The Effectiveness of Continuing Care Program in Valvular Heart Surgery Patients Receiving Warfarin on Warfarin Adherence and Dietary Consumption Behavior*

Jutamart Jinatit, RN, MNS[1], Usavadee Asdornwised, RN, PhD[2],
Wanpan Pinyopasakul, RN, PhD[2], Worawong Slisatkorn, MD[1]

Abstract

Purpose: This experimental research study was conducted to determine the effectiveness of continuing care program for patients after valvular heart surgery receiving warfarin on warfarin adherence and dietary consumption behavior.

Design: Experimental research design.

Methods: The samples consisted of 68 patients with valvular heart disease who underwent a valvular heart surgery at a University Hospital and were receiving warfarin during the period from July 2013 to March 2014. The sample were randomly assigned into a control group and an experimental group, each group had 34 patients. The control group received usual care while the experimental group received the continuing care program for valvular heart surgery patients receiving warfarin. Data were collected by using a questionnaire composing of personal demographics, physical risks and discharge assessment were analyzed by using Chi-square, warfarin adherences scales was analyzed by using a Mann-Whitney U test and dietary consumption behavior was analyzed by using independent t- test and paired t-test.

Main findings: For the experimental group, the warfarin adherence score at the 12th week was significantly higher than that of the control group ($p = .00$). The dietary consumption behavior scores at the 4th and 12th week were significantly higher than those of the control group ($p = .00$, $p = .00$).

Conclusion and recommendations: Nurses and the multidisciplinary care team should develop a continuing care program for valvular heart surgery patients receiving warfarin in order to ensure the warfarin adherence and dietary consumption behavior.

Keywords: continuing care program, dietary consumption behavior, medication adherence

J Nurs Sci. 2015;33(1):24-32

Corresponding Author: Associate Professor Usavadee Asdornwised, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: usavadee.asd@mahidol.ac.th

* *Master thesis, Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing and Faculty of Graduate Studies, Mahidol University and This study was supported by Siriraj Development Scholarship, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University*

[1] *Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand*

[2] *Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand*

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ได้รับยาวาร์ฟารินต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาวาร์ฟารินและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร*

จุฑามาศ จินาทิตย์, พย.ม.[1] อุษาวดี อัศดรวิเศษ, PhD[2] วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, PhD[2]
วรวงศ์ ศลิษฏ์อรรถกร, MD[1]

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาวาร์ฟารินและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ได้รับยาวาร์ฟารินที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จำนวน 68 ราย ดำเนินการตั้งแต่กรกฎาคม 2556 ถึงมีนาคม 2557 กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 34 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ได้รับยาวาร์ฟาริน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเสี่ยงทางด้านร่างกายและการจำหน่ายผู้ป่วยแบบบันทึกความสม่ำเสมอในการรับประทานยาวาร์ฟาริน และแบบบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหาร วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test, Independent t test และ Pair t-test

ผลการวิจัย: กลุ่มทดลองมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาวาร์ฟารินในสัปดาห์ที่ 12 สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .00$) และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในสัปดาห์ที่ 4 และ 12 สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .00$, $p = .00$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: ทีมพยาบาลผู้ดูแล ควรพัฒนาโปรแกรมดังกล่าวอย่างต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ได้รับยาวาร์ฟาริน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาวาร์ฟาริน และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างเหมาะสมมากขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมการดูแลต่อเนื่อง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา การผ่าตัดลิ้นหัวใจ

J Nurs Sci. 2015;33(1):24-32

Corresponding Author: รองศาสตราจารย์อุษาวดี อัศดรวิเศษ, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700; e-mail: usavadee.asd@mahidol.ac.th

* *วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และโครงการวิจัยนี้ได้รับทุนวิจัยจากกองทุนพระราชทานพัฒนาศิริราช*

