



ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบากและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง*

ธนากรณ์ แก้วยก พย.ม.**

อภิญา วงศ์พิริยโยธา พย.ด.*** วลัยพร นันทศุภวัฒน์ ศศ.ด.***

บทคัดย่อ

ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่เกิดจากหัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายได้เพียงพอ อาการหายใจลำบากเป็นอาการที่พบบ่อยของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง แบบสุ่มสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบากและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองที่พัฒนาโดย Creer เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลอำนาจเจริญ จำนวน 30 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับการสุ่มเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลภายใน 6 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบวัดอาการหายใจลำบากของบอร์ก (Borg scale) และแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (The Veterans Specific Activity Questionnaire) ค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันแบบวัดอาการหายใจลำบาก เท่ากับ .80 และแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเท่ากับ .86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ paired t-test และ t-test

ผลการวิจัยผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีคะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบากต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($p < .05$) และคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($p < .05$) โดยสรุป พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรังสามารถทำให้อาการหายใจลำบากในผู้ป่วยล้มเหลวเรื้อรังลดลง ส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายสูงขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ศตวรรษที่ 21 โรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเป็นปัญหาของทั่วโลก เป็นภาวะที่เกิดขึ้นท้ายสุดของโรคหัวใจทุกชนิด เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนเวลาอันสมควร ในสหรัฐอเมริกาพบว่ามีผู้เสียชีวิตประมาณ 30,000 คนต่อปีและเสียค่าใช้จ่ายประมาณปีละ 38.1 พันล้านดอลลาร์ สำหรับในประเทศไทย โรคหัวใจเป็นสาเหตุแรกของการเสียชีวิต และร้อยละ 70 ของการเสียชีวิต

ชีวิตจากโรคหัวใจในปี 2003 พบว่า มีความสัมพันธ์กับโรคหัวใจล้มเหลว¹⁻⁵

ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (Congestive Heart Failure: CHF) เป็นโรคเรื้อรังและมีการดำเนินของโรคอยู่ตลอดเวลา ซึ่งเป็นภาวะที่เป็นผลจากโครงสร้างหรือการทำหน้าที่ของหัวใจผิดปกติ ที่ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของหัวใจห้องล่างเสียหายที่ไปในการรับเลือดและสูบฉีดเลือด⁶ ทำให้ปริมาณเลือดออกจาก

* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

*** อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



หัวใจลดลง เกิดปัญหาน้ำคั่งในหัวใจและเกิดปอดบวมน้ำตามมา นำไปสู่การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงและการหายใจที่ถี่ขึ้น ประกอบกับการบีบตัวของหัวใจที่ลดลงทำให้ออกซิเจนที่ไปเลี้ยงเนื้อเยื่อลดลง ทำให้ความต้องการอากาศเพิ่มขึ้น จึงเป็นสาเหตุของอาการหายใจลำบาก และเป็นอาการที่พบมากในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง^{7,8}

สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง ต้องกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลมาจากการกำเริบอย่างรุนแรงของโรค มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ผลกระทบด้านร่างกายทำให้ร่างกายล้า เมื่อยและเหนื่อยง่ายแม้จะทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย ส่งผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลงและคุณภาพชีวิตลดลง^{9,10,11} ดังนั้นการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะช่วยยับยั้งหรือชะลอความก้าวหน้าของโรค ลดความรุนแรงและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อีกทั้งยังทำให้ผู้ป่วยดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี การจัดการตนเองเป็นกิจกรรมเพื่อจัดการกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเพื่อเป็นการพัฒนาการปฏิบัติด้วยตนเองเพื่อให้เข้าใจการจัดการกับโรค เรียนรู้บทบาทของตนเอง และการอาศัยอยู่กับโรค การจัดการตนเองต้องปฏิบัติทุกวัน เพื่อให้สุขภาพดีขึ้น สามารถควบคุมภาวะเจ็บป่วยทำให้ลดผลกระทบต่อสุขภาพทางกาย การทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น ป้องกันและลดความรุนแรงของโรค คงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดี¹²⁻¹⁴

จากการทบทวนศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเลือดคั่งมีปัญหาสุขภาพที่สำคัญ คือ อาการหายใจลำบาก และส่งผลถึงความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ผู้วิจัยตระหนักถึงการส่งเสริมความสามารถในการจัดการตนเอง เพื่อลดและป้องกันอาการหายใจลำบาก ช่วยให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเอง ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง โดยใช้กรอบแนวคิดของเครียร์¹⁵ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถป้องกันและจัดการกับอาการ ซึ่งจะช่วยให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของด้านร่างกายเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยคาดว่าผลของการวิจัยครั้งนี้

จะมีประโยชน์ต่อการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบาก และความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดหลัก คือ การจัดการตนเองของ Creer¹⁵ กล่าวถึงการจัดการตนเองไว้ว่าเป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อจัดการควบคุมความเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยตนเองมี 6 ขั้นตอน คือ 1) การเลือกเป้าหมาย 2) การรวบรวมข้อมูล 3) การวิเคราะห์และประเมินข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การปฏิบัติ และ 6) การประเมินตนเอง เพื่อให้สามารถจัดการกับอาการหายใจลำบากได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (A pretest – posttest experimental design)¹⁶ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบาก และความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอำนาจเจริญ เลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ แบบสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จำนวน 30 ราย นำเข้าสู่งานวิจัยโดยวิธีการสุ่มโดยสุ่มเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่ม ๆ ละ 15 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคลผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง



2) แบบวัดอาการหายใจลำบากของบอร์ก (Borg scale) ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของลิตดา จามพัฒน์¹⁷ ที่แปลเป็นไทยจากแบบวัดอาการหายใจลำบากของบอร์ก เป็นแบบประเมินที่มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการหายใจเหนื่อย ถึง 10 คะแนน หมายถึง รู้สึกหายใจหอบเหนื่อย เป็นอย่างมากจนแทบไม่ไหว ผู้วิจัยนำไปหาความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเลือดคั่งที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ที่คลินิกโรคหัวใจและความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลโสธร แล้วนำมาทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีทดสอบและทดสอบซ้ำโดยห่างกัน 30 นาที โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80

3) แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของพิมพิญจะโปะ¹⁸ ที่แปลเป็นไทยจาก The Veterans Specific Activity Questionnaire [VSAQ]) ของเมเยอร์ และคณะ เป็นแบบประเมินความสามารถในการใช้ออกซิเจนทางอ้อม ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อคำถาม ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวัน การทำงาน บ้าน การออกกำลังกาย และการมีกิจกรรมที่เป็นงานอดิเรก มีหน่วยวัดเป็น MET อยู่ระหว่าง 1.00 – 13.00 METs คำถามในข้อคำถามแรกมีจำนวน MET ต่ำที่สุด = 1 MET และค่อยๆ เพิ่มขึ้นจนข้อสุดท้ายมีจำนวน 13 MET ผู้วิจัยนำไปหาความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเลือดคั่งที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ที่คลินิกโรคหัวใจและความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลโสธร แล้วนำมาทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีทดสอบและทดสอบซ้ำ โดยห่างกัน 1 สัปดาห์ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86

4) โปรแกรมการจัดการตนเองเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer¹⁵ ประกอบด้วย 1) การเลือกเป้าหมาย 2) การรวบรวมข้อมูล 3) การวิเคราะห์และประเมินข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การลงมือกระทำ และ 6) การประเมินตนเอง โดยการดำเนินการตามโปรแกรมการจัดการตนเอง แบ่งเป็น 3 ระยะ

คือ ระยะเตรียมความพร้อม ระยะที่สอง คือ การจัดการตนเอง และระยะที่สาม คือ การประเมินผลการจัดการตนเอง

