ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มีผลต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

วรพรรณ มหาศรานนท์*
ฐิติอาภา ตั้งค้าวานิช**
รุ้งนภา ชัยรัตน์***

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสุโขทัย จำนวน 30 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ โดยใช้กรอบแนวคิดของโอเร็ม ได้แก่ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม เครื่องมือประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการดูแลตนเอง แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไทยโรคหัวใจขาดเลือด วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบทางสถิติ paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี (Mean= 4.29, SD =.24) และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี (Mean= 4.30 , SD =.12) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเอง คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองและคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการดูแลตนเองและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดได้

คำสำคัญ : โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้,การดูแลตนเอง,คุณภาพชีวิต, ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

---

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
Corresponding author: benjamin_jk_mahasaranon@hotmail.com
** ผู้ช่วยศาสตร์จารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
*** อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

Received: 2 October 2018 / Revised: 16 April 2019 / Accepted: 7 May 2019

The effect of supportive and education nursing program on self care and quality of life in ischemic heart disease patients

Worapun Mahasaranon*
Thitiarpha Tangkawanich**
Rungnapa Chairat***

Abstract

This research is the quasi experimental, one group pretest-posttest design. The purpose was to study the effect of supportive and education nursing program on self-care and quality of life in ischemic heart disease patients. Thirty ischemic heart disease pateints who admitted at Sukhothai Hospital were selected by purposive sampling. The subjects received a supportive and education nursing program based on Orem's theory which composed of teaching, guiding, supporting and creating the enviroment. The instruments consisted of general information questionnaire, Self-care questionnaire and quality of life questionnaire in thai patients with ischemic heart disease. Data were analyzed mean score, standard deviation and paired t-test.

The results showed that after receiving supportive and education nursing program, the subjects had mean score of self-care at a good level (Mean= 4.29, SD = .24) and mean score of quality of life at a good level (Mean= 4.30, SD =.12). After the subjects had receiving supportive and education nursing program, the subject had significantly higher mean score of self care and quality of life than before receiving the supportive and educative nursing program ($p < .001$)

This research suggested that the supportive and education nursing programe could be use as a guideline to promote self – care and enhanced quality of life in ischemic heart disease patients continuously.

Keywords : supportive and education nursing program. self-care. quality of life. ischemic heart disease patients.

---

* Student of Master degree of Nursing, Faculty of Nursing Naresuan University
Corresponding author: benjamin_jk_mahasaranon@hotmail.com
** Assistant Professor, Faculty of Nursing Naresuan University
*** Doctor of philosophy, Faculty of Nursing Naresuan University
Received: 2 October 2018 / Revised: 16 April 2019 / Accepted: 7 May 2019

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจขาดเลือดจัดเป็นโรคที่พบได้บ่อยในกลุ่มของโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า ในประเทศไทยมีอัตราเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ปี พ.ศ.2555 – 2558 เท่ากับ 23.45 – 29.90 ต่อแสนประชากร[1] โรคหัวใจขาดเลือดเป็นโรคที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดหัวใจมีไขมันมาเกาะในหลอดเลือดจนกระทั่งเกิดการอุดตันในที่สุด ทำให้เกิดอาการและอาการแสดง เช่น อาการเจ็บหน้าอก เหนื่อยง่าย เวียนศีรษะ ต้องเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล โรคหัวใจขาดเลือดมีหลายประเภทขึ้นอยู่กับบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้น ๆ ได้รับผลกระทบจากปริมาณไขมันที่มาเกาะ[2] ซึ่งสาเหตุการเกิดโรคส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม เช่น สูบบุหรี่ รับประทานอาหารหวานจัด เค็มจัด หรืออาหารประเภทไขมันสูง[3]

นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่มีโรคร่วมเป็นโรคเบาหวาน หรือโรคความดันโลหิตสูง หรือโรคไขมันในเส้นเลือดสูงจะทำให้เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำ ส่งผลให้หัวใจขาดเลือดเพิ่มได้อีก[4] ซึ่งผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่มีการดูแลตนเองไม่เหมาะสม มักมีอาการเหนื่อยง่าย ร่างกายอ่อนเพลีย ต้องกลับเข้ามารับการรักษาด้วยอาการเจ็บหน้าอกชนิดไม่คงที่ (Unstable) สูงถึงร้อยละ 20[3] การรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องและยาวนานจะเกิดค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการรักษาตัวของผู้ป่วย กระทบกับค่าใช้จ่ายของครอบครัว นำไปสู่ผลกระทบทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยเกิดความกังวลต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น[3] มีความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง เกิดความเครียดเกี่ยวกับสภาวะความเจ็บป่วยและการกลับเป็นซ้ำของโรค กลัวเสียชีวิต ทำให้ผู้ป่วยบางรายเกิดภาวะซึมเศร้าได้[5] ซึ่งพบอัตราการเสียชีวิตของโรคหัวใจขาดเลือดที่มีภาวะแทรกซ้อนสูงถึงร้อยละ 90[6] ดังนั้นการดูแลตนเองที่ไม่มีประสิทธิภาพจะทำให้อาการของโรคกลับเป็นซ้ำได้