[1] *คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล*

[2] *คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*

ความสำคัญของปัญหา

โรคลิ้นหัวใจพิการเป็นสาเหตุที่สำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ประชากรเสียชีวิต โดยสาเหตุที่สำคัญของโรคลิ้นหัวใจพิการคือ ไข้รูห์มาติค จากสถานการณ์ปัจจุบันพบแนวโน้มของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการที่ต้องเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดมีจำนวนมาก สำหรับโรงพยาบาลศิริราชมีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจในปี พ.ศ. 2553, 2554 และ 2555 มีจำนวน 266, 208 และ 300 รายตามลำดับ[1] ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจมักมีความเสี่ยงที่สำคัญคือ ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน (thromboembolism) และมักเป็นสาเหตุหลักของการเกิด stroke จึงต้องได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant) ต่อเนื่องในระยะยาวหรือตลอดชีวิต[2] ยาต้านการแข็งตัวของเลือดที่ได้รับความนิยมในการเลือกใช้มากที่สุดคือยา วาร์ฟาริน (warfarin) ซึ่งเป็นยารับประทาน ที่แม้ว่าจะมีประสิทธิภาพสูงแต่ก็มีความเสี่ยงสูง เนื่องจากเป็นยาที่มีดัชนีการรักษาแคบ (narrow therapeutic) ซึ่งหมายถึง มีช่วงความแตกต่างระหว่างขนาดยาที่ได้ผลในการรักษาและขนาดยาที่ทำให้เกิดพิษแคบหรือน้อย จึงมีโอกาสเกิดพิษของยาได้ง่ายแม้มีการเปลี่ยนระดับยาเพียงเล็กน้อย[3] สาเหตุการเกิดพิษของยาหรืออาการไม่พึงประสงค์ เกิดจากปัจจัยหลายประการที่ส่งผลกระทบต่อการออกฤทธิ์ของยา ได้แก่ การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาด้วยกัน การรับประทานอาหารที่มีวิตามินเคสูง พฤติกรรมการรับประทานยาที่ไม่สม่ำเสมอ[4] การลืมรับประทานยา การหยุดรับประทานยาเอง และไม่ได้นำยาติดตัวเมื่อต้องพักค้างคืนนอกบ้าน[4-6] เป็นต้น ดังนั้นการรับประทานยาวาร์ฟาริน ผู้ป่วยจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจถึงคุณสมบัติของยา ข้อควรระวัง อาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากยา และแนวทางการดูแล[7] อีกทั้งควรรับประทานยาอย่างสม่ำเสมออีกด้วย นอกจากนี้พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหัวใจนับเป็นปัญหาอีกประการหนึ่ง โดยมีการรายงานว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม เป็นสาเหตุประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและอาจส่งผลให้ระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นจนอาจเสียชีวิตได้ [8] จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยมักไม่สามารถควบคุมการรับประทานอาหารจำกัดโซเดียม ไม่สามารถเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้องได้ สาเหตุอันเนื่องมาจากการขาดความรู้ (lack of knowledge) ในการเลือกอาหาร การเตรียมอาหาร ขาดการสนับสนุนทางสังคม (interference with social) เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหารของครอบครัวที่ยังรับประทานอาหารรสเค็ม และขาดทางเลือกในการเลือกอาหาร (lack of food selection)[9] โดยเฉพาะประเทศในแถบเอเชียประชากรจำนวนมากมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมในสัดส่วนที่สูง โดยมักจะเพิ่มการใช้เกลือหรือซอสในการปรุงอาหาร[10] นอกจากนั้นการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงจะทำให้มีการเพิ่มขึ้นของโคเลสเตอรอลในหลอดเลือด ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบ และมีผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ซึ่งภาวะดังกล่าวจะเพิ่มการทำงานของหัวใจมากขึ้น ส่งผลให้โรคมีความรุนแรงขึ้นด้วย[8]

ในปัจจุบันการดูแลและการให้ความรู้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ได้รับยาวาร์ฟารินเป็นไปในรูปแบบของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (discharge planning) ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษา และสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่อง สำหรับในประเทศไทยรูปแบบการวางแผนจำหน่ายในปัจจุบันยังไม่ชัดเจน ผู้ป่วยหลายรายไม่ได้รับการวางแผนจำหน่ายก่อนกลับบ้านได้อย่างครอบคลุมปัญหา และความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป จำเป็นต้องรับประทานยาวาร์ฟารินอย่างสม่ำเสมอ และบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม ผู้ป่วยจึงอาจมีความวิตกกังวล ส่งผลให้การดูแลตนเองไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายพร้อมทั้งติดตามเยี่ยมเมื่อกลับไปอยู่บ้านอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลตนเองมากขึ้น พร้อมทั้งลดระดับความวิตกกังวลลงซึ่งสอดคล้องกับ Buls P.[11] ที่พบว่าผู้ป่วยหลังการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจตีบภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลยังคงมีความกลัวและวิตกกังวล แต่เมื่อได้รับการติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลลดลง มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องลดการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงควรได้รับการวางแผนจำหน่ายพร้อมทั้งติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลตนเองมากขึ้น พร้อมทั้งลดระดับความวิตกกังวลลง จากแนวคิดการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างของ Rorden JW และ Taft E[12] ได้อธิบายถึงการดูแลอย่างต่อเนื่องใน 3 ระยะคือ ระยะเฉียบพลัน (acute phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยต้องการดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional phase) เป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงจากสถานะหนึ่งไปอีกสถานะหนึ่ง และระยะการดูแลต่อเนื่อง (continuing phase) เป็นระยะที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการการดูแลตนเอง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินเพื่อรวบรวมข้อมูล (assessment) เพื่อนำมาใช้ในการสร้างแผนการดูแล (building a plan) จากนั้นจึงยืนยันแผนการจำหน่ายและดำเนินการตามแผนที่วางไว้ (confirming the plan) พร้อมทั้งมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ ต้องรับประทานยาวาร์ฟารินอย่างสม่ำเสมอ และบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม ผู้ป่วยกลุ่ม

