



ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม

การจัดการตนเอง ภาวะหายใจลำบาก ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

Effects of a Self-management Program on Self-managment

Behaviors, Dyspnea, Activities of Daily Living, and Quality of Life

among Patients with Congestive Heart Failure

ลดาวัลย์ ฤทธิกล้า พย.ม.*	Ladawan Ritklar	M.N.S.*
ชดช้อย วัฒนะ Ph. D.**	Chodchoi Wattana	Ph. D.**
พีระพงศ์ กิติภาวงศ์ M. D.***	Peerapong Kitipawong	M. D.***

บทคัดย่อ

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประชากรทั่วโลก โดยมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว การส่งเสริมการจัดการตนเองมีความสำคัญในการควบคุมโรคและการลดภาวะแทรกซ้อน การวิจัยเชิงทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อ พฤติกรรมการจัดการตนเอง ภาวะหายใจลำบาก ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว โดยศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระดับที่ 2 และ 3 จำนวน 48 ราย ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยในและการติดตามการรักษาต่อเนื่องที่ศูนย์หัวใจ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ระหว่างเดือนมีนาคมถึงมิถุนายน 2554 โดยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 24 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเองของแครีย์ (Creer, 2000) ประกอบด้วย การให้ความรู้เป็นรายบุคคล การฝึกทักษะการจัดการตนเองในการควบคุมอาการกำเริบและติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนเข้า ร่วมโครงการ หลังเข้าร่วมโครงการ 4 สัปดาห์และ 12 สัปดาห์ โดยแบบประเมินอาการ หายใจลำบากของเบิร์ก แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันของนาคาอากา-โคแกน และแบบประเมินคุณภาพชีวิต โดยผ่านการตรวจสอบความตรง ตามเนื้อหาจากผู้ทรง

* พยาบาลวิชาชีพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

* Professional Nurse, Faculty of Nursing, Thammasat University

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

** Lecturer, Faculty of Nursing, Thammasat University

*** รองศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

*** Associate Professor, Faculty of Medicine, Thammasat University



คุณวุฒิ 5 ท่าน ทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ 0.87, 0.92, 0.82 และ 0.82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ไคสแควร์ สถิติทีคู่ การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำและการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า

ภายหลังเข้าร่วมโครงการ 4 และ 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ ($p < 0.001$ และ $p < 0.001$ ตามลำดับ) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.001$ และ $p < 0.001$ ตามลำดับ)

ภายหลังเข้าร่วมโครงการ 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะหายใจลำบากต่ำกว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.001$ และ $p < 0.001$ ตามลำดับ) โดยมีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.01$ และ $p < 0.001$ ตามลำดับ) และมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.001$ และ $p < 0.001$ ตามลำดับ)

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมควบคุมโรค โดยลดอาการกำเริบของโรค เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระดับที่ 2 และ 3 ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในในกลุ่มผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ โดยควรทำการศึกษาซ้ำในระยะยาว ในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง ภาวะหายใจลำบาก ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิต ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

Abstract

Heart failure has been identified as a leading cause of death globally. The incidence rates of heart failure are increasing rapidly. Promoting proper self-management would help control the disease and reduce complications. The aim of this experimental study was to examine the effects of a Self-management program on self-management behaviors, dyspnea, activities of daily living, and quality of life among patients with heart failure. The samples were 48 heart failure patients', functional class 2nd and 3rd level, who were admitted or came for follow-up visit from either In- patient department or Heart center, Thammasat university hospital during March-June, 2011. Subjects were randomly assigned to the experimental and control groups equally (24 people per group). The experimental group received the Self-management program that was developed based on Self-management concept. It consisted of an individual education session for disease controlled, self-management skill training, and a phone call visit, whereas the control group received usual nursing care.