เครื่องมือที่ใช้ในโปรแกรมการจัดการตนเอง ประกอบด้วย

คู่มือการสอนสำหรับพยาบาล ประกอบด้วย 2 แผนหลัก คือ 1) แผนการสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง และ 2) แผนการสอนเพื่อส่งเสริมทักษะในการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย สถานที่ดำเนินการ ระยะเวลาของกิจกรรม ผู้ดำเนินการ อุปกรณ์และสื่อ วิธีการ ขั้นตอนดำเนินการ และวิธีการประเมินผล

คู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง เป็นคู่มือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยแนวทางในการประเมินและการจัดการตนเองตามรูปแบบการจัดการตนเองของ Creer¹⁵

สมุดรวบรวมข้อมูลสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง เป็นสมุดที่ผู้ป่วยต้องบันทึกทุกวัน โดยใช้ร่วมกับคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง

โปรแกรมการจัดการตนเอง ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความถูกต้อง ความเหมาะสมของเนื้อหา จากนั้นผู้วิจัยนำเสนอแนะมาพิจารณา ภายใต้คำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเลือดคั่งที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจและความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลโสธร จำนวน 3 คน พบว่า ผู้ป่วยมีความเข้าใจสามารถใช้สมุดบันทึกข้อมูลคู่กับคู่มือการจัดการตนเองได้

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม เปรียบเทียบก่อนทดลอง-หลังการทดลอง โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ส่วนกลุ่ม



ควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการประเมินอาการหายใจลำบากโดยใช้แบบวัดอาการหายใจลำบากของบอร์ก และประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยใช้เป็นแบบวัดความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจ (The Veterans Specific Activity Questionnaire [VSAQ]) ของเมเยอร์และคณะ ก่อนการทดลองและหลังทดลองครบ 6 สัปดาห์

จริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบว่า การวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างเองว่ายินยอมเข้าร่วมหรือไม่ก็ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการพยาบาลหรือการรักษาที่ได้รับแต่อย่างใด หากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยครบตามกำหนด กลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกได้ตลอดเวลา ข้อมูลส่วนบุคคลผู้วิจัยไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วย การเผยแพร่ข้อมูลจะทำในภาพรวมเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบ Normality ใช้ K-S test พบว่า การแจกแจงข้อมูลเป็นโค้งปกติ ส่วนการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบากและคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง ใช้ Paired t-test และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ใช้ Independent t-test

ผลการวิจัย

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 อายุเฉลี่ย 59.13 (SD = 8.81) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 80 จบการศึกษาสูงสุดชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 100 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 73.3 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 80.0 รายได้เฉลี่ย 1,666.67 บาท/เดือน (SD = 879.67) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยหัวใจล้มเหลวเลือดคั่งเฉลี่ย 3.67 ปี (SD = 2.29) ส่วนใหญ่มี

โรคหัวใจขาดเลือดร่วมด้วย ร้อยละ 33.3 กลุ่มยาที่ใช้มากที่สุด คือ กลุ่มยาขับปัสสาวะ (Diuretic) ร้อยละ 86.7 รองลงมา ยากลุ่ม ACE inhibitors ร้อยละ 46.7 ตามลำดับ

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.0 อายุเฉลี่ย 59.67 (SD = 8.76) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.3 จบการศึกษาสูงสุดชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 93.3 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.7 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 86.7 รายได้เฉลี่ย 1,600.0 บาทต่อเดือน (SD = 686.61) ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยหัวใจล้มเหลวเลือดคั่งเฉลี่ย 4.20 ปี (SD = 2.81) ส่วนใหญ่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ร้อยละ 46.7 กลุ่มยาที่ใช้มากที่สุด คือ กลุ่มยาขับปัสสาวะ (Diuretic) ร้อยละ 100 รองลงมา ยากลุ่ม ACE inhibitors ร้อยละ 60.0 ตามลำดับ

กลุ่มทดลองก่อนการทดลอง ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบาก เท่ากับ 2.33 (SD = .72) และหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบากลดลงเป็น 1.63 (SD = .85) ในกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบาก เท่ากับ 2.27 (SD = .59) และหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบากเพิ่มขึ้นเป็น 2.40 (SD = .63) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบากหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองและมีคะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบากต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบากก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