ดังกล่าวควรได้รับการวางแผนจำหน่าย นั่นคือควรได้รับข้อมูลและการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะแรกรับในโรงพยาบาล จนถึงระยะกลับไปอยู่บ้านและมีการติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจนำแนวคิดการวางแผนจำหน่ายอย่างต่อเนื่องของ Rorden JW และ Taft E มาประยุกต์เป็นโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ได้รับยาวาร์ฟาริน เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาวาร์ฟาริน และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ได้รับยาวาร์ฟาริน โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. ศึกษาเปรียบเทียบความสม่ำเสมอในการรับประทานยาวาร์ฟารินในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ได้รับยาวาร์ฟาริน เมื่อได้รับโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ได้รับยาวาร์ฟาริน มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาวาร์ฟารินและพฤติกรรมการบริโภคอาหารแตกต่างไปจากกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่ อย่างไร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง (experimental research) ชนิดศึกษา 2 กลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง วัดผลก่อนหลังการทดลอง (pretest - posttest design with a comparison group)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดลิ้นหัวใจและได้รับยาวาร์ฟารินที่โรงพยาบาลศิริราช ระยะเวลาตั้งแต่แรกรับเข้าในโรงพยาบาลจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2556 ถึงมีนาคม พ.ศ. 2557 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องคือ การศึกษาเรื่อง Correlation between knowledge and adherence of patients to warfarin therapy and their baseline characteristics in heart valve replacement at Bhumibol hospital[2] ได้จำนวนตัวอย่างกลุ่มละ 29 รายต่อกลุ่ม และเนื่องจากต้องมีการติดตามผู้ป่วย ดังนั้นจึงคำนวณเผื่อการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 20 จึงต้องใช้จำนวนตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ทั้งหมด 70 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) คือเมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จึงทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในด้าน อายุที่แตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี ประเภทของลิ้นหัวใจที่ใช้ในการผ่าตัดเป็นต้นว่า ลิ้นหัวใจเทียมชนิดโลหะหรือลิ้นหัวใจเทียมชนิดเนื้อเยื่อ และกำหนดหมายเลขที่กลุ่มตัวอย่างจากนั้นใช้วิธีจับฉลากแบบไม่ใส่คืนเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทดลองครบตามจำนวน ในการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมทั้งหมดจำนวน 70 คน มีกลุ่มทดลองจำนวน 1 คนไม่สามารถติดต่อได้หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จึงตัดคู่ที่อยู่ในกลุ่มควบคุมออก 1 คน คงเหลือกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 68 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 34 คน และกลุ่มทดลอง 34 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และได้รับการติดตามต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์

เครื่องมือการวิจัย

1. โปรแกรมการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ ประกอบด้วย แบบประเมินความเสี่ยงทางด้านร่างกาย และการจำหน่ายเพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนจำหน่ายให้มีความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย แผนการสอนด้วยสื่อผ่านคอมพิวเตอร์ (PowerPoint slides) คู่มือในการปฏิบัติตัวผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจภายหลังกลับบ้าน แบบบันทึกการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยผ่านทางโทรศัพท์ภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วย ได้ทำการตรวจสอบค่าความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้โรคประจำตัว การวินิจฉัยโรค ชนิดของการผ่าตัด วันที่ได้รับการผ่าตัด วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และวันที่แพทย์นัดมาตรวจครั้งที่ 1 ได้ทำการตรวจสอบค่าความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหัวใจที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าจำนวน 26 ข้อ แต่ละข้อมีระดับคะแนน 5 ระดับ คือ