จากการศึกษาพบว่าการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดอยู่ในระดับต่ำ[7] ถึงปานกลาง[8] ในด้านการออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ การบริโภคอาหารยังไม่เหมาะสม การขับถ่าย ด้านการจัดการความเครียด และการสังเกตอาการผิดปกติยังไม่มีประสิทธิภาพ[8] ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่มีอาการเจ็บหน้าอกบ่อย ไม่สามารถดูแลตนเองได้เนื่องจากทุกข์ทรมานจากอาการของโรค นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดพร่องความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อประคับประคองและฟื้นฟูสภาพของตนเองให้ดีขึ้น[4] ทำให้เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ยังสูบบุหรี่[9] มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานยาไม่ถูกต้อง ลืมรับประทานยา หรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่องเพราะคิดว่าตนเองหายจากการเจ็บป่วยแล้ว[10] ผู้ป่วยบางรายรับประทานยาซ้ำทำให้เกิดผลข้างเคียงของยา เช่น ปวดท้องจากแอสไพริน (aspirin) เกิดจ้ำที่แขนจากยาวาร์ฟาริน (warfarin)[10] การดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องและไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดอาการของโรคกำเริบขึ้นกลับเป็นซ้ำได้[7] ดังนั้นการดูแลที่ไม่ถูกต้อง จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่รบกวนต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน[11] ไม่สามารถทำบทบาทหน้าที่ได้ตามเดิม และบางรายอาจส่งผลกระทบกับรายได้ของครอบครัว เกิดคุณค่าในตนเองลดลง ทำให้เกิดภาวะเครียดและหากผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดไม่สามารถในการดูแลตนเองเพื่อจัดการภาวะเครียดที่เกิดขึ้นได้จะทำให้คุณภาพชีวิตลดลง[12]

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมี 9 ด้าน ได้แก่ อาการของโรคและภาวะแทรกซ้อน จิตใจที่สบาย ความผูกพันในครอบครัว การปรับกิจวัตรประจำวัน ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ สุขภาพทางจิตวิญญาณ การเข้าสังคม ความสามารถพื้นฐานทางกายและพลังใจ[13] จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่เกิดผลกระทบด้านร่างกาย มีอาการเจ็บหน้าอกบ่อยๆ[14] หรือขณะมีกิจกรรมมีอาการเจ็บหน้าอกและเหนื่อยง่าย จะเกิด

คุณภาพชีวิตในระดับต่ำ[15] ส่วนภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดจะช่วยส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตต่ำลง ซึ่งเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อนของโรค ประสบการณ์การเจ็บป่วย ความเหนื่อยล้า การสนับสนุนทางสังคม แบบแผนการดำเนินชีวิต การทำหน้าที่และความหวัง[16] จากการศึกษายังพบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ จนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้[9] และระดับภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มมากขึ้นมีผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลง[17] ส่วนผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่มีความเครียดและไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้ ทำให้มีคุณภาพชีวิตลดลง เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตได้[5]

การพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดให้มีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย เช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมีปัญหาเรื่องการลืมรับประทานยา และมีความตั้งใจที่จะแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยใช้วิธีในการติดป้ายตรงประตูก่อนออกจากบ้านเพื่อป้องกันการลืมรับประทานยา และไม่ลืมรับประทานยาอีกเลย จึงถือว่าบุคคลมีการกระทำการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด[17] การสอนเสริมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยเพิ่มพลังความสามารถ ทำให้ผู้ป่วยทราบวัตถุประสงค์ของการกระทำ เกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง รู้จักควบคุมตนเองเพื่อป้องกันการเกิดเป็นซ้ำ ตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเอง และสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองให้มีประสิทธิภาพได้[17]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลตนเองให้ดีขึ้นในผู้ป่วยหลายกลุ่มโรค ได้แก่ โรคเบาหวาน[18] โรคหอบหืด[19] มะเร็งศีรษะและคอ[20] และการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ยังช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วยหลายกลุ่มโรคเช่นกัน ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด[21] ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม[22] แต่ยังไม่พบการศึกษาโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะพบการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจชนิดต่างๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศที่หลากหลาย โดยมีจุดประสงค์มุ่งเน้นให้มีการดูแลตนเองเป็นพื้นฐานของการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันและสามารถจัดการความเสี่ยงต่างๆด้วยตนเอง แต่ถึงอย่างไรก็ตามการศึกษาในแต่ละพื้นที่จะมีความแตกต่างกันในด้านวัฒนธรรม อาหาร วิถีชีวิต ทำให้มีรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่แตกต่างกันออกไป[23]

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาโปรแกรมแบบสนับสนุนและให้ความรู้ในกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้[17] ประกอบด้วย 4 วิธี ได้แก่ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดสามารถดูแลตนเองได้ และสามารถตอบสนองความต้องการดูแลตนเองในด้านทั่วไป เช่น การรับประทานอาหาร การขับถ่าย ด้านพัฒนาการ เช่น สามารถหาวิธีผ่อนคลายความเครียดได้เมื่อเผชิญปัญหา และภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพจากอาการของโรคหัวใจขาดเลือด เช่น การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ เป็นต้น โดยโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของป่วยโรคหัวใจขาดเลือด จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเล็งเห็นความสำคัญในการดูแลตนเอง เพื่อให้เกิดการดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพและยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

ทฤษฎีการการพยาบาลของโอเร็ม ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีย่อย ได้แก่ ทฤษฎีการดูแลตนเอง

(Theory of Self–care) ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (Theory of Self–care Deficit) และทฤษฎีระบบพยาบาลการพยาบาล (Theory of Nursing System) ซึ่งทั้ง 3 ทฤษฎีมีความสัมพันธ์กัน[17] บุคคลที่มีความสามารถในการดูแลตนเองน้อยกว่าความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด จะเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมีความต้องการการดูแลตนเองเพื่อประคับประคองและฟื้นฟูสภาพของตนเองให้ดีขึ้น[4] แต่ยังพร่องในการดูแลตนเองในด้านการออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ การบริโภคอาหารยังไม่เหมาะสม การขับถ่าย ด้านการจัดการ ความเครียด และการสังเกตอาการผิดปกติยังไม่มีประสิทธิภาพ[7] ผู้วิจัยจึงนำโปรแกรมพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎีระบบการพยาบาลประกอบด้วย 4 วิธี ได้แก่ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม จะทำให้ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดสามารถดูแลตนเองได้ สามารถตอบสนองความต้องการดูแลตนเองในด้านทั่วไป เช่น การรับประทานอาหาร การขับถ่าย ด้านพัฒนาการ เช่น สามารถหาวิธีผ่อนคลายความเครียดได้เมื่อเผชิญปัญหา และภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพจากอาการของโรคหัวใจขาดเลือด เช่น การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ เป็นต้น โดยโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของป่วยโรคหัวใจขาดเลือด จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเล็งเห็นความสำคัญในการดูแลตนเองเพื่อให้เกิดการดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพและยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้

สมมุติฐานของการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็น การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) ชนิด 1 กลุ่มวัด ก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest – posttest design)

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือดเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย ระหว่างเดือนมิถุนายน 2560 ถึง ธันวาคม 2560

กลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหัวใจขาดเลือด ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย ตามเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) มีอายุตั้งแต่ 20 ถึง 60 ปี 2) สามารถสื่อสาร อ่าน เขียนได้ 3) สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง 4) มีโทรศัพท์ติดต่อได้ 5)ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย 6) มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือเป็นโรคเบาหวาน

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยจากการเปิดตารางสำเร็จรูป[24] กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ α (Level of significant) ที่ระดับ .05 ระดับอำนาจการทดสอบ (level of power) ที่ .80 กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ 0.5 ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลขนาดกลาง ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 26 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงพิจารณาเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20[25] จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม17 ประกอบด้วย

1. การสอน (teaching) ผู้วิจัยสอนให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดและการดูแลตนเองตามแผนการสอนที่เตรียมไว้ ดังนี้ เรื่องการงดสูบบุหรี่ ควบคุมปัจจัยเสี่ยง (ไขมัน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) การออกกำลังกาย การรับประทานยา การพักผ่อนและผ่อนคลายความเครียด มาตรวจตามนัด และสังเกตอาการผิดปกติ โดยใช้ภาพพลิก คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดและบัตรสัญญาณเตือนใจ (Alert Post Card) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อช่วยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างสนใจในการดูแลตนเองและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการของโรคกำเริบขึ้น จำนวน 2 ครั้ง บนหอผู้ป่วย และติดตามทบทวนทางโทรศัพท์เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน

2. การชี้แนะ (Guiding) เป็นการชี้แนะการออกกำลังกายด้วยการเดินและเทคนิคการหายใจผ่อนคลายความเครียดพร้อมสาธิตให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามบนหอผู้ป่วย และวิธีการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ที่สนับสนุนความสามารถในการดูแลตนเอง วิธีการออกกำลังกายชนิดแอโรบิค ได้แก่ การเดิน เพราะทำได้ง่าย ปลอดภัย และได้ผลดี ชี้แนะให้กลุ่มตัวอย่างสังเกตอาการผิดปกติขณะมีกิจกรรม เช่น เหนื่อยมากจนไม่สามารถพูดเป็นคำได้ อาการเจ็บหน้าอก เป็นต้น ติดตามปัญหาในการดูแลตนเองหลังจำหน่ายทางโทรศัพท์จำนวน 4 ครั้ง

3. การสนับสนุน (Supporting) ผู้วิจัยสนับสนุนให้กำลังใจ โดยการพูดคุยให้กำลังใจ สัมผัสด้วยท่าทางที่นิ่มนวลและชื่นชมการปฏิบัติการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยกระทำอยู่ และกระตุ้นส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีความพยายามในการปฏิบัติการดูแลตนเองให้สำเร็จเป็นไปตามเป้าหมาย และสนับสนุนอุปกรณ์ คือ คู่มือในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเป็นเอกสารที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้อ่านทบทวนหลังจำหน่ายและบัตรสัญญาณเตือนใจ (Alert Post Card) ผู้วิจัยจะดำเนินการสนับสนุนตั้งแต่บนหอผู้ป่วยและเมื่อทางโทรศัพท์เมื่อผู้ป่วยอยู่ที่บ้านจนสิ้นสุดระยะเวลาในการดำเนินการโปรแกรม

4. การสร้างสิ่งแวดล้อม (Providing an environment) ผู้วิจัยจัดสิ่งแวดล้อมบนหอผู้ป่วย โดยจัดสถานที่ในการสอนก่อนพบกลุ่มตัวอย่างให้เหมาะสม สว่างสงบ เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ และลดสิ่งขัดขวางต่อกระบวนการเรียนรู้ และให้ญาติหรือบุคคลที่สำคัญกับกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมฟังการสอน เพื่อช่วยส่งเสริมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ชี้แนะให้กลุ่มตัวอย่างได้เลือกวิธีการในการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน เช่น การติดป้ายเตือนให้ออกกำลังกายในตอนเช้าและตอนเย็น การจัดสถานที่ทำอาหาร โดยลดการใช้เครื่องปรุงประกอบอาหารประเภทโซเดียมที่ไม่หลากหลาย การตั้งนาฬิกาปลุกในโทรศัพท์มือถือเพื่อเตือนวันนัดพบแพทย์

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ อาชีพ การศึกษา โรคร่วม

2. แบบสอบถามการดูแลตนเอง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎี โอเร็ม (Orem, 2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 39 ข้อ คือ ด้านดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป จำนวน 16 ข้อ ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ จำนวน 9 ข้อ และด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ จำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีระดับคะแนน 1-5 คะแนน โดยแปลผลระดับคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ คะแนน 4.50 - 5.00 หมายถึง

การดูแลตนเองดีมาก คะแนน 3.50 – 4.49 หมายถึง การดูแลตนเองดี คะแนน 2.50 – 3.49 หมายถึง การดูแลตนเองปานกลาง คะแนน 1.50 – 2.49 หมายถึง การดูแลตนเองต่ำ คะแนน 1.00 – 1.49 หมายถึง การดูแลตนเองต่ำมาก

3. แบบสอบถามคุณภาพชีวิต เป็นสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไทยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดของจันทนา หล่อตจะกูล และคนอื่นๆ[13] ประกอบด้วย คำถาม 45 ข้อ 9 ด้าน ได้แก่ อาการของโรคและภาวะแทรกซ้อน จิตใจที่สบาย ความผูกพันในครอบครัว การปรับกิจวัตรประจำวัน ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ สุขภาพทางจิตวิญญาณ การเข้าสังคม ความสามารถพื้นฐานทางกายและพลังใจลักษณะคำตอบเป็น มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีระดับคะแนน 1–5 คะแนน โดยแปลผลระดับคะแนนเฉลี่ยดังนี้ คะแนน 4.50 – 5.00 หมายถึง คุณภาพชีวิตดีมาก คะแนน 3.50 – 4.49 หมายถึง ผู้ตอบมีระดับการคุณภาพชีวิตดี คะแนน 2.50 – 3.49 หมายถึง คุณภาพชีวิตปานกลาง คะแนน 1.50 – 2.49 หมายถึง คุณภาพชีวิตต่ำ คะแนน 1.00 – 1.49 หมายถึง คุณภาพชีวิตต่ำมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดและเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลมาตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัยโดยผู้ทรง 5 ท่าน พบว่าแบบสอบถามการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างมีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.9 และนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาช (α Cronbach's coefficient) ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง (Try out) จำนวน 30 ราย โดยแบบสอบถามการดูแลตนเองและแบบสอบถามคุณภาพชีวิตมีค่าความ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .80 และ .82 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยดำเนินการเป็นขั้นตอนระหว่างมิถุนายน 2560 ถึง ธันวาคม 2560

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 เตรียมสถานที่และอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย โดยการประสานงานกับแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลสุโขทัย เพื่อขอใช้ห้องสำหรับให้ความรู้และสถานที่ในการเก็บข้อมูล

1.2 เตรียมกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้และชี้แจงเพื่อขอความร่วมมือ จากกลุ่มตัวอย่างที่รับการรักษาที่แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลสุโขทัย

1.3 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย สร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน และประเมินความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อลดข้อจำกัดในการเรียนรู้ หากผู้ป่วยพร้อมผู้วิจัยกล่าวถึงเป้าหมายและขั้นตอนของโปรแกรม เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามหรือแสดงความคิดเห็น และตอบแบบสอบถามการดูแลตนเองและแบบสอบถามคุณภาพชีวิต พร้อมแสดงความยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมและนัดหมายวัน เวลาในการเริ่มโปรแกรมบนหอผู้ป่วย

2. ขั้นการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ทั้งหมด 12 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 ใช้เวลา 30 – 45 นาที

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างตามวัน เวลาที่นัดหมายไว้ ผู้วิจัยปฏิบัติตามโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ด้วย 4 วิธี ดังนี้

1. การสอน ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเล่า

ประสบการณ์การดูแลตนเองที่ผ่านมา เพื่อประเมินความรู้เดิมของกลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลา 10 นาที และผู้วิจัยสอนให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดและการดูแลตนเองตามแผนการสอนที่เตรียมไว้ ดังนี้ เรื่องการงดสูบบุหรี่ ควบคุมปัจจัยเสี่ยง (ไขมัน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) การออกกำลังกาย การรับประทานยา การพักผ่อนและผ่อนคลายความเครียด มาตรวจตามนัด และสังเกตอาการผิดปกติ โดยใช้ภาพพลิก คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดและบัตรสัญญาณเตือนใจ (Alert Post Card) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้เวลา 10 นาที

2. การชี้แนะ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างเลือกวิธีในการดูแลตนเอง ชี้แนะวิธีการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน วิธีการออกกำลังกายชนิดแอโรบิค ได้แก่ การเดิน เพราะทำได้ง่าย ปลอดภัย และได้ผลดี ชี้แนะให้กลุ่มตัวอย่างสังเกตอาการผิดปกติขณะมีกิจกรรม เช่น เหนื่อยมากจนไม่สามารถพูดเป็นคำได้ อาการเจ็บหน้าอก เป็นต้น และชี้แนะเทคนิคการหายใจผ่อนคลายความเครียดและสาธิต ใช้เวลา 5 นาที

3. การสนับสนุน ผู้วิจัยพูดคุยให้กำลังใจและกระตุ้นส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีความพยายามในการปฏิบัติการดูแลตนเองให้สำเร็จเป็นไปตามเป้าหมาย ใช้เวลา 5 นาที และสนับสนุนคู่มือในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเป็นเอกสารที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้อ่านทบทวนหลังจำหน่ายและบัตรสัญญาณเตือนใจ (Alert Post Card)

4. การสร้างสิ่งแวดล้อม ผู้วิจัยจัดสิ่งแวดล้อมบนหอผู้ป่วย โดยจัดสถานที่ในการสอนก่อนพบผู้ป่วยให้เหมาะสม เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ และให้ญาติหรือบุคคลที่สำคัญกับกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมฟังการสอน เพื่อช่วยส่งเสริมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ใช้เวลา 10 นาที

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 ระยะจำหน่าย ใช้เวลา 20 – 30 นาที

ผู้วิจัยทบทวนโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสุโขทัย เรื่องการงดสูบบุหรี่ ควบคุมปัจจัยเสี่ยง(ไขมัน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) การออกกำลังกาย การรับประทานยา การพักผ่อนและผ่อนคลายความเครียด มาตรวจตามนัด และสังเกตอาการผิดปกติ พร้อมสาธิตการหายใจผ่อนคลายความเครียดและทบทวนการใช้คู่มือในการดูแลตนเองร่วมกับ Alert Post Card เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างนำไปศึกษาเพิ่มเติมและฝึกปฏิบัติที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมโทรศัพท์ติดตามครั้งที่ 1 (หลังจำหน่าย 1 สัปดาห์) ระยะเวลา 15 - 20 นาที/ครั้ง

ผู้วิจัย สอบถามถึงอาการ และทบทวนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ได้เรียนมา เรื่องการงดสูบบุหรี่ ควบคุมปัจจัยเสี่ยง (ไขมัน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) การออกกำลังกาย การรับประทานยา การพักผ่อนและผ่อนคลายความเครียด มาตรวจตามนัด และสังเกตอาการผิดปกติ ผู้วิจัยชี้แนะการพัฒนาความสามารถในการออกกำลังกายด้วยการเดินของกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 2 เพิ่มระยะการเดินเป็น 10 นาที และในสัปดาห์ที่ 3 เพิ่มระยะการเดินเป็น 15 นาที ควบคู่กับการกระตุ้นการใช้คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่มอบให้

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมโทรศัพท์ติดตามครั้งที่ 2 (หลังจำหน่าย 3 สัปดาห์) ระยะเวลา 15 - 20 นาที/ครั้ง

ผู้วิจัยติดตามผล การดูแลตนเองหลังจากได้รับการชี้แนะจากผู้วิจัยทางโทรศัพท์ในครั้งที่ 1 และผู้วิจัยติดตามการเดินออกกำลังกายตามระยะเวลาที่ตกลงกันไว้ ชมเชยเมื่อกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติการดูแลตนเองได้สำเร็จ รวมถึงผู้วิจัยสนับสนุนกลุ่มตัวอย่างด้านจิตใจ เช่น กล่าวคำชมเชย สนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างเพื่อเพิ่มความพยายามและเพิ่มความสามารถ

ในการดูแลตนเองให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นไป

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมโทรศัพท์ติดตามครั้งที่ 3 (หลังจำหน่าย 5 สัปดาห์) ระยะเวลา 15 - 20 นาที/ครั้ง

ผู้วิจัยติดตามการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง กล่าวชมเชย และส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มความสามารถในการออกกำลังกายโดยการเดินเร็ว ในระยะเวลา 15 – 20 นาทีต่อจากการเดินปกติ ผู้วิจัยชี้แนะสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มความพยายามในการดูแลตนเองมากขึ้นเรื่อยๆ กำหนดเป้าหมายในการดูแลตนเอง และระยะเวลาให้ชัดเจนและชี้แนะการหายใจผ่อนคลายความเครียดเมื่อมีภาวะเครียด

สัปดาห์ที่ 7 กิจกรรมโทรศัพท์ติดตามครั้งที่ 4 (หลังจำหน่าย 7 สัปดาห์) ระยะเวลา 15 - 20 นาที/ครั้ง

ผู้วิจัยติดตามการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับการกระทำเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองให้มีประสิทธิภาพ และกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างในการใช้คู่มือในการดูแลตนเอง และ กระตุ้นเตือนตนเองโดยใช้ Alert Post Card

สัปดาห์ที่ 12 กิจกรรมติดตามประเมินผลที่แผนกผู้ป่วยนอก (หลังจำหน่าย 12 สัปดาห์) ระยะเวลา 20 - 30 นาที/ครั้ง

ผู้วิจัยพูดคุยซักถามอาการและอาการแสดงทั่วไป และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามการดูแลตนเองและแบบวัดคุณภาพชีวิตหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ครบ 12 สัปดาห์ และนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร หมายเลข คือ 1110/59 และจริยธรรมจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย หมายเลข 7/2560 เพื่อได้รับการอนุมัติในการดำเนินวิจัย กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการแจ้งให้ทราบว่า การวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาตามปกติ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และการเสนอข้อมูล ผลการวิจัยจะไม่ระบุชื่อกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือจึงทำการเก็บข้อมูล หลังจากที่เซ็นใบยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษา กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลในโปแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ และวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ อาชีพ การศึกษา โรคร่วม

2. การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต นำมาวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบคะแนนการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้โดยใช้ Paired t- test

ผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 51 – 60 ปี เป็นเพศหญิงร้อยละ 63.3 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ 70 ส่วนใหญ่อาชีพเกษตรกรร้อยละ 46.7 และรายได้ของครอบครัวต่อเดือน อยู่ในช่วง 4,001 – 9,000 บาท ร้อยละ 33.4 และส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 83.3

ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.40, SD = .47) และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.47, SD =.30) หลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองในระดับดี (Mean = 4.29, SD = .24) และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในระดับดี (Mean = 4.30, SD =.12) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (n = 30)

ตัวแปร		Mean	SD	ระดับ
การดูแลตนเอง	ก่อนการทดลอง	3.40	.47	ปานกลาง
	หลังการทดลอง	4.29	.24	ดี
คุณภาพชีวิต	ก่อนการทดลอง	3.47	.30	ปานกลาง
	หลังการทดลอง	4.30	.12	ดี

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้

การดูแลตนเอง	กลุ่มตัวอย่าง (n=30)		df	t	**P**
	Mean	SD			(1tailed)
ก่อนการทดลอง	3.40	.47	29	14.70***	.000
หลังการทดลอง	4.29	.24			

p*** < .001

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้

คุณภาพชีวิต	กลุ่มตัวอย่าง (n=30)		df	t	P
	Mean	SD			
ก่อนการทดลอง	3.47	.30	29	21.16***	.000
หลังการทดลอง	4.30	.12			

p*** < .001

อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยนำมาอภิปรายผลตามสมมุติฐานการวิจัยได้ดังนี้

สมมุติฐานที่ 1 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมการ พยาบาล แบบสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมทดลอง

จากผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Mean=4.29, SD=.24) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (Mean=3.40, SD=.47) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ทำให้ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่มีโรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน มีการดูแลตนเองที่ดีขึ้นเนื่องจากได้รับการสอน การชี้แนะและการสนับสนุน เป็นการเพิ่มพลังความสามารถให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง รู้จักควบคุมตนเอง ตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเอง และสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองให้มีประสิทธิภาพได้ รับรู้ถึงผลของการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ มณกร ศรีแป๊ะบัว และคนอื่นๆ[18] พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้าสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p<.001

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไปเป็นรายข้อ พบว่า การดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้นหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ในด้านการรับประทานอาหารโดยกลุ่มตัวอย่างพยายามหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง (Mean=2.53, SD=.94) ออกกำลังกายด้วยการเดินและจะหยุดกิจกรรมที่กระทำอยู่ทันทีหากมีอาการเจ็บหน้าอก (Mean=4.6, SD=.50) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประจวบ สุขสัมพันธ์ และคนอื่นๆ[26] พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ กลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้นในด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

ด้านการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ พบว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีภาวะเครียด กลุ่มตัวอย่างจะผ่อนคลายความเครียดด้วยการฝึกหายใจผ่อนคลายความเครียด (Mean=4.17, SD=.88) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างพยายามศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลตนเองให้ถูกต้องมากขึ้น โดยการสอบถามจากบุคลากรทางการแพทย์ ทางอินเตอร์เน็ต เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของประจวบ สุขสัมพันธ์ และคนอื่นๆ[26] พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ กลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้นในด้านผ่อนคลายความเครียด

ส่วนการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ พบว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติจะพยายามศึกษาช่องทางในการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น เพื่อให้ตนเองสามารถได้รับการรักษาได้อย่างทันท่วงทีดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (Mean=4.23, SD=.94) และกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาลอย่างเคร่งครัด รวมไปถึงสามารถสังเกตอาการผิดปกติหลังจากรับประทานยาไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอมรรัตน์ สมมิตร และคนอื่นๆ[27] พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ กลุ่มตัวอย่างเข้าใจภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเอง เข้าใจถึงอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติที่ต้องรีบตัดสินใจมาพบแพทย์ก่อนนัด

สมมุติฐานที่ 2 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่าก่อนทดลอง

จากผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Mean=4.30, SD=.12) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Mean=3.47, SD=.30) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างหลังจากได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีคุณภาพชีวิตสูงขึ้น กลุ่มตัวอย่างเห็นความสำคัญของการดูแลตนเอง ปฏิบัติจนเกิดเป็นทักษะและการปฏิบัติจนเคยชินตามวิถีชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง หันมาดูแลตนเอง ใส่ใจในการป้องกันและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้อาการของโรคกำเริบขึ้น กลุ่มตัวอย่างสามารถปรับกิจกรรมประจำวัน ในเรื่องลดการรับประทานอาหารไขมันสูง พยายามหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่อาจทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น ได้แก่ การยกของหนัก ภาวะเครียด เป็นต้น ยังส่งผลให้อาการของโรคและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก อาการเหนื่อยหรือหายใจไม่ออกเวลานอนราบ อาการอ่อนเพลียและไม่มีแรง อาการหน้ามืดหรือเป็นลมบ่อยลดน้อยลง ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค และยังสามารถทำอาชีพหารายได้เลี้ยงครอบครัว รวมไปถึงกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันกับครอบครัวได้ เกิดความผูกพันในครอบครัว จากผลของการดูแลตนเองที่เหมาะสมทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้และพึงพอใจในชีวิต และมีกำลังใจในการดูแลตนเอง จนทำให้มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในระดับดีถึงแม้อยู่ในภาวะเจ็บป่วยก็ตาม

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าจากโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ด้วย 4 วิธี ได้แก่ สอน ชี้แนะ สนับสนุนและการสร้างสิ่งแวดล้อมสามารถช่วยทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี เกิดความพึงพอใจในชีวิตเช่นเดียวกับการศึกษาของภราดร ล้อธรรมมา และคนอื่นๆ[22] พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัด และได้รับเคมีบำบัด มีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเอง หลังจากได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ใน 8 สัปดาห์ และใน 12 สัปดาห์ ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

ถึงแม้การศึกษาวิจัยโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้นี้เป็นเพียงชนิด 1 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pre-test - posttest design) แต่ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานของการวิจัย ทำให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นทั้งด้านการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างอย่างแท้จริง เนื่องจากผู้วิจัยติดตามและให้การสนับสนุนการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ดังนั้นโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้นี้สามารถเพิ่มความรู้และทักษะในการดูแลตนเองให้ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างโรคหัวใจขาดเลือดมีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง โดยได้รับการชี้แนะและสนับสนุนจากผู้วิจัยทั้งด้านจิตใจและด้านสิ่งของ ได้แก่ คู่มือการดูแลตนเองและบัตรกระตุ้นเตือน Alert Post card เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและตระหนักในการเพิ่มความพยายามในการดูแลตนเองให้มากขึ้นและสม่ำเสมอ จนเป็นการปฏิบัติในชีวิตประจำวันตามรูปแบบวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเอง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ไปประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือด เพื่อเป็นการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. บุคลากรทีมสุขภาพควรนำโปรแกรมการ

พยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ไป ศึกษาและประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อเพิ่มการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ดีต่อไป

3. ควรศึกษาเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม โดยมีกลุ่มควบคุมเพื่อเป็นการยืนยันผลลัพทธ์จากการใช้โปรแกรมทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ดีขึ้นจริง