กลุ่มทดลองก่อนการทดลอง ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย เท่ากับ 3.93 (SD = .70) หลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเพิ่มขึ้นเป็น 5.13 (SD = 1.46) เมื่อพิจารณาในกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเท่ากับ 4.20 (SD = .77) และหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลงเป็น 4.13 (SD = .83) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย



สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยนี้ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการจัดการตนเอง สามารถลดอาการหายใจลำบาก และเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง จากพยาธิสภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง จะมีอาการหายใจลำบากเมื่อเกิดภาวะน้ำคั่งในร่างกาย ส่งผลให้ผู้ป่วยหายใจลำบากเมื่อทำกิจกรรม^{7,19} ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง ทำให้สามารถป้องกันภาวะน้ำคั่งในร่างกาย โดยการสังเกตอาการน้ำคั่งในร่างกาย เช่น อาการบวม น้ำหนักตัวเพิ่ม อาการหายใจลำบาก อาการหายใจลำบากขณะทำกิจกรรมหรือเมื่อนอนราบ หรืออาการตื่นขึ้นกลางคืนเนื่องจากอาการหายใจลำบาก เมื่อผู้ป่วยสามารถสังเกตอาการที่ผิดปกติได้โดยใช้ความรู้ที่ได้จากโปรแกรมการจัดการตนเอง มาใช้ในการจัดการกับอาการที่ผิดปกติได้ โดยเฉพาะภาวะน้ำคั่งในร่างกาย จึงทำให้น้ำคั่งในปอดลดลง ทำให้อาการหายใจลำบากลดลง ส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. สถาบันการศึกษาด้านพยาบาล การเรียนการสอนเรื่องแนวคิดการจัดการสุขภาพ สามารถนำรูปแบบโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง ไปเป็นตัวอย่างสำหรับนักศึกษาในเรื่องของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง
2. พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง ควรนำรูปแบบของโปรแกรมการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง
3. ควรมีการติดตามกลุ่มตัวอย่างในระยะยาว ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเพื่อติดตามกระบวนการจัดการและประเมินอาการหายใจลำบากและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในระยะยาว

4. ควรทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรุนแรงของอาการหัวใจล้มเหลวเลือดคั่งในระดับ 3 และระดับ 4 เพื่อให้ทราบถึงระดับอาการหายใจลำบากและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยมหาสารคามที่ได้สนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัย ประจำปีงบประมาณ 2553 ขอพระคุณรศ.ดร.ไพฑูรย์สุศรีงามและผศ.ดร.ชวนพิศ ทานอง ที่ให้ข้อเสนอแนะเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Obe LN. Cardiovascular Problems: Heart Failure. Nursing & Residenttail Care 2008; 10(5): 233-236.
2. Thornhill K, et al. Experiences of Living with Congestive Heart Failure: A Qualitative Study. British Journal of Health Psychology 2007; 13: 155-175.
3. Blue L, McMurray J. How Much Responsibility should Heart Failure Nurses Take. The European Journal of Heart Failure 2005; 7: 351-361.
4. Zickmund SL, et al. Congestive Heart Failure Patients Report Conflict with heir Physicians. Journal of Cardiac Failure.2006; 12(7): 546-553.
5. ทองทิพ แซจอหอ, อัมพร คำหล้า, สุปราณี พัฒนจิตวิไล. การประเมินประสิทธิผลโครงการส่งเสริมการดูแลตนเองและป้องกันการเกิดโรคหัวใจโดยใช้กลุ่มช่วยเหลือ (Support group) ในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(4): 60-66.
6. Hunt SA, et al. Focused Update Incorporated Into The ACC/AHA 2005 Guideline For the Diagnosis and Management Of Heart Failure in Adults. Journal of the American College of Cardiology 2009; 53(15): e1-e90.