The program, manual and instruments were approved by five experts. Data were collected using the Modified Borg's score for dyspnea, Self-management behaviors questionnaire, Perception function ability score for activities of daily living and the Minnesota living with heart failure questionnaire for quality of life at baseline, four weeks, and twelve weeks after entering the program. The Cronbach's alpha coefficients were 0.87, 0.92, 0.82 and 0.82, respectively. Data were analyzed using descriptive statistic, Chi-square test, paired t-test, repeated measure analysis of variances, and multivariate of variances.

The results of study

At four weeks and 12 weeks after enrollment, the experiment group demonstrated a significant higher self-management behavior scores than baseline ($p < 0.001$ and $p < 0.001$, respectively) and than the control group ($p < 0.001$ and $p < 0.001$, respectively). In addition, at 12 weeks the experimental group demonstrated a significant lower dyspnea score than baseline and than the control group ($p < 0.001$ and $p < 0.001$, respectively), a significant higher activities of daily living scores than baseline and than the control group ($p < 0.01$ and $p < 0.001$, respectively), and a significant higher quality of life scores than baseline and than the control group ($p < 0.001$ and $p < 0.001$, respectively).

Results from this study suggest that the Self-management program is effective in increasing disease control, reducing exacerbation, improving activity daily living, and improving quality of life and can be used in patients with poor controlled heart failure. Future studies should be replicated using a larger group in a longer time frame.

Key words: *Self-management Program, Dyspnea, Activities of Daily Living, Quality of Life, Patients with Congestive Heart Failure*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประชากรทั่วโลก (American Heart Association, 2009) โดยมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในประเทศไทย แม้ไม่มีการรายงานสถิติเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว โดยตรงแต่มีรายงานการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจที่ก่อให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมาและมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยพบว่าโรคหัวใจเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548

เป็นต้นมา (สำนักงาน สถิติแห่งชาติ, 2552) ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีอาการรุนแรงมาจากขาดการความรู้และ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (นุชรรัตน์ จัตตวิชัย, 2546; สุรินทร์ ทองยิ้ม, 2544) โดยอาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องกลับเข้าพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลบ่อยครั้งคือ อาการหายใจลำบากซึ่งพบถึงร้อยละ 88 (Parshall, Welsh, Brockopp, Heiser, Schooler, & Cassidy, 2001) ผลจากอาการกำเริบและความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้นส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตร



ประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเหล่านี้ลดลง (เยาวภา บุญเที่ยง, 2545; Phromminitikul, 2002)

แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) เป็นแนวคิดที่ได้รับความสนใจในการนำมาใช้ดูแลสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในปัจจุบัน โดยแครียร์ (Creer, 2000) กล่าวว่า เป็นกระบวนการเรียนรู้ในการจัดการเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมทั้งการติดตามและ ควบคุมภาวะเจ็บป่วย ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การประมวลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติและการสะท้อนกลับภายใต้การชี้แนะของบุคลากรทางสุขภาพอย่างเหมาะสม จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าการจัดการตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถ ในการควบคุมโรคโดยพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีการจัดการตนเองดีมีความสามารถในการควบคุมอาการหายใจลำบากอาการเหนื่อยล้าและอาการบวมอย่าง มีนัยสำคัญ (ชุตินธร เรียนแพง, 2548) โดยทำให้มีการดูแลสุขภาพดีขึ้น ภาวะสุขภาพดีขึ้น ลดระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รวมทั้งลดการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ (Bralow, Wright, Turner, & Hainsworth, 2003; Kate, David, Philip, Diana, & Mary, 2001; Lorig, Ritter, Sobel, Brown, & Bandur, et al., 2001) แม้ว่าในต่างประเทศมีรายงานการวิจัยจำนวนมาก แต่สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมที่ประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศไทยยังพบน้อย ส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้ ซึ่งผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการให้ความรู้ แบบกลุ่ม ทำให้กลุ่มทดลอง มีคะแนนความรู้เพิ่มมากขึ้น แต่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม (สมสกุล ศิริไชย, 2543)