References

1. Bureau of Policy and Strategy Ministry of Health 2015 [Internet]. [cited 2015 May 30]. Available from : http://bps.moph.go.th/
2. Permpoon J, Pinyopasakul W. Effectiveness of structured distribution program in acute coronary syndrome patients on the ability daily routines, satisfaction and re-healing. Journal of Nursing Science (Supplement) 2011; 29(2): 120-128. [cited 2016 Nov 20] Available from: http://digital_collect.lib.buu.ac.th (in Thai).
3. Aroonsang P. Nursing care of cardiovascular disease. 10th ed. KhonKaen : Klingnana Vithaya Limited Printing; 2012. (in Thai).
4. Schmid MO, Chalmers L, Bereznicki L. Evident-to-practice gaps in the management of community- dwelling Australian patients with ischemic heart disease. J Clin Pharm Ther. 2015; 40 : 398 – 403.
5. Pimpo S, Jittapanya C, Chimluang J, Relationship between lifestyle plan social support syndrome with the depression of patients. acute myocardial infarction. Journal of Narathiwat Rajanagarindra University. 2013; 5(1) (in Thai).
6. Sumnawong W, Deenan A, Thanee S, Rattanakreetakul S, Watanakul C. Risk reduction and quality of life of myocardial infarction patients (Phase 2): Research Support Program. 2014 (in Thai).
7. Sangsiri A, Kanjanakul S, Wattradul D, Nattathamrong S, Noppabh S, Wongananon S, Factors influencing self-care and quality of life. of coronary heart disease patients. Journal of Nursing Science. 2016; 26(1): 104-118. [cited 2015 Nov 20] Available from: https://www.tcithaijo.org (in Thai).
8. Chaiwong N, Dungpang S, Masingboon K. Self-management behavior of acute myocardial infarction patients. Thai Pharmacy And health science. 2014; 9 (3): 112 – 119. [cited 2015 Mar 2] Available from: http://ejournals.swu.ac.th (in Thai).
9. Westin L. Quality of life and ethics-patients with ischemic heart disease. Department of Medical Ethics: Lund University; Sweden; 2005.
10. Ritruangsak S, Siripitayakunakit A, Malatham P. Self-care for drug use of adults with coronary artery disease. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2016; 27 (1): 85 - 97. [cited 2016 Aug 10] Available from: https://www.tci-thaijo.org (in Thai).
11. Watanakritkrailert D. Psychosocial problems in cardiovascular and pulmonary patients and nursing. Journal of Nursing Science. 2009; 27 (2): 23-33. [cited 2016 Aug15] Available from: http://www.smnc.ac.th (in Thai).
12. Saengsiri A, Kanchanakun S, Wattharad D,

Natthamrongkul S, Nopphol S, Wonganannon S. Factors influencing self-care ability and quality of life of patients with coronary artery disease. Thai Journal of Cardiolo-Thoracic Nursing. 2015 ; 26 (1) : 104 – 118. (in Thai).

13. Lorjatakul C, Unipan J, Jittipanya C. Quality of life of Thai patients with myocardial infarction Journal of Nursing Research. 2006; 11 (3): 166- 176. (in Thai).
14. Ritphet N, Jitpanya C, Chimruang J. The relationship between self-management syndrome health values strengthen your vision and the health of coronary artery disease patients with coronary artery disease. Princess of Naradhiwas University Journal. 2013; 5 (1): p. 16 – 34 (in Thai).
15. Bahall M, khan K. Quality of life of patients with first –time AMI: a descriptive study. Health Qual Life Outcomes. 2018; 16(32): 1-10.
16. Pimpho S, Phonjitpanya C. Factors related to depression of patients with acute ischemic heart disease: an integrated literature review. Thai Journal of Cardiolo – Thoracic Nursing. 2012 ; 23 (2) : 43 – 58. (in Thai).
17. Orem DE. Nursing concept of practice. 6th ed. St. Luois : Mosby; 2001.
18. Sripaebua M, Kiratiyutawong P, Maungkum S. The effect of nursing program on supportive and knowledge-based nursing. Self care foot care in diabetic patients. [Master Thesis of nursing Science]. Songkhla: Prince of Songkla University; 2014. (in Thai).
19. Kaur S, Behera D, Gupta D, Verma SK. Evaluation of a supportive intervention on self care in patient with bronchial asthma. Nursing and Midwifeny research Journal. 2009; 5(2) :124-32.
20. Puanpimay N. Oral health care and oral mucositis after receiving a supportive and educative nursing program in patients with head and neck cancer. Journal of the Association of Private Higher Education Institutions of Thailand Under the patronage HRH Princess MahaChakri Sirindhorn. 2016; 5(1): p 88 – 101. (in Thai).
21. Nantakeaw K. Effects of supportive and educational programs on self-care and quality of life in lung cancer patients undergoing chemotherapy. [Master Thesis of nursing Science]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2010. (in Thai).
22. Lortamma P, Tangkawanich T, Jenpanich A, Prachaban P. Effect of nursing support and education programs on self-care and-quality of life of postoperative breast cancer patients. and receive chemotherapy. Nursing and health. 2015; 9 (1): 172-180. (in Thai).
23. Riegel B, Debra K, Harleah GB, Victoria VD, Sandra BD, Christopher SL, et al. Self-Care for the Prevention and management of cardiovascular disease and stroke. J Am Heart Assoc. 2017 ; 6(9): e006997. Published online 2017 Aug 31. doi:10.1161/JAHA.117.006997
24. Srisathidnarakur B. The methodology in nursing research. 5th ed. Bangkok : You & I

Intermedia; 2010.

25. Plaiyod J, Phanpakdee O, Taikerd C. The results of the promotion program participate in self-care towards self-efficacy, body weight and blood pressure control of patients with hypertension. Journal of Rama Nurse. 2013. ; 18(2): 223 – 36. (in Thai).
26. Suksampun P, Limpasuit P, Oatkanon P. Effects of supportive and informal nursing systems on self-care behaviors of hypertensive population. Journal of Nursing 2. (Special Issue). 2008 ; 9 (1): 52 - 64 (in Thai).
27. Sommit A, Wannapornsiri C, Thamaree S. Effects of supportive and knowledge-based nursing programs on self-care ability of patients with heart failure. Journal of Nursing and Health. 2011 ; 5(2): 55-6. (in Thai).