

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

นางลักษณ์ ทองอินทร์ พย.ม.*
เพ็ญจันทร์ เสรีวัฒนา พย.ม.**
ธีรพร ด้านธีระภากุล พย.ม.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

วิธีดำเนินการวิจัย: การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบศึกษากลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล จำนวน 30 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองซึ่งมุ่งเน้นการเพิ่มสมรรถนะ การเสริมสร้างพลังอำนาจ การปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต การกำหนดเป้าหมายการจัดการตนเอง ด้วยวิธีการสอน การให้ข้อมูล ให้คำปรึกษา การประเมินตนเองเป็นรายบุคคล และได้รับคู่มือสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีการติดตามเยี่ยม 1 ครั้งก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล และได้รับการเยี่ยมทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1 และ 3 หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ และประเมินคุณภาพชีวิต หลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ 1 วัน ก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง และหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง 1 เดือน โดยภาวะสุขภาพประเมินด้วย visual analog score ส่วนคุณภาพชีวิตประเมินด้วย SF-36 (short form 36 health survey) ซึ่งมีทั้งหมด 8 องค์ประกอบ เปรียบเทียบภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิตโดยรวม และคุณภาพชีวิตแยกตามองค์ประกอบระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายร้อยละ 53.3 อายุเฉลี่ย 60.9 ± 14.7 ปี ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของตนเอง และคุณภาพชีวิตโดยรวม (8.1 ± 1.8 และ 93.4 ± 5.5 ตามลำดับ) สูงวก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง (2.5 ± 2.1 และ 4.2 ± 7.1 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยจำแนกตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิตทั้ง 8 องค์ประกอบได้แก่ ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย บทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาทางด้านร่างกาย ความเจ็บปวด บทบาททางสังคม สุขภาพจิตทั่วไป บทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาทางด้านอารมณ์ ความกระฉับกระเฉง และความคิดเห็นด้านสุขภาพทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองทั้ง 8 องค์ประกอบ (84.7 ± 16.4 , 95.8 ± 11.5 , 93.5 ± 6.6 , 93.3 ± 9.7 , 96.0 ± 4.8 , 100.0 ± 0.0 , 93.0 ± 7.8 , 87.0 ± 8.9 ตามลำดับ) สูงวก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง (10.2 ± 13.9 , 0.0 ± 0.0 , 6.9 ± 19.9 , 4.9 ± 14.1 , 4.8 ± 2.6 , 0.0 ± 0.0 , 5.0 ± 9.9 , 1.6 ± 4.5 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

* ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

** ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สรุป: ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตโดยเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Abstract

Results of Self-management Program on Health Status and Quality of Life in Post Percutaneous Coronary Intervention Patients

Nonglak Tongin MNS*
 Penchun Sareewiwatthana MSc**
 Peeraporn Dantearapakul MSc*

* Nursing Department, Faculty of Medicine Vajira Hospital, University of Bangkok Metropolis

** Department of Medicine, Faculty of Nursing, Mahidol University

Objective: To study the results of self-management program on health status and quality of life in patients with coronary artery disease (CAD) post percutaneous coronary intervention (PCI).

Methods: This was a pre- and post-tested quasi-experiment single-group research. Subjects were 30 patients with CAD who had PCI at the Faculty of Medicine Vajira Hospital. Subjects were exposed to the self-management program which focused on an improvement of self-efficacy, empowerment in lifestyle modification, and setting a goal for self-management. This was conducted by providing instruction, information, consultation, and individual self evaluation. Subjects also received manual of CAD self-care, and were visited once prior to a hospital discharge. Follow-up visits were achieved by two phone calls at one and three weeks after being discharged. Health status and quality of life were evaluated on day 1 post PCI before receiving self-management program and at 1 month later. Health status was evaluated by visual analog score, while quality of life was measured by SF-36 (short form 36 health survey), which composed of 8 components. The pre- and post-enrollment health status, quality of life scores in total and according to each component were compared.

Results: Slightly more than half of the subjects (53.3%) were male. Mean age of all subjects was 60.9 ± 14.7 years. The mean scores of health status and total quality of life of the subjects after an enrollment to the self-management program were significantly higher than the pre-enrollment, 8.1 ± 1.8 and 93.4 ± 5.5 versus 2.5 ± 2.1 and 4.2 ± 7.1 , respectively. The mean scores of quality of life in all 8 components after enrollment to a self-management program were significantly higher compared to those before the enrollment as the followings: 84.7 ± 16.4 vs 10.2 ± 13.9 for physical function; 95.8 ± 11.5 vs 0 for restricted role due to physical health problems; 93.5 ± 6.6 vs 6.9 ± 19.9 for pain; 93.3 ± 9.7 vs 4.9 ± 14.1 for social function, 96.0 ± 4.8 vs 4.8 ± 2.6 for general mental health, 100.0 ± 0.0 vs 0 for restricted role due to emotional problems, 93.0 ± 7.8 vs 5.0 ± 9.9 for vitality; and 87.0 ± 8.9 vs 1.6 ± 4.5 for general health perception.