1-5 คะแนน ตรวจสอบค่าความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน มีดัชนีความตรง (Item-Content Validity Index: I-CVI) เท่ากับ .81 และหาความเที่ยงกับกลุ่มผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่มีลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .91

2.3 แบบสอบถามความสม่ำเสมอในการรับประทานยา Morisky Medication Adherence Scale (MMAS8-item) สร้างโดย Morisky ซึ่งผู้วิจัยได้รับการอนุญาตจาก Dr. Donald E. Morisky ให้ใช้เครื่องมือ Morisky Medication Adherence Scale (MMAS 8-item) ที่ผ่านการแปลเป็นภาษาไทยและตรวจสอบความเที่ยงโดย MAPI institute in France และหาความเที่ยงกับกลุ่มผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่มีลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .83 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ เกี่ยวกับความถี่ในการลืมรับประทานยา การลดขนาดยาหรือหยุดยาเอง ปัจจัยที่มีผลลดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-11 คะแนน มีการให้คะแนนดังนี้

ข้อคำถามทางบวก จำนวน 1 ข้อ ตอบใช่ ได้ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน

ข้อคำถามทางลบ จำนวน 6 ข้อ ตอบใช่ ได้ 0 คะแนน ตอบไม่ใช่ ได้ 1 คะแนน

ข้อคำถามที่ 8 เป็นข้อคำถามแสดงความรู้สึกยุ่งยากใจที่ต้องจดจำวิธีการรับประทานยา

ตอบ "ไม่เคยรู้สึก" ได้ 4 คะแนน ตอบ "บางครั้งบางคราว" ได้ 3 คะแนน

ตอบ "บางครั้ง" ได้ 2 คะแนน ตอบ "บ่อยครั้ง" ได้ 1 คะแนน ตอบ "ตลอดเวลา" ได้ 0 คะแนน

การแปลผลคะแนนมีดังนี้

ระดับคะแนน น้อยกว่า 6 หมายถึง ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำ

ระดับคะแนน 6 - 8 หมายถึง ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง

ระดับคะแนน ≥ 8 หมายถึง ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ Si 392/2013

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการประสานงานกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้คัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด และเชิญชวนผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ ไม่มีการบังคับใด ๆ เมื่อผู้ป่วยสนใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงเข้าพบกลุ่มตัวอย่างโดยมีพยาบาลผู้ดูแลเป็นผู้แนะนำตัวผู้วิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา รายละเอียด และขั้นตอนของการวิจัย แนวทางการพิทักษ์สิทธิ์ และลงนามยินยอมการเข้าร่วมวิจัย

กลุ่มควบคุม ได้รับการรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัย ภายใน 24-48 ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเสี่ยงทางด้านร่างกายและการจำหน่ายผู้ป่วย แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหัวใจ จากนั้นจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย จนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จากนั้น กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาวาร์ฟาริน (MMAS 8-ITEM) พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหัวใจ บันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของค่า INR โดยผู้ช่วยผู้วิจัยในวันที่กลุ่มตัวอย่างมาตรวจตามนัดในสัปดาห์ที่ 4 และ 12 ตามลำดับ ที่ห้องตรวจศัลยกรรม 101 ตึกสยามินทร์ชั้น 1

กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการดูแลอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ โดยมีขั้นตอนดังนี้

ครั้งที่ 1 ผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาล รวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัย ภายใน 24-48 ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเสี่ยงทางด้านร่างกายและการจำหน่ายผู้ป่วย แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหัวใจเช่นเดียวกันกับกลุ่มควบคุม จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมสร้างแผนการจำหน่ายร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ครอบคลุมและสอดคล้องกับปัญหา ความต้องการของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละราย โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้โปรแกรมการดูแลต่อเนื่องตามที่วางแผน โดยการให้ข้อมูลด้วยสื่อผ่านคอมพิวเตอร์ (PowerPoint slides) แก่กลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล ดังนี้

ระยะแรก คือ การให้คำแนะนำภายใน 24-48 ชั่วโมงแรกหลังการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วยความรู้ในเรื่องโรคลิ้นหัวใจพิการ สาเหตุ การรักษา การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตัวขณะอยู่ห้องผู้ป่วยหนักหลังผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะพักฟื้น

ระยะที่สอง คือ การดูแลและให้คำแนะนำภายหลังการผ่าตัดจนถึงก่อนวันจำหน่าย ดังนี้

หลังผ่าตัดวันที่ 1 หรือ 2 เมื่ออาการคงที่ ดูแล ให้ข้อมูลและคำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตัวในการรับประทานยาวาร์ฟาริน ในเรื่องคุณลักษณะของยา การออกฤทธิ์ ผลข้างเคียงของยา การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน การเจาะเลือดเพื่อตรวจระดับ INR การรับประทานยาให้ถูกต้อง ตามขนาด และเวลา ตามการรักษาของแพทย์ กิจกรรมและการออกกำลังกายที่เหมาะสม รวมทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีการออกกำลังกายตามความเหมาะสม

หลังผ่าตัดวันที่ 3 ดูแลและให้ข้อมูล และคำแนะนำในเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคโดยประเมินความรู้ อุปสรรคข้อจำกัดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความสามารถในการแก้ปัญหา แนะนำข้อมูลในเรื่องความเสี่ยงและประโยชน์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร วางแผนร่วมกับผู้ป่วยเพื่อตั้งเป้าหมายและแนวทางในการเลือกอาหารที่เหมาะสมกับสภาพและการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยแต่ละราย ภาวะแทรกซ้อนที่ต้องมาพบแพทย์ ทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย และทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง

หลังผ่าตัดวันที่ 4 - วันจำหน่าย ดูแล ทบทวน และประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานยาวาร์ฟาริน การเลือกรับประทานอาหาร กิจกรรมและการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับระดับสมรรถภาพของหัวใจ ภาวะแทรกซ้อนที่ต้องมาพบแพทย์ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย และนัดหมายเวลาที่ผู้ป่วยสะดวก เพื่อให้ผู้วิจัยสามารถโทรศัพท์สอบถามเยี่ยมอาการภายหลังจำหน่าย

ระยะที่สาม คือ ติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างผ่านทางโทรศัพท์ภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อสอบถามปัญหาหรืออุปสรรคของกลุ่มตัวอย่างในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน พร้อมทั้งให้กำลังใจ สนับสนุน ชี้แนะ ให้คำแนะนำเพิ่มเติมแก่กลุ่มตัวอย่าง ในสัปดาห์ที่ 1, 4, 8 และก่อนสัปดาห์ที่ 12

ครั้งที่ 2 หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ช่วยผู้วิจัยประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาวาร์ฟาริน (MMAS 8-ITEM) สอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหัวใจ บันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของค่า INR โดยเก็บข้อมูลในวันที่กลุ่มตัวอย่างมาตรวจตามนัดในสัปดาห์ที่ 4 และ 12 ตามลำดับ ที่ห้องตรวจศัลยกรรม 101 ตึกสยามินทร์ชั้น 1

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน ลักษณะส่วนบุคคล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ พิสัย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐาน ลักษณะส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square) สำหรับข้อมูลที่เป็นกลุ่ม (categorical data) เช่น เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส เป็นต้น

3. ทดสอบความแตกต่างของระดับ INR ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบทีอิสระ (independent t-test)

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาวาร์ฟาริน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการดูแลต่อเนื่อง ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ได้รับยาวาร์ฟารินด้วยสถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากเมื่อทดสอบการกระจายตัวของตัวแปรความสม่ำเสมอในการรับประทานยาวาร์ฟาริน โดยใช้ One-Sample Komogorov- Smirnov Test พบว่าการทดสอบการกระจายตัวของตัวแปรไม่เป็นโค้งปกติ

5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคในผู้ป่วยโรคหัวใจ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ด้วยสถิติทดสอบทีอิสระ (independent t-test)

6. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคในผู้ป่วยโรคหัวใจของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ ที่ได้รับยาวาร์ฟารินด้วยสถิติทดสอบทีคู่ Paired t-test

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างจำนวน 68 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 34 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 34 คนเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 57, 43 ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.5 มีอายุเฉลี่ย 57.84 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท พื้นที่อาศัยอยู่ต่างจังหวัด มากกว่าหนึ่งในสามมีความผิดปกติของลิ้นหัวใจชนิดตีบและรั่วร่วมกัน (valvular stenosis and regurgitation) ร้อยละ 36.76 ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจชนิด Valve replacement ร้อยละ 69.11 ไม่มีโรคร่วมร้อยละ 36.76 รองลงมาคือมีโรคร่วม 1 โรค ร้อยละ 33.82 โดยโรคร่วมที่พบมากคือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 20.6 โดยทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลที่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบระดับ INR ในกลุ่มตัวอย่างหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในสัปดาห์ที่ 4 และ 12 พบว่าระดับ INR ในสัปดาห์ที่ 4 และ 12 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .52$, $p = .34$ ตามลำดับ)