จากการทบทวนงานวิจัยในประเทศไทยพบว่า โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่เป็นลักษณะเฉพาะด้านโดยมุ่งส่งเสริมการปรับเปลี่ยน บางพฤติกรรมซึ่งแม้จะให้ผลดีด้านพฤติกรรม

สุขภาพ แต่ไม่ครอบคลุมถึงพฤติกรรมการจัดการตนเองที่จำเป็นทั้งหมดและไม่ได้ติดตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพและโปรแกรมการฝึกทักษะการควบคุมโรคยังพบน้อยทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งยังคงประสบปัญหาในการควบคุมโรค และอาการกำเริบทำให้อัตราการกลับมา รับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบรุนแรง และมีภาวะแทรกซ้อนยังคงสูง (ณัฐริกา ใสไล, 2551; ศิริวรรณ ตั้งวิจิตรสกุล, 2550; อภิญญา วงศ์พิริยะธนา, 2545) ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการควบคุมโรคโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองมาเป็นแนวทางในการศึกษา โดยมุ่งหวังว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่จำเป็นในการควบคุมโรคและอาการกำเริบ ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นและนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองเป็นระยะเวลา 4 และ 12 สัปดาห์
2. พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองและกลุ่มที่ได้รับการดูแล ตามปกติหลังเข้าร่วมโครงการ 4 และ 12 สัปดาห์
3. ภาวะหายใจลำบาก ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ 12 สัปดาห์
4. ภาวะหายใจลำบาก ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติหลัง เข้าร่วมโครงการ 12 สัปดาห์



สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองเป็นเวลา 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีคะแนน

1. พฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. พฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีคะแนน
3. ภาวะหายใจลำบากต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
4. ภาวะหายใจลำบากต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
5. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม
6. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
7. คุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
8. คุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้เป็นการประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของแครี (Creer, 2000) โดยการส่งเสริมความรู้และทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ซึ่งประกอบด้วย การตั้งเป้าหมายในการควบคุมโรค การรวบรวมข้อมูล การประมวลผลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติและการประเมินผลการจัดการตนเองในการควบคุมโรค โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหัวใจล้มเหลว และการฝึกทักษะการจัดการตนเองในการควบคุมโรค ซึ่งการจัดการตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในการควบคุมโรค และป้องกันภาวะ

แทรกซ้อนประกอบด้วยการรับประทานอาหารและน้ำที่เหมาะสม การออกกำลังกายและปฏิบัติกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของโรค การรับประทานยา การประเมินอาการกำเริบและการจัดการตนเองเพื่อควบคุมอาการกำเริบ รวมทั้งติดตามกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบ มีกลุ่มควบคุมวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระดับที่ 2 และ 3 (New York Heart Association [NYHA], 2009) ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ในช่วงเดือนมีนาคม - มิถุนายน 2554 เลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามคุณสมบัติที่กำหนดโดยการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยทำการจับฉลากสลับวันแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากค่าขนาดอิทธิพลของการวิจัยแบบสองกลุ่มที่วัดผลก่อนและหลังการทดลอง ได้จำนวน 48 ราย โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 24 ราย และกลุ่มควบคุม 24 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการควบคุมโรคที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการจัดการตนเองของแครี (Creer, 2000) และคู่มือการปฏิบัติตนในการควบคุมโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิด การจัดการตนเองของแครี (Creer, 2000) แบบประเมินภาวะหายใจลำบากของเบิร์ก (Borg, 1982) และแบบวัดการปฏิบัติ



กิจวัตรประจำวันของนาคาเกวา-โคแกน (Nakagawa-Kogan, & Betrus, 1996) ซึ่งแปลเป็นไทยโดย อัจฉรา สุคนธทรัพย์ (2546) และแบบประเมินคุณภาพชีวิตของสมาคมโรคหัวใจล้มเหลวมินนิโซต้า (Minnesota living with heart failure questionnaire) แปลเป็นไทยโดยกฤติกา ชูดวงษ์ (2547) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมการจัดการตนเอง คู่มือการจัดการตนเองในการควบคุมโรคและแบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา 0.94, 0.92, 0.95 ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินอาการหายใจลำบาก แบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเอง แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและแบบประเมินคุณภาพชีวิต ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราซ 0.87, 0.92, 0.82 และ 0.82 ตามลำดับ เมื่อสิ้นสุดโครงการมีค่าเท่ากับ 0.78, 0.95, 0.97 และ 0.97 ตามลำดับ

ภายหลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองก่อนเข้าร่วมโครงการ กลุ่มทดลองได้รับการโปรแกรม ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว การประเมินอาการกำเริบและหลักการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ฝึกทักษะการจัดการตนเอง ในการควบคุมโรคและการแก้ปัญหาเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการกำเริบฝึกการบันทึกในคู่มือและฝึกปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน โดยติดตามผลเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ มีการกระตุ้นติดตามโดยเยี่ยมทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 8 ส่วนกลุ่ม ควบคุมได้รับการดูแลตามปกติโดยแพทย์พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกรและบุคลากรทีมสุขภาพ ทั้งสองกลุ่ม ได้รับการรักษาตามมาตรฐานเดียวกัน ผู้วิจัยทำการเก็บ รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเองใน สัปดาห์ที่ 4 และข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเอง ภาวะหายใจลำบาก และคุณภาพชีวิตในสัปดาห์ที่ 12 เมื่อสิ้นสุดโครงการ กลุ่มควบคุมได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้ม

เหลวและฝึกทักษะการจัดการตนเอง ในการควบคุมโรคและคู่มือการปฏิบัติตนในการควบคุมโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อนเช่นเดียวกันกับกลุ่มทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไปและลักษณะทางคลินิกด้วยสถิติเชิงพรรณนาและไคสแควร์ เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนอาการหายใจลำบาก ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการโดยใช้สถิติที่ เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเอง ก่อนเข้าร่วมโครงการหลังร่วมโครงการ 4 สัปดาห์และ 12 สัปดาห์โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำและเปรียบเทียบคะแนนอาการหายใจลำบาก ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม โดยการวิเคราะห์ ความแปรปรวนพหุคูณ

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เมื่อเริ่มโครงการมีกลุ่มตัวอย่าง ทั้งสิ้น 48 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 24 คน กลุ่มควบคุม 24 คน โดยตลอดโครงการไม่มีกลุ่มตัวอย่างออกจากโครงการกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเพศชาย (ร้อยละ 66.70 และร้อยละ 58.30) มีอายุ ระหว่าง 61-80 ปี (ร้อยละ 66.60 และร้อยละ 58.30 โดยมีอายุเฉลี่ย 64.29 และ 63.21 ตามลำดับ) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 95.80 และร้อยละ 95.80) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 62.50 และร้อยละ 54.20) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 37.50 และร้อยละ 41.70 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวมากกว่า 3 โรค (ร้อยละ 66.60 และร้อยละ 58.30) ยาที่ใช้ในการรักษาส่วนใหญ่ คือยากลุ่มต้านเกร็ดเลือดได้แก่ ASA และ Plavix (กลุ่มทดลองร้อยละ 43.80 และร้อยละ 35.40 กลุ่มควบคุมร้อยละ 37.50 และร้อยละ 31.30 ตามลำดับ) ผลการเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปและลักษณะทางคลินิกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโครงการพบว่าไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$)



ภายหลังเข้าร่วมโครงการ 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง มีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ ($p < 0.001$ และ $p < 0.001$ ตามลำดับ) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญยิ่ง ($p < 0.001$ และ $p < 0.001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสถิติความแปรปรวนแบบวัดซ้ำพบว่า โปรแกรมมีอิทธิพลต่อคะแนนพฤติกรรม