Conclusion: After enrollment to the self-management program, the subjects had statistically significant higher mean scores of both health status and quality of life.

Keywords: self-management, coronary artery disease, health status, quality of life, percutaneous coronary intervention

บทนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตโดยพบผู้ป่วยเสียชีวิต 16.5 ล้านคนในปี ค.ศ. 2002 และมีแนวโน้มสูงขึ้นถึง 25 ล้านคนในปี ค.ศ. 2020¹ สำหรับในประเทศไทยโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โดยเฉพาะการเสียชีวิตอย่างเฉียบพลัน ในแต่ละปีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเข้ามารับบริการเพิ่มสูงขึ้น และมีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดและใส่ขดลวดตายจำนวน 954 ราย และ 856 ราย จากจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจำนวน 3,266 ราย และ 3,322 รายในปี พ.ศ. 2552 และ พ.ศ. 2553 ตามลำดับ^{2,3}

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เป็นโรคที่รุนแรงและเรื้อรัง โดยมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคได้แก่ ความดันเลือดสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ โรคอ้วน การขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และความเครียด เป็นต้น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผู้ป่วยจะมีอาการแน่นอึดอัด เจ็บหน้าอก เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมารับบริการที่หน่วยฉุกเฉินบ่อย อาการดังกล่าวคุกคามต่อคุณภาพชีวิตในด้านต่าง ๆ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วย ร้อยละ 7-35 ไม่สามารถกลับไปปฏิบัติกิจกรรมในระดับปกติได้ เนื่องจากความสามารถในการทำงานลดลง ทำให้ผู้ป่วยบางรายต้องออกจากงาน นอกจากนี้ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย ตลอดจนทำให้สภาวะจิตใจหดหู่⁴ มีผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ ซึ่งสูญเสียค่าใช้จ่ายด้านการรักษาโรคเป็นจำนวนมาก เหล่านี้ล้วนเป็นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไข การมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการป้องกันหรือลดการเกิดอาการเจ็บหน้าอกจึงเป็นจุดมุ่งหมายสำคัญในการรักษาพยาบาล การขยายหลอดเลือดหัวใจ percutaneous coronary intervention (PCI) เป็นการรักษาที่ได้ผลดีเมื่อเปรียบเทียบกับ การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจซึ่งปัจจุบันจะทำได้ในกรณีที่มีการรักษาอื่น ๆ ไม่ได้ผลหรือไม่สามารถทำการขยายหลอดเลือดได้

ผู้ป่วยใช้เวลาในการรักษาพยาบาลไม่นาน และประหยัดค่าใช้จ่ายมากกว่าการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ นอกจากนี้ยังพบว่าคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน^{5,6} แต่ภายหลังการขยายหลอดเลือดผู้ป่วยจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรดำเนินชีวิตให้เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง ควบคู่กับการรักษาด้วยยา ผู้ป่วยจึงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นผู้ป่วยจะต้องมีความรู้ ความตั้งใจ มีแรงจูงใจ และมีสมรรถนะในตนเองที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ โดยได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัว ตลอดจนเครือข่ายทางสังคม

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลได้ก่อตั้งชมรมคนรักหัวใจขึ้นเพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคหัวใจ ซึ่งมีการบรรยายโดยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และนักโภชนาการเกี่ยวกับเรื่องโรค และวิธีการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยทุก 3 เดือน โดยผู้ป่วยโรคหัวใจทุกรายรวมทั้งญาติหรือครอบครัวสามารถเข้าร่วมฟังการบรรยายจากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า มีผู้ป่วยเพียงบางส่วนที่มาฟังการบรรยาย นอกจากนี้เนื้อหาในการบรรยายไม่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละราย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจะปฏิบัติและจัดการกับการเจ็บป่วยโดยเฉพาะอาการเจ็บหน้าอก ผู้ป่วยยังคงมีอาการและความรุนแรงของโรคเกิดขึ้นจนต้องมาตรวจก่อนเวลานัดบ่อยครั้ง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจจะนำโปรแกรมการจัดการตนเองซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือด และศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรمدังกล่าวต่อภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

โปรแกรมการจัดการตนเอง มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการสื่อสารกับบุคลากรทีมสุขภาพ ครอบครัว เพื่อน และสังคม ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดูแลตนเองในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ทำให้สามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ โดยมีความมั่นคงทางอารมณ์ ตลอดจนการวางแผนอนาคตและแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เป็นผลกระทบจากความเจ็บป่วย ผู้ป่วยต้องตัดสินใจเลือกและปรับตัวเพื่อเผชิญกับอาการและอาการแสดง หรือผลกระทบต่าง ๆ ตลอดจนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ให้เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอและตลอดไป เพื่อฟื้นฟูและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เป็นการชะลอความเสื่อม โดยแต่ละคนจะมีเป้าหมายเกี่ยวกับ

สุขภาพที่แตกต่างกันและผู้ป่วยต้องมีการร่วมมือกับบุคลากรที่มีสุขภาพ ครอบคลุมและสังคม⁷ โดยมีแนวทางดังนี้คือ 1) การประเมินร่วมกัน ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัว 2) การเพิ่มสมรรถนะของ ผู้ป่วยโดยพยาบาล เพื่อแก้ไข จัดการกับปัจจัยเสี่ยง และปรับเปลี่ยน พฤติกรรม 3) พยาบาลเป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำ หาแนวทาง และวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามศักยภาพของผู้ป่วยแต่ละคน 4) ร่วมกันกำหนดแนวทางปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่ผู้ป่วยจะปฏิบัติได้ ตามศักยภาพของผู้ป่วยแต่ละราย 5) ร่วมกันประเมินผลการปฏิบัติ นั้น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและให้ความรู้เพิ่มเติมเพื่อความ ถูกต้องครบถ้วน 6) การติดตามพฤติกรรมของผู้ป่วย กระตุ้น เสริมแรง เพิ่มแรงจูงใจ และให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ ในการปฏิบัติต่อไป ทั้งนี้พยาบาลต้องเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบาย ความรู้สึกต่าง ๆ โดยพยาบาลรับฟัง ให้กำลังใจ ให้ผู้ป่วยมีความ มั่นใจ แล้วจึงกำหนดเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นความคาดหวังที่ ผู้ป่วยจะได้รับจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และจัดการกับปัญหา ต่าง ๆ ตามลำดับความต้องการของผู้ป่วย⁸ จะทำให้ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

การวิจัยนี้ต้องการประเมินว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ถ้าได้รับโปรแกรมการจัดการ ตนเอง จะมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตดีขึ้นหรือไม่ โดยจะ ประเมินภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างด้วย visual analog score และประเมินคุณภาพชีวิตด้วย the short form 36 health survey (SF-36) ซึ่งพัฒนามาจากดัชนีที่ใช้ในการศึกษา ระบบประกันสุขภาพของ Brook และคณะ และนำมาประยุกต์โดย Medical Outcome Study เพื่อศึกษาผลที่ได้จากการรักษาใน ภาวะที่ต่างกัน⁹ SF-36 เป็นดัชนีวัดคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป ที่ใช้ทางด้านคลินิกและการวิจัย และเป็นเครื่องมือที่นิยมใช้ทาง การแพทย์ ที่สามารถประเมินได้ครอบคลุมทั้งการทำงานของร่างกาย สุขภาพทั่วไป ความเจ็บปวด การรับรู้ความสามารถในการทำกิจกรรม ต่าง ๆ อารมณ์ และบทบาททางสังคม ตลอดจนความรู้สึก ต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ¹⁰

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) ชนิดกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one group pre and post test study) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะ เจาะจง (purposive sampling) จำนวน 30 ราย จากผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ครั้งแรก ที่คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ระหว่างเดือนมกราคม- เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2551 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ อายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารเข้าใจด้วยภาษาไทย และมีโทรศัพท์ใช้ในการติดต่อสื่อสารได้ เกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิต มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็น และการพูด มีภาวะหัวใจที่รุนแรง เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว ระดับรุนแรง (functional class IV) หรือมีภาวะช็อก และ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถมาติดตามการรักษาได้ภายหลังจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล

หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาและ ควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่ม ตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนด และแจ้งให้ทราบ ถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการ ระยะเวลาที่เข้าร่วม ในการวิจัย และขอความร่วมมือให้เป็นกลุ่มตัวอย่างและลงนาม ในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างครั้งแรก ภายหลังจากผู้ป่วยได้รับการขยายหลอดเลือด 1 วัน ที่หอผู้ป่วย อายุรกรรม คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบ สอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะสุขภาพ และแบบ ประเมินคุณภาพชีวิต SF-36 ฉบับภาษาไทยด้วยตนเอง ยกเว้น ข้อคำถามที่เป็นการวินิจฉัยโดยแพทย์ ผู้วิจัยจะเป็นผู้กรอกข้อมูล โดยคัดลอกจากเวชระเบียน และในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถ ตอบคำถามเองได้ อันเนื่องมาจากปัญหาเรื่องสายตา ผู้วิจัยเป็นผู้ สัมภาษณ์ และบันทึกลงในแบบสอบถาม และอ่านทวนคำตอบให้ ผู้ป่วยรับทราบ หลังจากตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ โปรแกรมการจัดการตนเองซึ่งมุ่งเน้นการเพิ่มสมรรถนะ การ เสริมสร้างพลังอำนาจ การปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต การ กำหนดเป้าหมายการจัดการตนเอง ด้วยวิธีการสอน การให้ข้อมูล ให้คำปรึกษา การประเมินตนเองเป็นรายบุคคล ก่อนการจำหน่าย จากโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับ “คู่มือสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือด หัวใจตีบ” ที่ผู้วิจัยเขียนขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าจากงานวิจัย และบทความต่าง ๆ ซึ่งผู้ป่วยสามารถใช้เป็นแหล่งทบทวนความรู้ ภายหลังจากได้รับคำแนะนำ เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรค การ รักษาที่ได้รับ ยาที่ใช้รักษา อาหาร การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ การจัดการกับอาการเจ็บหน้าอก ซึ่งเป็นข้อมูลเฉพาะเพื่อการจัดการ ตนเองที่อยู่บนพื้นฐานความมั่นใจในการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง จะได้รับการติดตามเยี่ยม 1 ครั้งก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล และ การเยี่ยมทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1 และ 3 ภายหลังก จำหน่าย ใช้เวลาครั้งละประมาณ 20 นาที เพื่อสอบถามอาการ

อาการแสดง และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างปรึกษาปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ยังเข้าใจไม่ถูกต้อง พร้อมให้กำลังใจในส่วนที่ปฏิบัติได้ดีแล้ว การเก็บข้อมูลผู้ป่วยหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง 1 เดือน จะทำโดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม เฉพาะแบบประเมินภาวะสุขภาพ และแบบประเมินคุณภาพชีวิต ขณะมาติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก หน่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

ภาวะสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ประเมินด้วย visual analog score โดยให้ผู้ป่วยประเมินภาวะสุขภาพในปัจจุบันตามการรับรู้ของผู้ป่วย บนเส้นตรงที่มีความยาว 10 ซม. โดย 0 หมายถึงสุขภาพอ่อนแอที่สุด และ 10 หมายถึงสุขภาพสมบูรณ์มากที่สุด

คุณภาพชีวิต หมายถึง คุณค่าที่ให้แก่ช่วงเวลาของชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากความเจ็บป่วย สภาพการทำงาน ของร่างกาย ความคิดเห็นและโอกาสทางสังคมที่ได้รับอิทธิพลจากโรค การบาดเจ็บ การรักษาพยาบาล และนโยบายสาธารณสุข⁹ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ short form 36 health survey (SF-36) เป็นดัชนีวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยคุณวัชร เลอमानกุล และคุณปารณีย์ มีแต้ม¹¹ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับสุขภาพ รวม 36 ข้อ โดยแบ่งเป็น 8 องค์ประกอบ ได้แก่ ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (physical function) 10 ข้อ บทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องมาจากปัญหาทางด้านร่างกาย (role limitation due to physical health problems) 4 ข้อ ความเจ็บปวด (pain) 2 ข้อ บทบาททางสังคม (social function) 2 ข้อ สุขภาพจิตทั่วไป (general mental health) 5 ข้อ บทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องมาจากปัญหาทางด้านอารมณ์ (role limitation due to emotional problems) 3 ข้อ ความกระฉับกระเฉง (vitality) 4 ข้อ และความคิดเห็นด้านสุขภาพทั่วไป (general health perception) 5 ข้อ และคำถามอิสระซึ่งเป็นคำถามที่เกี่ยวกับสุขภาพซึ่งเป็นการเปรียบเทียบกับสุขภาพของปีที่แล้ว 1 ข้อ รวม 36 ข้อ เนื่องจากจำนวนคำถามและทิศทางของคำตอบมีความหลากหลาย คำถามแต่ละข้อให้คะแนนไม่เท่ากัน มีตัวเลือกเป็นแบบมาตรวัด (Likert-scale) เรียงจากน้อยไปมาก มีคำตอบตั้งแต่ 2 ถึง 6 คำตอบโดยมีคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 2, 1 ถึง 3, 1 ถึง 5 และ 1 ถึง 6 คะแนน ขึ้นอยู่กับข้อคำถาม การให้คะแนน SF-36 นั้น คะแนนในแต่ละข้อคำถามจะถูกบันทึก โดยคะแนนดิบที่ได้ในแต่ละองค์ประกอบจะถูกเปลี่ยนไปเป็น 0-100 โดยคะแนนต่ำสุดบ่งถึงคุณภาพชีวิตที่ต่ำ และคะแนนสูงบ่งถึงมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า แบบประเมินคุณภาพชีวิต

SF-36 ฉบับภาษาไทยได้ทดสอบความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย 212 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคของคุณภาพชีวิตโดยรวมมากกว่า 0.7 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคของคุณภาพชีวิตทั้ง 8 องค์ประกอบ ดังนี้ 0.91, 0.82, 0.86, 0.85, 0.89, 0.76, 0.91, และ 0.84 ตามลำดับ¹⁰

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS version 11.5 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตก่อน-หลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยใช้สถิติ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง 30 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 55.3 อายุเฉลี่ย 60.9 ± 14.7 ปี ร้อยละ 70.0 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 53.3 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40.0 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ผู้ป่วยร้อยละ 56.7 มีรายได้ครอบครัวน้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 33.3 มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ และร้อยละ 23.3 สูบบุหรี่ (ตารางที่ 1)

ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตจำแนกตามองค์ประกอบพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยขององค์ประกอบคุณภาพชีวิตทุกด้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ผู้ป่วยก่อนทำการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจมีอาการเจ็บหน้าอกทุกราย ภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ และได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ร้อยละ 93.3 ไม่พบอาการเจ็บหน้าอก มีเพียงร้อยละ 6.7 (2 ราย) เท่านั้น เมื่อกลับไปบ้านพบว่ายังมีอาการเจ็บหน้าอก แต่ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการดังกล่าวได้ด้วยตนเองตามแนวทางของการจัดการตนเอง ที่เน้นการจัดการสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและอารมณ์

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=30)

คุณลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	14	46.7
ชาย	16	53.3
อายุ (ปี)		
≤ 40	1	3.3
41-59	14	46.7
≥ 60 ปี	15	50.0
สถานภาพสมรส		
โสด	1	3.3
คู่	21	70.0
หม้าย/หย่า/แยก	8	26.7
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	16	53.3
มัธยมศึกษา/ประกาศนียบัตร (ปวช.)	9	30.0
ปริญญาตรี	5	16.7
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	12	40.1
รับจ้าง	7	23.3
ค้าขาย	4	13.3
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ข้าราชการบำนาญ	7	23.3
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
< 10,000	17	56.7
10,001-20,000	6	20.0
> 20,000	7	23.3
ประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ		
ไม่มี	20	66.7
มี	10	33.3
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	16	53.4
เคยสูบแต่หยุดแล้ว	7	23.3
สูบ	7	23.3
- 5-20 มวน/วัน	3	10.0
- > 20 มวน/วัน	4	13.3

ตารางที่ 2 คะแนนภาวะสุขภาพ คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม และคะแนนแต่ละองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต	ช่วงคะแนน	คะแนน (ค่าเฉลี่ย $\pm$ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)		p-value
		ก่อนได้รับโปรแกรม	หลังได้รับโปรแกรม	
ภาวะสุขภาพ	0-10	2.5 $\pm$ 2.1	8.1 $\pm$ 1.8	< 0.001
คุณภาพชีวิต	0-100	4.2 $\pm$ 7.1	93.4 $\pm$ 5.5	< 0.001
คะแนนแต่ละองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต				
ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย	0-100	10.2 $\pm$ 13.9	84.7 $\pm$ 16.4	< 0.001
บทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาทางด้านร่างกาย	0-100	0.0 $\pm$ 0.0	95.8 $\pm$ 11.5	< 0.001
ความเจ็บปวด	0-100	6.9 $\pm$ 19.9	93.5 $\pm$ 6.6	< 0.001
บทบาททางสังคม	0-100	4.9 $\pm$ 14.1	93.3 $\pm$ 9.7	< 0.001
สุขภาพจิตทั่วไป	0-100	4.8 $\pm$ 2.6	96.0 $\pm$ 4.8	< 0.001
บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาด้านอารมณ์	0-100	0.0 $\pm$ 0.0	100.0 $\pm$ 0.0	< 0.001
ความกระฉับกระเฉง	0-100	5.0 $\pm$ 9.9	93.0 $\pm$ 7.8	< 0.001
ความคิดเห็นด้านสุขภาพทั่วไป	0-100	1.6 $\pm$ 4.5	87.0 $\pm$ 8.9	< 0.001

วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ผลการศึกษพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของตนเองและองค์ประกอบคุณภาพชีวิตทุกด้านของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องมาจากโปรแกรมการจัดการตนเองเป็นแนวคิดที่ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่สามารถจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ โดยเกิดจากกระบวนการเรียนรู้ของตนเอง และที่สำคัญคือ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดำเนินการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆ ด้วยตัวเองทั้งหมด มีผู้วิจัยเป็นผู้เสนอแนะแนวทาง ทักษะ และวิธีการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 50.0 เป็นผู้สูงอายุ อายุเฉลี่ย 60.9 ปี สอดคล้องกับระบาดวิทยาที่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในผู้สูงอายุ¹² ผู้ป่วยร้อยละ 33.3 มีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าคนปกติ 2-3 เท่า¹³ นอกจากนี้ร้อยละ 46.6 มีประวัติสูบบุหรี่ โดยร้อยละ 13.3 ยังสูบบุหรี่อยู่และสูบบุหรี่มากกว่า

20 มวนต่อวัน ทำให้มีความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและความรุนแรงสูงขึ้น¹⁴ หลังจากที่ถูกกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ สาเหตุ วิธีการรักษา และวิธีการจัดการตนเอง เพื่อป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ ให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงหรือการปฏิบัติที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ โดยมีเป้าหมายการจัดการตนเองที่ชัดเจนเป็นสิ่งท้าทายที่ทำให้ผู้ป่วย มีกำลังใจ และต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ McGillion และคณะ¹⁵ ซึ่งพบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองสามารถส่งเสริมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาการเจ็บหน้าอกเรื้อรังให้มีความรู้ สามารถจัดการตนเองได้ และมีสมรรถนะในการจัดการอาการเจ็บหน้าอกได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้ยังสนับสนุนการวิจัยที่ใช้โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าสามารถลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ความคุมระดับน้ำตาลในเลือด และส่งเสริมคุณภาพชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁶ อย่างไรก็ตามแม้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 50.0 เป็นผู้สูงอายุ มีการศึกษาเพียงระดับประถมศึกษาถึงร้อยละ 53.3 แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.0) มีสถานภาพสมรสคู่ ปัญหาการศึกษาน้อย หรือสูงอายุจึงไม่ใช่อุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและจัดการตนเองเนื่องจากครอบครัวจะเป็นแหล่งสนับสนุนที่ดี ปัญหาอุปสรรคในการจัดการตนเองที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การขาดแหล่ง