7. ขวัญเนตรเกษมพลง,ชวนพิศทำนอง,นพพลบัวสี. การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี โรงพยาบาลศรีสะเกษ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(4): 30-39.
8. Wasserman K, Casaburi R. Dyspnea: Physiological and Pathophysiological Mechanisms. Annual Reviews Medicine 1988; 39: 503-515.
9. Jerant AF, Azari R, Nesbitt TS. Reducing the Cost of Frequent Hospital Admissions for Congestive Heart Failure. Medical Care 2001; 39(11): 1234-1245.
10. วิศาล คันธรัตน์กุล. การฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ (Cardiac Rehabilitation in Special Case). ใน เวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจ. กรุงเทพฯ: ชมรมฟื้นฟูหัวใจ สมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์; 2546.
11. สมรภพ บรรหารักษ์, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. ประสบการณ์การจัดการอาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะกลืนเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันวารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2553; 28(3): 5-13.
12. Harvey IS. Assessing Self-Management and Spirituality Practice among Older Woman. American Journal Health Behavior 2008; 32(2): 157-168.
13. ประพิมพ์พรณรัตน์อัมพา, ไพบุลย์ ดาวสดใส. การศึกษาเวลาการทำงานการพยาบาลโดยเทคนิคการสุ่มงานแบบสองมิติในหออภิบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจลิริกิต์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2549; 24(3): 28-36.
14. วิลาวัลย์ แก้วอ่อน, วาสนา รวยสูงเนิน. การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและข้อมูลที่ได้รับเพื่อการดูแลตนเองหลังเกิดการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับหัตถการหลอดเลือดหัวใจ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(2): 33-40.
15. Creer TL. Self-Management of Chronic Illness. In Handbook of Self-Regulation. California: Academic; 2000.
16. Polit DF, Beck CT. Designing Quantitative Studies. In Nursing Research: Generation and Assessing Evidence for Nursing Practice. 8th ed. USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
17. ลัดดาจามพัฒน์. ภาวะโภชนาการและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์; 2549.
18. พิมพ์ใจ ฉุนจะโปะ. ผลของโปรแกรมการเดินออกกำลังกายต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2547.
19. Hess O, Carroll JD. Clinical Assessment of Heart Failure in Braunwald's Heart Disease: A Text Book of Cardiovascular Medicine. 8th ed. Philadelphia: United State of America; 2008.



Effects of Self-Management Program on Symptom of Dyspnea and Functional Capacity of Persons with Congestive Heart Failure

Thanakorn Kaewyok M.N.S.*

Apinya Wongpiriyayotha PhD**

Walaiparn Nantsupawat PhD***

Abstract

Congestive heart failure (CHF) is a chronic illness in which the heart cannot pump enough blood to meet the demand of the body. Dyspnea is a common symptom of CHF that impacts on functional capacity and daily activity of the patients. The research design was a pretest-posttest experimental design aimed to examine the effects of self-management program on symptom of dyspnea and functional capacity of persons with CHF. The concept of Creer's self-management was used to guide the study. Thirty persons with CHF who were treated at Amnartcharean Hospital and met the inclusion criteria were randomly assigned into the experimental and the control groups. Each group contained 15 participants. The experimental group received the self-management program and the control group received usual care. Data were collected with 6 weeks. Two instruments were the Borg scale for evaluating dyspnea and the Veterans Specific Activity Questionnaire (VSAQ) for evaluating functional capacity. Pearson's product moment correlation coefficient for the Borg scale was .80 and for the VSAQ was .86.

The results of study revealed that: The experimental group had significantly lower mean scores of dyspnea than before receiving the self-management program and lower than that the control group ($p < .05$), and had significantly higher mean scores of functional capacity than before receiving the self-management program and higher than that the control group ($p < .05$). In conclusion, the self-management program for persons with CHF could help the patients decrease dyspnea and increase functional capacity.

Keywords: Self- Management Program, Dyspnea, Congestive Heart Failure

*Thesis of Master of Nursing Science, Faculty of Nursing Mahasarakham University

**Student of Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

***Lecture, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

****Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahasarakham University