๒๙.๔๐ และ ๒๙.๔๐) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ ๒๐.๖๐ และ ๒๓.๕๐ ตามลำดับ)

ส่วนใหญ่มิโรคประจำตัวมากกว่า ๓ โรค (กลุ่มทดลองร้อยละ ๒.๙ กลุ่มควบคุมร้อยละ ๑๔.๗๐) โดยส่วนใหญ่มีประวัติโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจ (กลุ่มทดลองร้อยละ ๓๘.๒๐ และ ๒๙.๔ กลุ่มควบคุมร้อยละ ๓๒.๔๐ และ ๓๒.๔๐) สำหรับยาที่ใช้ในการรักษาส่วนใหญ่ คือ ยาลดไขมันในเลือด ได้แก่ Simvastatin (กลุ่มทดลองร้อยละ ๒๙.๔๐ กลุ่มควบคุมร้อยละ ๓๘.๒๐) รองลงมาคือยากกลุ่มต้านเกร็ดเลือด ได้แก่ Aspirin และ Clopidogel (กลุ่มทดลองร้อยละ ๓๕.๓๐ และ ๒๙.๔๐ กลุ่มควบคุมร้อยละ ๒๙.๔๐ และ ๒๐.๖๐ ตามลำดับ) ผลการเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปและลักษณะทางคลินิกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโครงการพบว่าไม่แตกต่างกัน ($p > ๐.๐๕$) ดังแสดงในตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ จำนวนและร้อยละของลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มโครงการ (จำนวน = ๓๔)

ตัวแปร	รวม (n = ๓๔)		กลุ่มทดลอง (n = ๑๗)		กลุ่มควบคุม (n = ๑๗)		Static test	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ								
ชาย	๒๔	๗๐.๖	๑๒	๗๐.๖	๑๒	๗๐.๖	๐.๐๐ ^a	๑.๐๐
หญิง	๑๐	๒๙.๔	๕	๒๙.๔	๕	๒๙.๔		
อายุ	(M = ๖๔.๔๔ SD = ๑๔.๐๕)		(M = ๖๒.๓๕ SD = ๑๑.๙๕)		(M = ๖๖.๕๓ SD = ๑๕.๙๗)		๑.๙๗๘ ^t	๐.๕๗๗
≤ ๔๕ ปี	๕	๑๑.๘	๒	๕.๙	๒	๕.๙		
๓๖ - ๖๐ ปี	๑๐	๒๙.๔	๕	๑๔.๗	๕	๑๔.๗		
๖๑ - ๗๕ ปี	๑๓	๓๘.๒	๘	๒๓.๕	๕	๑๔.๗		
> ๗๕ ปี	๗	๒๐.๖	๒	๕.๙	๕	๑๔.๗		
ศาสนา								
พุทธ	๓๒	๙๔.๑	๑๖	๙๗.๑	๑๖	๙๗.๑	๐.๐๐ ^b	๑.๐๐
อิสลาม	๒	๕.๙	๑	๒.๙	๑	๒.๙		
อื่นๆ	๐	๐	๐	๐	๐	๐		
สถานภาพสมรส								
โสด	๕	๑๔.๗	๑	๒.๙	๔	๑๑.๘	๗.๖๕๗ ^χ	๐.๐๕๔
คู่	๒๑	๖๑.๘	๑๓	๓๘.๒	๘	๒๓.๕		
หม้าย	๖	๑๗.๖	๑	๒.๙	๕	๑๔.๗		
หย่า	๒	๕.๙	๐	๐	๒	๕.๙		
ระดับการศึกษา								
ไม่ได้รับการศึกษา	๕	๑๔.๗	๑	๒.๙	๔	๑๑.๘	๕.๔๖๗ ^χ	๐.๒๔๓
ประถมศึกษา	๒๐	๕๘.๘	๑๐	๒๙.๔	๑๐	๒๙.๔		
มัธยมศึกษา	๒	๕.๙	๒	๕.๙	๐	๐		
ประกาศนียบัตร	๖	๑๗.๖	๕	๑๔.๗	๒	๕.๙		
วิชาชีพ/อนุปริญญา								
ปริญญาตรี	๑	๒.๙	๐	๐	๐	๒.๙		
สูงกว่าปริญญาตรี	๐	๐	๐	๐	๐	๐		
อาชีพ								
ไม่ได้ประกอบ	๑๕	๔๔.๑	๗	๒๐.๖	๘	๒๓.๕	๖.๐๖๗ ^χ	๐.๔๑๖
อาชีพ								
ค้าขาย/	๖	๑๗.๖	๓	๘.๘	๓	๘.๘		
ธุรกิจส่วนตัว								
รับจ้าง	๔	๑๑.๘	๒	๕.๙	๒	๕.๙		
รับราชการ/	๔	๑๑.๘	๓	๘.๘	๑	๒.๙		
รัฐวิสาหกิจ								
เกษตรกรรม	๑	๒.๙	๑	๒.๙	๐	๐		
ข้าราชการบำนาญ	๓	๘.๘	๐	๐	๓	๘.๘		
อื่นๆ	๑	๒.๙	๑	๒.๙	๐	๐		

ตารางที่ ๑ จำนวนและร้อยละของลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มโครงการ (จำนวน = ๓๔) (ต่อ)

ตัวแปร	รวม (n = ๓๔)		กลุ่มทดลอง (n = ๑๗)		กลุ่มควบคุม (n = ๑๗)		Static test	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน								
≤ ๒,๐๐๐	๑	๒.๙	๑	๒.๙	๐	๐	๒.๑๒๕ ^a	๐.๕๕๗
๒,๐๐๑ - ๕,๐๐๐	๑	๒.๙	๐	๐	๑	๒.๙		
๕,๐๐๑ - ๑๐,๐๐๐	๑๕	๔๔.๑	๗	๒๐.๖	๘	๒๓.๕		
≥ ๑๐,๐๐๐	๑๗	๕๐.๐	๙	๒๖.๕	๘	๒๓.๕		
โรคประจำตัวอื่นๆ พบรวม								
ไม่มี	๑	๒.๙	๐	๐	๑	๒.๙	๑.๐๓๐ ^b	๐.๓๑๐
มี	๓๓	๙๗.๑	๑๗	๕๐.๐	๑๖	๔๗.๑	๔.๗๕๘ ^a	๐.๓๑๓
๑ โรค	๘	๒๓.๕	๕	๑๔.๗	๓	๘.๘		
๒ โรค	๑๑	๓๒.๔	๖	๑๗.๖	๕	๑๔.๗		
๓ โรค	๖	๑๗.๖	๑	๒.๙	๕	๑๔.๗		
มากกว่า ๓ โรค	๘	๒๓.๕	๕	๑๔.๗	๓	๘.๘		
ชนิดของโรคร่วม								
หัวใจเต้น	๓	๘.๘	๒	๕.๙	๒	๒.๙	๐.๓๗๒ ^b	๐.๕๕๒
ผิวดังหระ								
โรคหลอดเลือด	๒๑	๖๑.๘	๑๐	๒๙.๔	๑๑	๓๒.๔	๐.๑๒๕ ^b	๐.๗๒๔
หัวใจ								
โรคหัวใจ	๑	๒.๙	๐	๐	๑	๒.๙	๑.๓๕๖ ^b	๐.๒๔๔
ขาดเลือด								
กล้ามเนื้อ	๑	๒.๙	๐	๐	๑	๒.๙	๑.๑๔๗ ^b	๐.๒๙๔
หัวใจตาย								
เบาหวาน	๑๕	๔๔.๑	๙	๒๖.๕	๑๐	๒๙.๔	๐.๑๑๕ ^b	๐.๗๓๐
ความดันโลหิตสูง	๒๔	๗๐.๖	๑๓	๓๘.๒	๑๑	๓๒.๔	๐.๕๖๗ ^b	๐.๔๕๒
ไตวายเรื้อรัง	๔	๑๑.๘	๓	๘.๘	๑	๒.๙	๑.๑๘๐ ^b	๐.๒๗๗
ไขมันในเลือดสูง	๙	๒๖.๕	๔	๑๑.๘	๕	๑๔.๗	๐.๑๕๖ ^b	๐.๖๙๗
ยาที่ได้รับ								
ยาด้านเกร็ดเลือด								
Aspirin	๒๒	๖๔.๗	๑๒	๓๕.๓	๑๐	๒๙.๔	๐.๕๑๕ ^b	๐.๔๗๓
Clopidogrel	๑๗	๕๐.๐	๑๐	๒๙.๔	๗	๒๐.๖	๑.๐๕๖ ^b	๐.๓๐๓
ยายายหลอดเลือด								
Isosorbide Dinitrate	๑๗	๕๐.๐	๘	๒๓.๕	๙	๒๖.๕	๐.๑๑๘ ^b	๐.๗๓๒
ยากันเลือดแข็งตัว								
Warfarin	๒	๕.๙	๒	๕.๙	๐	๐	๐.๕๓๑ ^b	๐.๔๖๖
ยากันหัวใจทำงานหนัก								
Metoprolol	๘	๒๓.๕	๔	๑๑.๘	๔	๑๑.๘	๐.๐๐๐ ^b	๑.๐๐๐
Carvedilol	๒	๕.๙	๑	๒.๙	๑	๒.๙	๐.๐๐๐ ^b	๑.๐๐๐

ตารางที่ ๑ จำนวนและร้อยละของลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มโครงการ (จำนวน = ๓๔) (ต่อ)

ตัวแปร	รวม (n = ๓๔)		กลุ่มทดลอง (n = ๑๗)		กลุ่มควบคุม (n = ๑๗)		Static test	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ยาปิดกั้นแคลเซียม								
Diltiazem	๒	๕.๙	๑	๒.๙	๑	๒.๙	๐.๐๐๐ ^b	๑.๐๐๐
ยาลดไขมันในเลือด								
Simvastatin	๒๓	๖๗.๖	๑๐	๒๙.๔	๑๓	๓๘.๒	๑.๒๐๙ ^b	๐.๒๗๑
ยารักษาความดันโลหิตสูง								
Losartan	๔	๑๑.๘	๒	๕.๙	๒	๕.๙	๐.๐๐๐ ^b	๑.๐๐๐
Trimetazidine	๒	๕.๙	๑	๒.๙	๑	๒.๙	๐.๐๐๐ ^b	๑.๐๐๐
Amlodipine	๗	๒๐.๖	๓	๘.๘	๔	๑๑.๘	๐.๑๘๐ ^b	๐.๖๗๑
ยาเพิ่มการบีบตัวของหัวใจ								
Amiodarone	๓	๘.๘	๒	๕.๙	๑	๒.๙	๐.๓๗๒ ^b	๐.๕๔๒
ยากลุ่มขับปัสสาวะ								
Furosemide	๑๕	๔๔.๑	๘	๒๓.๕	๗	๒๐.๖	๐.๑๑๙ ^b	๐.๗๓๐

^a = Chi-square test^b = Fisher's exact test

ภายหลังเข้าร่วมโครงการ ๑๒ สัปดาห์ พบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองมีคะแนนหายใจลำบากต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < ๐.๐๐๑$ และ $p < ๐.๐๐๑$) มีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันสูงกว่าก่อน

เข้าร่วมโครงการและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < ๐.๐๑$ และ $p < ๐.๐๐๑$ ตามลำดับ) และมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < ๐.๐๐๑$ และ $p < ๐.๐๐๑$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ ๒ และ ๓

ตารางที่ ๒ เปรียบเทียบความแตกต่างของอาการหายใจลำบาก และคุณภาพชีวิตภายในกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ ๑๒ สัปดาห์ (จำนวน = ๑๗)

ตัวแปร	ค่าที่เป็นไปได้ (possible score)	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง			Statistic test	p-value	
		M	SD	การแปลผล	M	SD			การแปลผล
ภาวะหายใจลำบาก									
กลุ่มทดลอง (n = ๑๗)	๐ - ๑๐	๒.๘๒	๑.๒๔	น้อย	๑.๐๐	๑.๐๐	น้อย	๓.๒๐๓ [†]	๐.๐๐๑
กลุ่มควบคุม (n = ๑๗)	๐ - ๑๐	๒.๘๘	๑.๖๔	น้อย	๓.๕๓	๑.๘๔	น้อย	๑.๘๐๗ [†]	๐.๐๗๑
คุณภาพชีวิต									
กลุ่มทดลอง (n = ๑๗)	๐ - ๑๐๕	๒๗.๓๕	๑๐.๘๙	ต่ำ	๔๖.๒๔	๑๑.๓๐	ปานกลาง	๓.๖๒๕ [†]	๐.๐๐๐
กลุ่มควบคุม (n = ๑๗)	๐ - ๑๐๕	๒๓.๖๔	๘.๗๙	ต่ำ	๑๙.๒๔	๖.๔๗	ต่ำ	๒.๘๙๕ [†]	๐.๐๕๔

[†] = Wilcoxon Signed Ranks test

ตารางที่ ๓ เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนอาการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อสิ้นสุดโครงการ (๑๒ สัปดาห์) (จำนวน = ๑๗)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = ๑๗)		กลุ่มควบคุม (n = ๑๗)		Statistic test	p-value
	M	SD	M	SD		
อาการหายใจลำบาก	๑.๐๐	๑.๐๐	๓.๕๓	๑.๘๔	๓.๒๐๓ [†]	๐.๐๐๑
คุณภาพชีวิต	๔๖.๒๔	๑๑.๓๐	๒๗.๘๗	๑๔.๒๔	๓.๖๒๔ [†]	๐.๐๐๐

[†] = Mann-Whitney U test

ผลการเปรียบเทียบการกลับเข้ารับการรักษาด้วยอาการกำเริบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อสิ้นสุดโครงการ (๑๒ สัปดาห์) พบว่า กลุ่มทดลองมีการกลับ

เข้ารับการรักษาด้วยอาการกำเริบน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < ๐.๐๑$) ดังแสดงในตารางที่ ๔

ตารางที่ ๔ เปรียบเทียบการกลับเข้ารับการรักษาด้วยอาการกำเริบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อสิ้นสุดโครงการ (๑๒ สัปดาห์) (จำนวน ๑๗ คน)

ตัวแปร	รวม (n = ๓๔)		กลุ่มทดลอง (n = ๑๗)		กลุ่มควบคุม (n = ๑๗)		Static test	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบ								
ไม่	๒๓	๗๐.๖๐	๑๕	๘๘.๑๐	๘	๒๓.๕๐	๖.๕๘๕ ^b	๐.๐๑
มี	๑๑	๓๒.๔๐	๒	๕.๙๐	๙	๒๖.๕๐		

^b = Fisher's exact test

วิจารณ์ และสรุปผลการศึกษา

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการควบคุมโรคเป็นระยะเวลา ๑๒ สัปดาห์ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการหายใจลำบากน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของเครียร์ที่มุ่งเน้นให้กลุ่มทดลองเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและหลักการควบคุมอาการกำเริบโดยการฝึกทักษะการจัดการตนเองเพื่อการควบคุมโรค ซึ่งประกอบด้วยทำให้ความรู้เป็นรายบุคคลเข้าใจเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวและหลักการจัดการตนเองในการควบคุมภาวะหัวใจล้มเหลวการฝึกทักษะการจัดการตนเองได้แก่ การตั้งเป้าหมายและกำหนดพฤติกรรมในการควบคุมโรคและอาการกำเริบ การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ

อาการและอาการแสดงที่ผิดปกติ การเฝ้าระวังและสังเกตอาการด้วยตนเอง การบันทึกอาการแสดงของอาการกำเริบ เช่น ภาวะน้ำคั่งและภาวะหายใจลำบาก การประเมินความผิดปกติ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ การตัดสินใจในการแก้ไขความผิดปกติและลงมือปฏิบัติ พฤติกรรมการควบคุมโรคให้เหมาะสม รวมทั้งการประเมินผลการปฏิบัติด้วยตนเอง โดยครอบคลุมเรื่องการรับประทานอาหารและน้ำที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับความรุนแรงของโรค โดยการเดินวันละ ๓๐ นาที ร่วมกับการบริหารปอด การรับประทานยา การสังเกตอาการกำเริบและการแก้ไขปัญหาเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการกำเริบ รวมทั้งการกระตุ้นให้กำลังใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องโดยการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปรับพฤติกรรมใน

การควบคุมภาวะหัวใจล้มเหลวได้สำเร็จและสามารถควบคุมการกำเริบของโรคได้ ซึ่งผลจากการมีพฤติกรรมการควบคุมโรคที่ดีส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนหายใจลำบากต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนากรณ์ แก้วชัย^{๑๕} ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบาก โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวและฝึกทักษะการจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะน้ำเกินในร่างกายเป็นรายบุคคล โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของเครียร์ เช่นเดียวกัน ซึ่งผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนอาการหายใจลำบากหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

นอกจากนี้เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม ๑๒ สัปดาห์พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การที่กลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคดีขึ้นและรับรู้ ว่า ตนเองมีความรุนแรงของโรคลดลงจากการที่มีภาวะหายใจลำบากลดลง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากกว่าที่เป็นอยู่ ส่งผลให้คะแนนคุณภาพชีวิตสูงขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาในหลายการศึกษาที่ใช้แนวคิดการจัดการตนเองในการส่งเสริมการควบคุมโรค ซึ่งพบว่า ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การศึกษานี้ยังพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีการกลับเข้ารับการรักษาด้วยอาการกำเริบน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปรับพฤติกรรมในการควบคุมภาวะหัวใจล้มเหลวได้สำเร็จซึ่งผลจากการมีพฤติกรรมการควบคุมโรคที่ดีส่งผลให้กลุ่มทดลองการกลับเข้ารับการรักษาด้วยอาการกำเริบน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

จากผลการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการจัดการตนเองของเครียร์ มีประสิทธิภาพในการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมโรคและอาการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลว สามารถลดอาการหายใจลำบาก เพิ่มคุณภาพชีวิตและลดการกลับเข้ารับการรักษาด้วยอาการกำเริบสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษานี้เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรุนแรงของโรคหัวใจอยู่ในระดับ ๒ หรือ ๓ ซึ่งผลการวิจัยมีข้อจำกัดในการอ้างอิงถึงประชากรผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับความรุนแรงสูงกว่า

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

๑. ควรมีการศึกษาโดยการติดตามผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะยาวและศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมต่อไป

๒. ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ สำเร็จลุล่วงด้วยดีด้วยความสนับสนุนงบประมาณการวิจัยจากกองทุนวิจัยจากมูลนิธิเพื่อโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ประจำปี ๒๕๕๕ และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

๑. American Heart Association. 2009 Focused Update: ACCF/AHA Guidelines for Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines: Developed in Collaboration With the International Society for Heart. Journal of the American Heart Association 2009;119:1977-2016.
๒. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถิติจำนวนและอัตราการตายต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน. [อินเทอร์เน็ต]. ๒๕๕๒ [เข้าถึงเมื่อ ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๖]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.nso.go.th>.
๓. Jovicic A, Holroyd-Leduc JM, Straus SE. Effects of self-management intervention on health outcomes of patients with heart failure: a systematic review of randomized controlled trials. BMC Cardiovasc Disord 2006;6:43.

๔. สุรินทร์ ทองยิ้ม. ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร:มหาวิทยาลัยมหิดล; ๒๕๕๔.
๕. Parshall MB, Welsh JD. Dyspnea duration, distress, and intensity in emergency department visits for heart failure. University of New Mexico College of Nursing 2001;1:47-56.
๖. เยาวภา บุญเที่ยง. การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพและการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่:มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; ๒๕๕๕.
๗. Creer LT. Self-management of chronic illness: Handbook of self-regulation. California Academic 2000;601-29.
๘. Phromminitikul A, Kanjanavanit P, Amaritakomol A, Topaiboon P, Wianggosot W, Wongnai S. Comprehensive heart failure program reduce rehospitalization in chronic congestive heart failure patients. Chaing Mai 2002.
๙. ชูตินธร เรียนแพง. การจัดการตนเองและความผาสุกในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่:มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; ๒๕๕๘.
๑๐. Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. Patient Educ Couns 2002;48: 177-87.
๑๑. ณัฐริกรา โลไล. ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่:มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; ๒๕๕๑.
๑๒. New York Heart Association. Congestive Heart Failure Assessment Tools: New York Heart Association Functional Classification. Little Brown and Company 1964.
๑๓. กฤติกา ชูณวงศ์. ผลของการใช้โปรแกรมเดินออกกำลังกายที่บ้านต่อความสามารถในการออกกำลังกายและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่:มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; ๒๕๕๒.
๑๔. ธนาภรณ์ แก้วยก. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบากและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม:มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; ๒๕๕๓.

Abstract

Effectiveness of a self - management program on dyspnea, re-admission, and quality of life in congestive heart failure patients

Ladawan Ritklar

Thammasat Hospital

Introduction: Uncontrolled heart failure has been identified as a leading cause of death globally and a major health problem in Thailand. The number of patients and death rates has increased rapidly. Lacking of knowledge and improper behavior are mainly causes of patient's re-hospitalization, severe symptoms and complications. Promoting self-managements is important to control the disease and reduce complications.

Method: The purpose of this experimental research was to evaluate of a self-management program in congestive heart failure patients. Thirty-four heart failure patients, 2nd and 3rd level of functional class, who were hospitalized or came for follow-up visit from inpatient department, Thammasat hospital from October 2012 to January 2013. The experimental group received the self-management program that was developed based on self-management concept, whereas the control group received standard care. Data were collected using the Modified Borg's score for dyspnea, and the Minnesota living with heart failure questionnaire for quality of life. Data were analyzed using descriptive statistic, Wilcoxon Signed Ranks and Mann-Whitney U tests.

Result: Among thirty-four heart failure patients, the experimental group ($n = 17$) demonstrated significant decrease in dyspnea level from baseline ($p < 0.001$), significant increase in quality of life from baseline ($p < 0.001$), and had the better results than the control group. There was also significant reduction in re-admission rate than the control group ($p < 0.01$).

Discussion and Conclusion: Self-management program is effective in disease control, reduction of exacerbation, decrease of re-admission and quality of life improvement for individuals with heart failure, and can be used in patients with poor controlled heart failure. Further study should be replicated using larger groups and longer time.

Key words: Self-management program, Dyspnea, Re-admission, Quality of life, Patients with congestive heart failure