ประโยชน์ บุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลไม่ไวต่อปัญหา ไม่เข้าใจปัญหาความต้องการของผู้ป่วยที่มีความสลับซับซ้อน¹⁷ โปรแกรมการจัดการตนเองเน้นการให้ความรู้ แนะนำแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นรายบุคคล ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจะพูดคุยปัญหาเฉพาะบุคคล โดยพยาบาลช่วยหาแนวทางแก้ไข นอกจากนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับการแนะนำแหล่งประโยชน์ เช่น การเป็นสมาชิกชมรมคนรักหัวใจ ซึ่งผู้ป่วยจะได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับผู้ป่วยอื่นที่เจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน และได้รับความรู้เพื่อการจัดการตนเองจากบุคลากรทีมสุขภาพ เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยยังสามารถโทรศัพท์สอบถามข้อมูล ปรึกษาปัญหาสุขภาพจากผู้วิจัยได้ตลอด 24 ชั่วโมง

โดยทั่วไปผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มักมีอาการเจ็บหน้าอกซึ่งมีผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ เป็นปัญหาและสาเหตุสำคัญของการจำกัดกิจกรรมทางกาย รวมทั้งการปฏิบัติบทบาทต่าง ๆ ซึ่งมีผลต่อสุขภาพจิต¹⁸ ก่อนทำการขยายหลอดเลือดหัวใจผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกทุกราย ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีเพียง 2 ราย (ร้อยละ 6.7) เท่านั้นที่ยังมีอาการเจ็บหน้าอก แต่ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการดังกล่าวได้ด้วยตนเองตามแนวทางของการจัดการตนเองที่เน้นการจัดการสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้รับความรู้ในเรื่องอื่น ๆ ที่สำคัญ และมีส่วนช่วยในการควบคุมอาการเจ็บหน้าอกได้แก่ การปรับเปลี่ยนอาหารการออกกำลังกายที่เหมาะสม การงดสูบบุหรี่ การจัดการกับอาการนอนหลับไม่เพียงพอ การหายใจอย่างถูกต้อง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสารกับบุคลากรทีมสุขภาพ ครอบครัว เพื่อน และสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อต้องการความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน ทำให้สามารถเผชิญปัญหาการเจ็บป่วย ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และป้องกันอาการเจ็บหน้าอกได้ ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และการใช้บริการห้องฉุกเฉินก่อนวันนัดติดตามการรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยและครอบครัวคลายความวิตกกังวล มั่นใจที่จะดูแลตนเอง และดำรงบทบาทต่าง ๆ ทั้งในครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุขเช่นเดียวกับก่อนการเจ็บป่วย

ภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยยังคงต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต อาการเจ็บหน้าอกยังคงเกิดขึ้นได้และอาจกำเริบขึ้นถึงขั้นรุนแรงเป็นอันตรายถึงชีวิต ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงหรือถูกจำกัดจากความกลัว ก่อให้เกิดอาการซึมเศร้า¹⁹ รู้สึกไร้พลังอำนาจ เนื่องจากไม่สามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ ได้ และรู้สึกไม่ปลอดภัย ชีวิตไม่มีความแน่นอน ทำให้ไม่มั่นใจที่จะดำเนินชีวิตตามปกติเหมือนก่อน ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ

ผู้ป่วยจะรู้สึกถึงความยุ่งยากและรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตัว เมื่อออกจากโรงพยาบาล ตลอดจนรู้สึกว่าการสนับสนุนในการดูแลตนเองจากบุคลากรทีมสุขภาพ²⁰ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบรายใหม่ หรือผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องอยู่ตามลำพัง สำหรับผู้ป่วยในการวิจัยครั้งนี้ได้รับการติดตามเยี่ยมซ้ำ 1 ครั้ง ก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อประเมินซ้ำเกี่ยวกับการรับรู้ข้อมูลต่าง ๆ และให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ยังเข้าใจไม่ถูกต้อง ให้มีความชัดเจน จะทำให้เป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ตั้งไว้นั้นประสบความสำเร็จได้ไม่ยาก²¹ ผู้ป่วยจะรับรู้ถึงการเอาใจใส่ของพยาบาล ส่งผลให้มีกำลังใจต่อสู้กับปัญหา และความยากลำบากที่เกิดจากความเจ็บป่วย และเมื่อกลับไปอยู่บ้านผู้ป่วยจะได้รับการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์จากผู้วิจัยอีก 2 ครั้ง การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถปรึกษาปัญหาสุขภาพ ขอคำแนะนำได้ตลอดเวลาภายหลังการจำหน่าย ซึ่งจะมีการย้ำเตือนถึงการเฝ้าระวังอาการ และอาการแสดงที่จะนำไปสู่การเจ็บป่วยที่รุนแรง การขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทีมสุขภาพในเวลาที่เหมาะสม สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่สำคัญของกระบวนการให้ความรู้ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวคลายความเครียด ความวิตกกังวล และรู้สึกมั่นใจในการจัดการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี รับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นของตนเอง²¹

นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจะมีอาการเช่นเดียวกับผู้ป่วยเรื้อรังอื่น ๆ โดยเฉพาะอาการอ่อนล้า²² ส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และความรู้ความเข้าใจในความสามารถของตนเอง ขาดแรงจูงใจ ขาดความกระตือรือร้น ซึ่งจะเป็นปัจจัยสำคัญทำให้คุณภาพชีวิตลดลงหรืออยู่ในระดับต่ำ ในหลาย ๆ ด้าน⁶ และพบว่าผู้ป่วยมีอาการโกรธ ซึมเศร้าได้บ่อย^{20,23} โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเพศหญิง จะรู้สึกกลัวและปฏิเสธ ไม่เชื่อว่าตนเองเป็นโรคหัวใจ²⁴ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความผิดปกติและเหน็ดเหนื่อย²² ยากที่จะแก้ไขปัญหามาของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จนกระทั่งนำไปสู่การเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและกลับเป็นซ้ำแม้ได้รับการขยายหลอดเลือดไปแล้วก็ตาม²⁵ ความสามารถในการทำงานของผู้ป่วยลดลงหรือบางรายต้องออกจากงาน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวลกับอนาคต และกลัวการเสียชีวิต อาการอ่อนล้าเพิ่มมากขึ้น อาการยิ่งรุนแรงขึ้นไป แต่ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในสมรรถนะของตนเอง กลับไปดำเนินชีวิตและปฏิบัติหน้าที่ในบทบาทต่าง ๆ ได้อย่างกระฉับกระเฉง รวมทั้งประกอบอาชีพที่เคยปฏิบัติก่อนเจ็บป่วย เนื่องจากโปรแกรมที่ผู้ป่วยได้รับจากผู้วิจัยนั้น มีการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย กำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่มี

ความเป็นไปได้และสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย¹⁴ ผู้วิจัยให้ข้อมูลความรู้ ส่งเสริมสมรรถนะ และมุ่งเน้นการเพิ่มพลังอำนาจเป็นรายบุคคลที่สอดคล้องกับบริบทต่าง ๆ ทั้งการดำเนินชีวิตปกติ สังคม วัฒนธรรม รวมทั้งตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพจึงน่าจะมีส่วนทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจึงน่าจะได้รับการส่งเสริมให้ใช้อย่างแพร่หลายสม่ำเสมอทั้งในระยะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายกลับบ้านแล้ว และใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโดยพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการส่งเสริมและให้ความรู้ผู้ป่วยในการจัดการตนเอง ทั้งนี้อาจมีความจำเป็นต้องมีการฝึกอบรมให้บุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการจัดการตนเองให้ตรงกันเพื่อสามารถให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้โปรแกรมนี้น่าจะมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง ป้องกันและลดอาการเจ็บหน้าอกจากภาวะหัวใจขาดเลือดได้ ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอย่างเป็นปกติกับครอบครัวได้อย่างมีความสุข

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว โดยศึกษาภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต 1 วันหลังทำการขยายหลอดเลือดหัวใจ เปรียบเทียบกับหลังทำการขยายหลอดเลือดหัวใจ และได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองประมาณ 1 เดือน ดังนั้นภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นผลจากโปรแกรมการจัดการตนเองหรือผลจากการรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจ หรือจากทั้งสองปัจจัยร่วมกัน ซึ่งการประเมินครั้งแรก 1 วันหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือด ผู้ป่วยยังไม่ฟื้นตัวดี จึงมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตไม่ดีเท่าที่ควร แต่หลังขยายหลอดเลือดหัวใจประมาณ 1 เดือน ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น จึงมีคะแนนภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนหน้านั้น ดังนั้นการจะสรุปว่าโปรแกรมการจัดการตนเองมีผลต่อภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิต ควรทำการศึกษาแบบสุ่มแบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง และกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง แล้วเปรียบเทียบคะแนนภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนไป น่าจะทำให้ผลการศึกษาที่น่าเชื่อถือมากกว่า และควรมีการศึกษาติดตามผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดในระยะเวลาช่วง 6 เดือน หรือ 1 ปี ต่อมา

โดยสรุปผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตในทุก ๆ ด้านดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม แต่ยังสรุปไม่ได้ว่าภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเป็นผลจากโปรแกรมการจัดการตนเอง หรือผลจากการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากทุนส่งเสริมวิจัยทางการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร ที่อนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ขอขอบคุณคณะบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร ที่อนุญาตให้เผยแพร่ผลงานวิจัยนี้ ขอขอบคุณบุคลากรของศูนย์ส่งเสริมการวิจัยที่ให้คำแนะนำในการวิจัย นายแพทย์วัฒนา บุญสม นายแพทย์วรชัย คงเสรีพงศ์ ดร. เพ็ญศิริ สันตโยภาส และคุณอารียา จิรณานูวัฒน์ ที่ให้คำปรึกษาในการทำวิจัยและการจัดทำคู่มือสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization 2005. Major cardiovascular study show substantial regional differences. Available at <http://www.who.int/inf-pr-1999/en/pr99-27.html>. Retrived December 10, 2009.
2. Bangkok Metropolitan Administration Medical College and Vajira Hospital. Statistical report 2009. Bangkok: Medical record and statistic unit; 2009. p. 4-2.
3. Bangkok Metropolitan Administration Medical College and Vajira Hospital. Statistical report 2010. Bangkok: Medical record and statistic unit; 2010. p. 4-3.
4. Blinderman CD, Homel P, Billings JA, Portenoy RK, Tennstedt SL. Symptom distress and quality of life in patients with advanced congestive heart failure. J Pain Symptom Manage 2008; 35: 594-603.
5. Mahanonda N, Boonbaichaiyapruk S, Chakorn T, Chaithiraphan S. Transcatheter coronary revascularization registry 1995. J Med Assoc Thai 1997; 80: 681-5.

6. Lukkarinen H, Hentinen M. Treatments of coronary artery disease improve quality of life in the long term. *Nurs Res* 2006; 55: 26-33.
7. Tongin N, Sereewiwatthana P. Self management: coronary artery disease patients. *Vajira Nurs J* 2006; 8: 14-23.
8. Glasgow RE, Funnell MM, Bonomi AE, Davis C, Beckham V, Wagner EH. Self-management aspects of the improving chronic illness care breakthrough series: implementation with diabetes and heart failure teams. *Ann Behav Med* 2002; 24: 80-7.
9. Patrick DL, Erickson P. Health status and health policy quality of life in health care evaluation and resource allocation. Oxford: Oxford university press; 1993. p.112-42.
10. Krittayaphong R, Bhuripanyo K, Raungratanaamporn O, Chotinaiwatarakul C, Chaowalit N, Punlee K, et al. Reliability of Thai version of SF-36 questionnaire for the evaluation of quality of life in cardiac patients. *J Med Assoc Thai* 2000; 83 (Suppl 2): s130-6.
11. Leurmarukul W, Meetam P. Development of a quality of life questionnaire: SF-36 (Thai Version). *Thai J Pharm Sci* 2000; 24: 92-111.
12. Srimahachota S, Kanjanavanit R, Boonyaratavej S, Boonsom W, Veerakul G, Tresukosol D; TACSR Group. Demographic, management practices and in-hospital outcomes of Thai acute coronary syndrome registry (TACSR): the difference from the western world. *J Med Assoc Thai* 2007; 90 (Suppl 1): 1-11.
13. Harpaz D, Behar S, Rozenmam Y, Boyko V, Gottlieb S; Israeli Working Group on Intensive Cardiac Care, Israeli Heart Society. Family history of coronary artery disease and prognosis after first acute myocardial infarction in a national survey. *Cardiology* 2004; 102: 140-6.
14. Haskell WL. Cardiovascular disease prevention and lifestyle interventions: effectiveness and efficacy. *J Cardiovasc Nurs* 2003; 18: 245-55.
15. McGillion MH, Watt-Watson J, Stevens B, LeFort SM, Coyte P, Graham A. Randomized controlled trial of a psychoeducation program for the self-management of chronic cardiac pain. *J Pain Symptom Manage* 2008; 36: 126-40.
16. Wattana C, Srisuphan W, Pothiban L, Upchurch SL. Effects of a diabetes self-management program on glycemic control, coronary heart disease risk, and quality of life among Thai patients with type 2 diabetes. *Nurs Health Sci* 2007; 9: 135-41.
17. Nagelkerk J, Reick K, Meengs L. Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management. *J Adv Nurs* 2006; 54: 151-8.
18. Han KS, Lee SJ, Park ES, Park YJ, Cheol KH. Structural model for quality of life of patients with chronic cardiovascular disease in Korea. *Nurs Res* 2005; 54: 85-96.
19. Friedman MM, Griffin JA. Relationship of physical symptoms and physical functioning to depression in patients with heart failure. *Heart Lung* 2001; 30: 98-104.
20. Condon C, McCarthy G. Lifestyle changes following acute myocardial infarction: patients perspectives. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2006; 5: 37-44.
21. Coleman MT, Newton KS. Supporting self-management in patients with chronic illness. *Am Fam Physician* 2005; 72: 1503-10.
22. Alsén P, Brink E, Persson LO. Living with incomprehensible fatigue after recent myocardial infarction. *J Adv Nurs* 2008; 64: 459-68.
23. Bowman G, Watson R, Trotman-Beasty A. Primary emotions in patients after myocardial infarction. *J Adv Nurs* 2006; 53: 636-45.
24. Rosenfeld AG, Gilkeson J. Meaning of illness for women with coronary heart disease. *Heart Lung* 2000; 29: 105-12.
25. Mendes de Leon CF, Kop WJ, de Swart HP, Bär FW, Appels AP. Psychosocial characteristics and recurrent events after percutaneous transluminal coronary angioplasty. *Am J Cardiol* 1996; 77: 252-5.