การจัดการอย่างมีนัยสำคัญ ($F_{2,92} = 88.062$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.657$) และเวลาที่เปลี่ยนแปลงไปมีอิทธิพลต่อคะแนน พฤติกรรมการจัดการตนเอง ($p < 0.001$) โดยมีคะแนน อิทธิพลอยู่ในระดับสูง ($F_{2,92} = 121.582$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.726$) ดังแสดงตารางที่ 1 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโครงการ 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการ ตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$ และ $p < 0.001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ 4 และ 12 สัปดาห์ ($n = 48$)

ความแปรปรวน	Sum of square	df	Mean square	F-test	p-value	Partial Eta Square (η^2)
ระหว่างกลุ่ม						
พฤติกรรมการจัดการตนเอง	32190.340	1	32190.340	80.446	0.000	0.636
ความคลาดเคลื่อน	18406.764	46	400.147			
ภายในกลุ่ม						
พฤติกรรมการจัดการตนเอง	33437.625	2	16718.813	121.582	0.000	0.726
พฤติกรรมการจัดการตนเอง*เวลา	24218.764	2	12109.382	88.062	0.000	0.657
ความคลาดเคลื่อน	12650.944	92	137.510			

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโครงการ หลังเข้าร่วมโครงการ 4 สัปดาห์และหลังสิ้นสุดโครงการ (12 สัปดาห์) ($n = 48$)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 24)		กลุ่มควบคุม (n = 24)		t-test	p-value
	M	S.D.	M	S.D.		
พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง						
ก่อนเข้าร่วมโครงการ	61.33	10.26	68.04	16.70	1.677	0.100
หลังเข้าร่วมโครงการ 4 สัปดาห์	117.50	13.78	71.25	14.97	11.234	0.000
หลังเข้าร่วมโครงการ 12 สัปดาห์	124.21	18.85	74.04	14.03	10.459	0.0000



ภายหลังเข้าร่วมโครงการ 12 สัปดาห์พบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองมีคะแนนหายใจลำบากต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการและต่ำกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$ และ $p < 0.001$ ตามลำดับ) มีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการและ

สูงกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$ และ $p < 0.001$ ตามลำดับ) และมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วม โครงการและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$ และ $p < 0.001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของภาวะหายใจลำบาก ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตภายในกลุ่มของทั้งสองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ 12 สัปดาห์ ($n = 48$)

ตัวแปร	ค่าที่เป็นไปได้ (possible score) M	S.D.	ก่อนการทดลอง การแปลผล	M	S.D.	หลังการทดลอง การแปลผล	paired df	t-test	p-value
ภาวะหายใจลำบาก									
กลุ่มทดลอง ($n=24$)	0 - 10	3.08	1.72	น้อย	0.83	0.96	น้อย	23	8.307 0.000
กลุ่มควบคุม ($n=24$)	0 - 10	2.96	1.63	น้อย	2.88	1.45	น้อย	23	0.289 0.775
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน									
กลุ่มทดลอง ($n=24$)	0 - 230	129.34	59.55	ปานกลาง	174.59	41.61	สูง	23	-6.179 0.000
กลุ่มควบคุม ($n=24$)	0 - 230	137.01	60.06	ปานกลาง	127.33	57.85	ปานกลาง	23	3.474 0.002
คุณภาพชีวิต									
กลุ่มทดลอง ($n=24$)	0 - 105	27.46	17.59	ต่ำ	63.08	21.38	ปานกลาง	23	-8.929 0.000
กลุ่มควบคุม ($n=24$)	0 - 105	27.71	23.77	ต่ำ	27.88	19.28	ต่ำ	23	-0.081 0.936

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภาวะหายใจลำบาก ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อสิ้นสุดโครงการ (12 สัปดาห์) ($n = 48$)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง ($n = 24$)		กลุ่มควบคุม ($n = 24$)		paired t-test	p-value
	M	S.D.	M	S.D.		
อาการหายใจลำบาก	0.830	0.963	2.880	1.454	5.735	0.000
ความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน	174.586	41.610	127.325	57.853	3.249	0.002
คุณภาพชีวิต	63.083	21.385	27.875	19.277	5.991	0.000



การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการควบคุมโรคเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์และ 12 สัปดาห์ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ โดยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 และ 2 ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมการจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของเครียร์ (Creer, 2000) ที่มุ่งเน้นให้กลุ่มทดลองเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและหลักการควบคุมอาการกำเริบโดยการฝึกทักษะ การจัดการตนเองเพื่อการควบคุมโรค ซึ่งประกอบด้วยรูปแบบการให้ความรู้เป็นรายบุคคลให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวและหลักการจัดการตนเอง ในการควบคุมภาวะหัวใจล้มเหลว การฝึกทักษะการจัดการตนเองได้แก่ การตั้งเป้าหมาย และกำหนดพฤติกรรมในการควบคุมโรคและอาการกำเริบ การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติ การเฝ้าระวังและสังเกตอาการด้วยตนเอง การบันทึก อาการแสดงของอาการกำเริบ เช่น ภาวะน้ำคั่งและภาวะหายใจลำบาก การประเมินความผิดปกติ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ การตัดสินใจในการแก้ไขความผิดปกติและลงมือปฏิบัติ พฤติกรรมการควบคุมโรคให้เหมาะสม รวมทั้งการประเมินผลการปฏิบัติด้วยตนเอง โดยครอบคลุมเรื่องการรับประทานอาหารและน้ำที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับความเสี่ยงของโรค โดยการเดินวันละ 30 นาทีร่วมกับการบริหารปอด การรับประทานยา การสังเกตอาการกำเริบและการแก้ไขปัญหาเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการกำเริบ รวมทั้งการกระตุ้น ให้กำลังใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง โดยการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีกว่าก่อนเข้าร่วม โครงการและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญดังที่กล่าวมาแสดงให้เห็นว่าการส่งเสริม

การจัดการตนเองในการควบคุมโรคโดยกลยุทธ์ดังกล่าวมีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การควบคุมภาวะหัวใจล้มเหลว ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของศิริวรรณ ตั้งวิจิตรสกุล (2550) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยกิจกรรมในการศึกษาดังกล่าวประกอบด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับประทานอาหารลดเค็ม การจำกัดน้ำดื่ม การเฝ้าระวังภาวะน้ำเกิน โดยผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แนวคิดของเครียร์ (Creer, 2000) โดยการให้ความรู้เป็นกลุ่มย่อยร่วมกับการอภิปรายกลุ่มย่อย ในเรื่องการจัดการตนเองครอบคลุมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การเฝ้าระวังอาการแสดงที่ผิดปกติ การเข้ารับการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมประจำวันเน้นการควบคุมน้ำหนักและการผ่อนคลาย ความเครียด ซึ่งผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้นและสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

นอกจากนี้พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีอาการหายใจลำบากน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 และ 4 แสดงให้เห็นว่าการฝึกทักษะการจัดการตนเองในการควบคุมโรคและอาการกำเริบตามแนวคิดของเครียร์ (Creer, 2000) ดังที่กล่าวมาแล้ว ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่าง สามารถปรับพฤติกรรมในการควบคุมภาวะหัวใจล้มเหลว ได้สำเร็จและสามารถควบคุมอาการกำเริบของโรคได้ ซึ่งผลจากการมีพฤติกรรมการควบคุมโรคที่ดีส่งผล ให้กลุ่มทดลองมีคะแนนหายใจลำบากต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่าตลอดการดำเนินการวิจัย กลุ่มทดลองไม่มีผู้ที่เข้ารับการรักษาน้ำในโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบ ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีผู้ที่มีอาการกำเริบและต้องเข้ารับการรักษาน้ำในโรงพยาบาลซ้ำ 4 ราย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้และฝึกทักษะการจัดการตนเอง ในการควบคุมโรค



สามารถช่วยให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวป้องกันและควบคุมอาการกำเริบได้อย่างมีประสิทธิภาพ กว่าการให้ความรู้โดยทั่วไปที่ปฏิบัติในคลินิก โดยสอดคล้องกับการศึกษาของธนากรณ แก้วยก (2553) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบาก โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวและฝึกทักษะการจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะน้ำเกินในร่างกายเป็นรายบุคคล โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแครีย์ (Creer, 2000) เช่นเดียวกัน ซึ่งผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนอาการหายใจลำบากหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

การศึกษานี้ยังพบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 5 และ 6 แสดงให้เห็นว่าการที่กลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมในการควบคุมโรคและอาการกำเริบจนเกิดความชำนาญเป็นผลให้การควบคุมโรคมีประสิทธิภาพมากขึ้นและระดับความรุนแรงของโรคลดลง ทำให้อาการหายใจลำบากลดลงและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้เพิ่มมากขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของนอร์เบิร์กและคณะ (Norberg, Boman, & Logren, 2008) ที่พบว่าความสามารถในการทำกิจกรรม มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของโรค นอกจากนี้ เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 7 และ 8 ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของกลุ่มทดลองเป็นผลจากการพฤติกรรมในการควบคุมโรคดีขึ้นและรับรู้ว่าคุณมีความรุนแรงของโรคลดลงจากการที่มีภาวะหายใจลำบากลดลงสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากกว่าที่เป็นอยู่ ส่งผลให้คะแนนคุณภาพชีวิตสูงขึ้น ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาในหลายการศึกษาที่ใช้แนวคิดการ

จัดการตนเองในการส่งเสริมการควบคุมโรค ซึ่งพบว่าส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Esther, Jolanda, Josiane, Henri, Jacques, Gertrudis, 2009; Martensson et al., 2004; Wattana, 2007; ศิริวรรณ ตั้งวิจิตรสกุล, 2550)

จากผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบของโปรแกรมการจัดการตนเองที่พัฒนาตามแนวคิดของแครีย์ (Creer, 2000) โดยเน้นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การพัฒนาความสามารถในการติดตามและควบคุมภาวะเจ็บป่วยด้วยตนเองอย่างเป็นพลวัตรให้สามารถจัดการกับข้อมูล การตัดสินใจอย่างเหมาะสมในการใช้ทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมภาวะเจ็บป่วยและประเมินตนเองซึ่งประกอบไปด้วย การให้ความรู้ การฝึกทักษะที่จำเป็นในการควบคุมโรคและมีการกระตุ้นติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาพฤติกรรมจัดการตนเองในการควบคุมโรคและอาการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถลดอาการหายใจลำบากและเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและเพิ่มคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระดับ 2 และ 3

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริหารการพยาบาลควรส่งเสริมให้บุคลากรได้รับการฝึกอบรมระยะสั้นเกี่ยวกับกลวิธีในการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อเป็นพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
2. ในด้านการจัดบริการพยาบาลควรนำแนวคิด การจัดการตนเองไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในการควบคุมโรคในคลินิกโรคหัวใจหรือโรคเรื้อรังอื่นๆ
3. ด้านการจัดการศึกษาควรมีการบรรจุแนวคิดการจัดการตนเองในหลักสูตรการศึกษาพยาบาล เพื่อพัฒนาองค์ความรู้และเป็นแนวทางประยุกต์ใช้ส่งเสริม การควบคุมภาวะหัวใจล้มเหลวหรือโรคเรื้อรังอื่นๆ



ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาโดยการติดตามผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะยาวและศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมต่อไป

2. ควรศึกษาการประยุกต์ใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระดับอื่นๆ โดยติดตามผลการส่งเสริมในการควบคุมโรค

3. ควรมีการศึกษาความคุ้มค่าของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว



เอกสารอ้างอิง

- กฤติกา ชุณหวิชัย (2544). ผลของการใช้โปรแกรมเดินออกกำลังกายที่บ้านต่อความสามารถในการออกกำลังกาย และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชุตินธร เรียนแพง. (2548). การจัดการตนเองและความผาสุกในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ณัฐริกา ไส้โล (2551). ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธนากรณ แก้วยก. (2553). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบากและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- นุชรัตน์ จัตตวิชัย. (2546). ผลของการใช้โปรแกรม บรรเทาอาการหายใจลำบากต่อระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบากและความรู้เพื่อควบคุมอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว. วิทยานิพนธ์ สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เยาวภา บุญเที่ยง. (2545). การสนับสนุนทางสังคมพฤติกรรมสุขภาพ และการกลับเข้าพักรักษาใน โรงพยาบาลของผู้สูงอายุหัวใจวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ศิริวรรณ ตั้งวิจิตรสกุล. (2550). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วิทยานิพนธ์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- สมสกุล ศิริไชย. (2543). ผลของการให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยนอกที่มีภาวะหัวใจวาย ณ โรงพยาบาล เลิศลิน วิทยานิพนธ์ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2552). สถิติจำนวนและอัตราตายต่อประชากร 100,000 คน, Retrieved February, 2010, from <http://www.nso.go.th>
- สุรินทร์ ทองยิ้ม. (2544). ผลการสอนอย่างมีแบบแผน ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยหัวใจวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ สาขาวิชาเอก พยาบาลศาสตรนุสข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อภิญา วังศิริโยธา. (2545). ผลของการพยาบาลด้วยระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อระดับความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- American Heart Association. (2009). 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 Collaboration With the International Society for Heart. *Journal of the American Heart Association*, 119, 1977-2016.

- Barlow, J., Wright, C. Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J., (2003). Self-management approaches for people with chronic condition: *A review Patient Education and Counseling*, 48, 177-187.
- Borg, G., (1982). Psychophysical bases of perceived exertion. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 14 (5), p. 377-81.
- Creer, L. T. (2000). *Self-management of chronic illness*. Handbook of self-regulation, 601-629.
- Esther, S.T.F. Smeulders, Jolanda, C.M.van Haastregt, Josiane, J. J. Janssen-Boyne, Henri, E. J. H. Stoffers, Jacques, Th. M. Van Eijk, & Gertrudis, I. J. M. Kempon, (2009). Feasibility of a group-based self-management program among congestive heart failure patients. *BMC Health Services Research*.
- Kate R. L., David S. S., Philip L. R., Diana, L., & Mary, H. (2001). Effect of a Self-Management Program on Patients with Chronic Disease. *Effective Clinical Practice*, 11(267-96).
- Lorig, R. K., Ritter, P. Stewart, L. A., Sobel, S. D., Brown, W. B., & Bandur, A., et al., (2001). Chronic disease self-management program. *Medical Care*, 39(11).
- Martensson, J., Stromberh, A., Dahis trom, U., Karlsson, J., & Fridlund, B. (2004). Patients with heart failure inprimary health care: Effect of nursing interrention on health-related quality of life and depression, *The European Journal of Heart Failure*, 1-11.
- Nakagawa-Kogan, H., & Betrus, A. P., (1996). Self-management: a nursing mode of therapeutic influence. *Advances in Nursing Science* 6(4), 55-73.
- New York Heart Association. (2009). *Congestive Heart Failure Assessment Tools: New York Heart Association Functional Classification*. Little Brown and Company.
- Norberg, E. B., Boman. K., & Logren B. (2008). Activities of daily living for old persons in primary health care with chronic heart failure. *Skelleftea County Hospital, Skelleftea, Sweden*, 22(2), 203-210.
- Parshall, M. B., Welsh, J. D., Brockopp, D. Y., Heiser, R. M., Schooler, M. P., & Cassidy, K. B., (2001). Dyspnea duration, distress, and intensity in emergency department visits for heart failure. *University of New Mexico College of Nursing*, 30(1), 47-56.
- Phromminitikul, A., Kanjanavanit, R., maritakomol, A., Topaiboon, P., Wianggosot, W., & Wongnai, S., (2002). *Comprehensive heart failure program reduce rehospitalization in chronic congestive heart failure patients*. Chaing Mai.
- Wattana, C. (2007). 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. *Nursing & Health Sciences* 9(2), 135-141.