2. ระดับความเสี่ยงทางด้านร่างกายและการจำหน่ายผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว มีระดับการรับรู้ปกติ ส่วนใหญ่สามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเอง และไม่มีข้อจำกัดหรือข้อบกพร่องเกี่ยวกับประสาทสัมผัส ด้านสมรรถนะส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ส่วนใหญ่มีปัญหา

โรคที่เป็นอยู่ 1-3 ปัญหามีพฤติกรรมเหมาะสม มีจำนวนชนิดของยาที่ใช้ 3-5 ชนิด เมื่อเปรียบเทียบระดับความเสี่ยงทางด้านร่างกายและการจำหน่ายผู้ป่วยด้วยสถิติไคสแควร์ (chi-square test) พบว่าทั้งสองกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

3. ค่าคะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาวาร์ฟารินของกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 4 แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .20$) ในขณะที่ค่าคะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาวาร์ฟารินในสัปดาห์ที่ 12 ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .00$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาวาร์ฟารินระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 4 และ 12 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (n = 68)

	กลุ่มตัวอย่าง	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p - value
ความสม่ำเสมอในการ	กลุ่มควบคุม	34	28.68	975.00		
รับประทานยาในสัปดาห์ที่ 4	กลุ่มทดลอง	34	30.32	1071.00	-2.763	.20
	Total	68				
ความสม่ำเสมอในการ	กลุ่มควบคุม	34	20.71	704.00	-5.928	.00
รับประทานยาในสัปดาห์ที่ 12	กลุ่มทดลอง	34	48.29	1642.00		
	Total	68				

* Mann-Whitney U test

4. ค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ณ เวลาแรกรับการรักษาในโรงพยาบาล มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .89$) ในขณะที่ค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ณ ช่วงเวลาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในสัปดาห์ที่ 4 และ 12 ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .00$, $p = .00$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริโภคอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ณ แรกรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในสัปดาห์ที่ 4 และ 12 (n = 68)

	พฤติกรรมการบริโภคอาหาร Mean ± SD			
เวลา	กลุ่มควบคุม (n = 34)	กลุ่มทดลอง (n = 34)	t	p-valve *
แรกรับ	84.09 ± 11.65	83.74 ± 9.98	1.34	.89
สัปดาห์ที่ 4	93.97 ± 10.65	107.21 ± 7.59	-5.90	.00*
สัปดาห์ที่ 12	90.00 ± 10.65	106.79 ± 7.54	-7.50	.00*

* Independent t-test

การอภิปรายผล

1. ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาวาร์ฟารินในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ณ สัปดาห์ที่ 4 หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่า ระยะแรกหลังการผ่าตัดผู้ป่วยยังคงมีความสนใจในการดูแลตนเอง ประกอบกับภายหลังจำหน่ายมีการนัดหมายผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อติดตามอาการในระยะแรกเกิดขึ้นบ่อย ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลจากแพทย์และทีมสุขภาพ ส่งผลให้ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของทั้งสองกลุ่มในระยะแรกไม่แตกต่างกัน ต่อมาในสัปดาห์ที่ 12 หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าความสม่ำเสมอในการรับประทานยาวาร์ฟารินในกลุ่มควบคุมมีคะแนนลดลงกว่าสัปดาห์ที่ 4 และมีคะแนนน้อยกว่ากลุ่มทดลอง ในขณะเดียวกันความสม่ำเสมอในการรับประทานยาวาร์ฟารินของกลุ่มทดลอง ณ สัปดาห์ที่ 4 และ 12 ยังคงมีคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาวาร์ฟารินอยู่ในระดับสูงใกล้เคียงกัน อธิบายได้ว่า จากที่ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยการดำเนินกิจกรรมให้ข้อมูลและคำแนะนำตามแผนการสอน การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจด้วยสื่อผ่านทางคอมพิวเตอร์ พร้อมทั้งคู่มือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ ประเมินผลการให้ข้อมูล ติดตามเยี่ยมขณะรักษาในโรงพยาบาล พร้อมทั้งให้การปรึกษาและข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นที่ผู้ป่วยยังมีความสงสัยหรือ

ยังไม่มั่นใจและโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมอาการภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในสัปดาห์ที่ 1, 4, 8 และก่อนสัปดาห์ที่ 12 ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล คำแนะนำในปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังการจำหน่ายอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากในระยะหลังการจำหน่าย ผู้ป่วยยังมีปัญหาหลายประการ เช่นปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน ความรู้เกี่ยวกับโรค และภาวะแทรกซ้อนยาและอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยมักมีปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวันด้านอารมณ์ การขาดความตระหนักและความรู้เกี่ยวกับโรคและภาวะแทรกซ้อน ขาดแหล่งช่วยเหลือ ขาดความตระหนักเกี่ยวกับยาอาหาร[13] ดังนั้นการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังการจำหน่าย ช่วยให้ผู้วิจัยได้รับทราบถึงปัญหา ข้อจำกัด และอุปสรรคของผู้ป่วย จึงสามารถช่วยให้ข้อมูลเพิ่มเติม หรือแนะนำแนวทางที่เหมาะสมต่อผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างประสิทธิภาพ มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องมากขึ้น

2. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร จากผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารของทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ณ การประเมินครั้งที่ 1 ในวันแรกของการรับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งมีพฤติกรรมรับประทานอาหารรสเค็มเป็นประจำร้อยละ 27.9 ประกอบอาหารและปรุงรสอาหารด้วยเกลือหรือน้ำปลาเป็นหลักเป็นประจำร้อยละ 33.8 รับประทานอาหารทอดเป็นบางครั้งร้อยละ 54.4 รับประทานอาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบเป็นบางครั้งร้อยละ 47.1 เลือกซื้อหรือเลือกรับประทานอาหารโดยพิจารณาฉลากอาหารเป็นประจำเพียง 10.3 และเมื่อติดตามต่อเนื่อง ณ ช่วงเวลาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในสัปดาห์ที่ 4 และ 12 ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหัวใจของทั้งสองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสูงขึ้น และกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับที่มีความเหมาะสมมาก ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งสองช่วงเวลา และจากข้อมูลที่ผู้วิจัยได้จากการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมอาการผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามโปรแกรมการดูแลต่อเนื่อง พบว่าในส่วนของพฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็นไปในทางที่ดีขึ้นคือ มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคมากขึ้น เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มเป็นประจำลดลง และลดการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เป็นต้นว่าลดการรับประทานอาหารที่มีกะทิบ่อยครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Coghill และ Cooper[14] ที่พบว่า เมื่อผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับคำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และมีการติดตามต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยมีเข้าใจในเรื่องการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคมากขึ้น มีพฤติกรรมในการบริโภคอาหารที่มีไขมันลดลง ในขณะที่พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลง

อธิบายได้จากในขั้นตอนของการให้ข้อมูลและคำแนะนำเรื่องอาหารเฉพาะโรคหัวใจของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่อง ผู้วิจัยจะเริ่มจากการ 1) ประเมินความรู้ อุปสรรคข้อจำกัดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความสามารถในการแก้ปัญหา 2) แนะนำข้อมูลในเรื่องความเสี่ยงและประโยชน์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร 3) วางแผนร่วมกับผู้ป่วยเพื่อตั้งเป้าหมายและแนวทางในการเลือกอาหารที่เหมาะสมกับสภาพและการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยแต่ละราย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลือกซื้ออาหารและผลิตภัณฑ์ปรุงอาหารโดยพิจารณาข้อมูลโภชนาการในฉลากอาหาร เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำคำแนะนำไปประยุกต์และปรับใช้ในชีวิตประจำวันให้มีความเหมาะสม เนื่องจากผู้บริโภคส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าแหล่งที่มาหลักของเกลือแฝงอยู่ในอาหารประจำวัน จึงเป็นสิ่งที่อธิบายได้ว่าทำไมผู้บริโภคหลายรายจึงไม่ได้พิจารณาถึงปริมาณของเกลือที่แฝงอยู่ในอาหารที่รับประทาน[15] 4) ผู้วิจัยติดตามแผนที่วางไว้อย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงได้รับทราบถึงปัญหา ข้อจำกัด และอุปสรรคของผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้สามารถแนะแนวและให้กำลังใจผู้ป่วยได้ตรงประเด็นปัญหา ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองยังคงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับเหมาะสมมากอย่างต่อเนื่อง

โปรแกรมการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ได้รับยาวาร์ฟาริน มีผลช่วยให้ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาวาร์ฟารินเพิ่มขึ้น และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับที่มีความเหมาะสมกับโรคมากขึ้น เนื่องจากเป็นโปรแกรมที่ให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลด้วยการให้ข้อมูล คำแนะนำ การเตรียมความพร้อมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด ระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ตลอดจนติดตามกระตุ้นแรงจูงใจ และให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่องในระยะ 12 สัปดาห์ภายหลังออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงได้รับทราบถึงปัญหา ข้อจำกัด และอุปสรรคของผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้สามารถแนะแนวและให้กำลังใจผู้ป่วยได้ตรงประเด็นปัญหา ซึ่งส่งผลทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญ และสามารถปฏิบัติตัวให้มีความสม่ำเสมอต่อการรับประทานยาวาร์ฟาริน และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีความเหมาะสมต่อโรคที่เป็น

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลผู้ดูแลควรพัฒนาความรู้และทักษะในการประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย เพื่อนำมาวางแผนการจำหน่าย

และการดูแลอย่างต่อเนื่องให้มีความเหมาะสม และครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละรายอย่างเหมาะสม และควรมีการส่งเสริมให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล นอกจากนี้ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ได้รับยาวาร์ฟารินอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมต่อไป และควรประยุกต์และปรับใช้โปรแกรมการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ

เอกสารอ้างอิง (References)

1. The Society of Thoracic Surgeons of Thailand. Statistics for heart surgery B.E. 2544-2554 [Internet]. Bangkok: The Society of Thoracic Surgeons of Thailand; 2005 [cited 2013 Jan 9]. Available from: http://www.thaists.org/news_detail.php?news_id=212. (in Thai).
2. Silpipat C, Sastravaha K. Correlation between knowledge and adherence of patients to warfarin therapy and their baseline characteristics in heart valve replacement at Bhumibol hospital. Thai Heart J. 2012;25(1):45-51. (in Thai).
3. Ansell J, Hirsh J, Hylek E, Jacobson A, Crowther M, Palareti G, et al. Pharmacology and management of the vitamin K antagonists: American college of chest physicians evidence-based clinical practice guidelines (8th edition); 2008; [cited 2013 Feb 16]. Available from: http://journal.publications.chestnet.org/data/Journals/CHEST/22073/160S.pdf.
4. Kim JH, Kim GS, Kim EJ, Park S, Chung N, Chu SH. Factors affecting medication adherence and anticoagulation control in Korean patients taking warfarin. J Cardiovasc Nurs. 2011;26(6):466-74.
5. Chu SH, Kang SM, Kim DR, Lee YJ. Perceptions of anticoagulation therapy and medication adherence among patients taking warfarin. J Korean Biol Nurs Sci. 2012;14(1):66-75.
6. Weaver D, Finke M. The relationship between the use of sugar content information on nutrition labels and the consumption of added sugars. Food Policy. 2003;28(3):213-9.
7. Goldberg H, Gordon L, David YB, Baevsky T, Brezis M. Feasibility of pre-discharge training in the self-management of oral anticoagulation. J Eval Clin Pract. 2010;16(3):661-4.
8. Peckenpaugh NJ. Nutrition essentials and diet therapy. 10th ed. Canada: Saunders; 2007.
9. Bentleya B, Jonga DM, Mosera DK, Pedena AR. Factors related to nonadherence to low sodium diet recommendations in heart failure patients. Eur J Cardiovasc Nurs. 2005;4(4):331-6.
10. Elliott P, Brown I, editors. Sodium intakes around the world [Inernet]. Geneva, Switzerland: WHO; 2007 [cited 2012 Jul 9]. Available from: http://www.who.int/dietphysicalactivity/Elliot-brown-2007.pdf?ua=1.
11. Buls P. The effects of home visits on anxiety levels of the client with a coronary artery bypass graft and of the family. Home Healthc Nurse. 1995;13(1):22-9.
12. Rorden JW, Taft E. Discharge planning guide for nurses. Philadelphia: W.B. Saunders; 1990.
13. Shojaee A, Nehrir B, Naderi N, Zareyan A. Assessment of the effect of patient's education and telephone follow up by nurse on readmissions of the patients with heart failure. Iran J Crit Care Nurs. 2013;6(1):29-38.
14. Coghill N, Cooper AR. The effect of a home-based walking program on risk factors for coronary heart disease in hypercholesterolaemic men: A randomized controlled trial. Prev Med. 2008;46(6):545–51.
15. Grimes CA, Riddell LJ, Nowson CA. Consumer knowledge and attitudes to salt intake and labelled salt information. Appetite. 2009;53(2):189-94.