บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2011) ในปี 2009 พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งรวมทั้งวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุเป็นจำนวน 7.2 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 12.2 ของสาเหตุการตายทั้งหมด และมีการคาดการณ์ว่าในปี 2030 การเสียชีวิตจากโรคนี้จะเพิ่มขึ้นเป็น 23.6 ล้านคนทั่วโลก โดยร้อยละ 85 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา พบว่าประเทศสหรัฐอเมริกาในปี 2009 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มอายุ 65-77 ปี มีจำนวน 431.7 ต่อประชากร 100,000 คน อายุ 75-84 ปี มีจำนวน 1,199.3 ต่อประชากร 100,000 คน และอายุ 85 ปีขึ้นไปมีจำนวน 4,115.0 ต่อประชากร 100,000 คน (Kochanek, Xu, Murphy, Minino, & Kung, 2011) และยังพบว่ามีผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดคิดเป็นร้อยละ 24.6 ของจำนวนผู้ที่เสียชีวิตทั้งหมด (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2011) ข้อมูลจากสมาพันธ์หัวใจโลก (World Heart Federation, 2012) ได้รายงานว่าปี 2008 ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 17.1 ล้านคนต่อปี นอกจากนี้พบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดประมาณ 83.9 ล้านคน อายุระหว่าง 60-79 ปี เพศชายพบร้อยละ 70.2 เพศหญิงพบร้อยละ 70.9 และอายุ 80 ปีขึ้นไป เพศชายพบร้อยละ 83 และเพศหญิงพบร้อยละ 87.1 และพบผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอายุระหว่าง 60-79 ปีเพศชายร้อยละ 7.8 เพศหญิงร้อยละ 4.5 และอายุมากกว่า 80 ปี เพศชายร้อยละ 8.5 เพศหญิงร้อยละ 11.5 และพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ของประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

สำหรับประเทศไทยพบว่าได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวรวมอยู่ในสถิติของโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยพบอุบัติการณ์การเกิดโรคคล้ายคลึงกับต่างประเทศ ข้อมูลจากสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2542-2551 ทั้งประเทศ ยกเว้น กรุงเทพมหานคร มีอัตราผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มจาก 1,767.7 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2542 เป็น 1,927.0 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2551 และพบว่าอัตราผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เข้ามารักษาตัวเป็นผู้ป่วยในระหว่างปี พ.ศ. 2550-2555 เพิ่มขึ้นจาก 394.64 เป็น 576.96 ต่อประชากร 100,000 คน และจากข้อมูลของกรมการแพทย์ในปี พ.ศ. 2550 พบว่าโรคหัวใจและหลอดเลือด

ในผู้ที่มีอายุ 60-69 ปี มีจำนวน 1,222 คน และอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป มีจำนวน 960 คน เพิ่มขึ้นเป็น 1,346 คน และ 1,177 คน ในปี พ.ศ. 2553 สำหรับสถิติการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นจาก 61.94 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2554 เป็น 84.38 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2556 นอกจากนี้ จากการสำรวจโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year: DALY loss) ในปี พ.ศ. 2552 พบว่า คนไทยสูญเสียสุขภาวะจากโรคหัวใจ 236,000 DALYs ในเพศชาย และ170,000 DALYs ในเพศหญิง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2557) จะเห็นได้ว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้เพียงพอกับความต้องการของเนื้อเยื่อหรือมีความดันในห้องหัวใจสูงกว่าปกติ โดยเป็นภาวะที่มีการดำเนินโรคไม่หยุดนิ่งและมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และเป็นระยะสุดท้ายของโรคหัวใจทุกชนิด (รังสฤษฎ์ กาญจนะวนิชย์, 2547) สาเหตุของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดได้จากความผิดปกติของเยื่อหุ้มหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจ ลิ้นหัวใจ หรือโรคของหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งสาเหตุหลักคือโรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery disease) (Hunt et al., 2005) เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ มีการแข็งตัวของผนังหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดใหญ่ ส่งผลให้การทำงานกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ปริมาตรเลือดที่ถูกบีบออกจากหัวใจแต่ละครั้ง (stroke volume) ลดลง ในระยะแรกร่างกายจะมีการปรับตัวอัตโนมัติ และปรับเปลี่ยนรูปร่างของหัวใจ เพื่อเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ แต่ในระยะยาวการปรับตัวดังกล่าวส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจแต่ละครั้งลดลง จึงทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้มากกว่าวัยอื่น ๆ (Oxenham & Sharpe, 2003) ทำให้เกิดอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ซึ่งอาการและอาการแสดงที่สำคัญได้แก่ อาการของการที่อวัยวะต่าง ๆ ได้รับเลือดและออกซิเจนไม่เพียงพอ ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆได้ หรือมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม เกิดอาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย นอกจากนี้ผู้ป่วยยังเกิดอาการจากการที่มีของเหลวคั่งในอวัยวะต่าง ๆ เช่น อาการไอ หายใจลำบาก หอบเหนื่อย จากการคั่งของของเหลวในปอด หรือมีอาการบวมที่แขน ขา หรือบริเวณที่ห้อยต่ำ ตับโต ท้องมาน จากการที่ของเหลวคั่งบริเวณดังกล่าว เป็นต้น

กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ผลกระทบด้านร่างกาย ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง การปรับตัวและฟื้นตัว ช้าลงทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (Jeon, Kraus, Jowsey, & Glasgow, 2010) ในด้านจิตใจผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเกิดความกลัวตาย ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยตลอดเวลา และวิตกกังวลเกี่ยวกับ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย อาการของโรค กลัวการรักษาพยาบาลที่ได้รับ วิตกกังวลว่าจะไม่สามารถปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำได้ และหมดกำลังใจในการรักษา (Konstam, Moser, & De Jong, 2005) สำหรับด้านสังคม ผลจากความเจ็บป่วยทำให้ต้องลดบทบาทในสังคมลงเนื่องจากต้องดูแลตนเอง เกิดการแยกตัวจากสังคม ทำให้ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ (Heo, Lennie, Okoli, & Moser, 2009) สำหรับผลกระทบด้านเศรษฐกิจนั้น แม้ว่าจะมีสวัสดิการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งให้การรักษาแบบครอบคลุมโดยผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา แต่การที่ต้องเดินทางมาตรวจรับการรักษาที่โรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายหลายประการ ส่งผลให้เกิดปัญหาในผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยหรือยากจน ซึ่งปัญหาทุกด้านที่กล่าวมาล้วนส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้

นอกจากผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยแล้ว ภาวะหัวใจล้มเหลวยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วย (Hwang, Fleishchmann, Esquive, Stotts, & Dracup, 2011) เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงตลอดเวลา ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีภาระในการดูแลผู้ป่วย เกิดปัญหาด้านสุขภาพจากการตรากตรำทำงาน หรือขาดการเอาใจใส่ดูแลตนเอง ต้องแยกตัวจากกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ รวมทั้งเกิดผลกระทบต่อสถานะทางเศรษฐกิจ จากการขาดรายได้ และมีค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ผลกระทบดังกล่าวอาจส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียด และทำให้สัมพันธภาพภายในครอบครัวอ่อนแอ เกิดปัญหาครอบครัวตามมาได้ นอกจากนี้ ภาวะหัวใจล้มเหลวยังทำให้เกิดผลกระทบด้านเศรษฐกิจต่อรัฐ (Ogale, Blanke, Biglane, & Medon, 2008) เนื่องจากค่าใช้จ่ายในบริการการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวสูงมาก จากรายงานของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในปี 2552 พบว่ามีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยรวมถึงภาวะหัวใจล้มเหลวของประเทศไทยประมาณ 1,071 ล้านบาทต่อปี (สำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2554) ซึ่งค่าใช้จ่ายจะยิ่งสูงขึ้นในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรค และเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ขึ้น จากผลกระทบของภาวะหัวใจล้มเหลวต่อผู้ป่วย ครอบครัว และรัฐ ดังกล่าวจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรที่เกี่ยวข้องจะต้องตระหนักถึงปัญหาและหาวิธีการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถจัดการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ อันจะช่วยป้องกัน การกลับมารักษาซ้ำ และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การกลับมารักษาซ้ำ เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมโรคและอาการของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยทั่วไปการกลับมารักษาซ้ำจะหมายถึงการที่ผู้ป่วยมารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลภายใน 30 วันหลังมารับบริการตรวจรักษา (Centers Medicare & Medicaid Services

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

[CMS], 2011) อย่างไรก็ตามการศึกษาเกี่ยวกับการกลับมารักษาซ้ำ อาจกำหนดช่วงเวลาอื่น ๆ เช่น การกลับมารักษาซ้ำภายใน 2 เดือน หรือ 3 เดือน หลังการจำหน่าย พบว่าในปี 2006 ประเทศสหรัฐอเมริกามีอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วันของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 และเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 ใน 6 เดือนถัดมา และมีการเพิ่มขึ้นของจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมากขึ้น (Lloyd-Jones et al., 2010) สำหรับประเทศไทยไม่ได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการกลับมารักษาซ้ำในระดับประเทศ แต่มีการศึกษาของวันเพ็ญ สายัณต์ศศิกนก (2550) พบว่ามีกลุ่มที่มาตรวจรับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่เป็นโรงเรียนแพทย์ เขตกรุงเทพมหานคร ด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 72.35 ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวคิดเป็นร้อยละ 12.20 ซึ่งผลของการศึกษาคล้ายกันกับประเทศสหรัฐอเมริกา ที่พบอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งประเทศร้อยละ 11 (Lloyd-Jones et al., 2010) แสดงให้เห็นว่าภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะของโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องจัดการดูแลตนเองเพื่อให้สามารถดำรงชีวิต อยู่กับโรคได้อย่างปลอดภัย ควบคุมอาการของโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคและการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะผู้สูงอายุซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่าง ๆ ไปในทางเสื่อมถอย และมักพบภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรง ใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพหลังการเจ็บป่วยที่นานกว่าวัยอื่น ทำให้มีโอกาสเกิดอาการรุนแรงขึ้นและเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ หลังออกจากโรงพยาบาลได้ อันจะทำให้ต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำและมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีได้

คุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ความสุขและความพึงพอใจของแต่ละบุคคล ในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ รวมถึงภาวะสุขภาพ โดยปัจจัยหลักที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตได้แก่ ข้อจำกัดด้านร่างกาย การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะจิตใจ และสังคม (Dunderdale, Thompson, Miles, Beer, & Furze, 2005) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการรับรู้และบรรทัดฐานของแต่ละบุคคล สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งเป็นภาวะเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง มักเกิดความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เนื่องจากอาการอาจกำเริบได้ตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ร่วมกับผู้ป่วยต้องมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตไปจากเดิมทำให้เกิดภาวะเครียด และวิตกกังวล อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตลดลง คุณภาพชีวิตอาจประเมินได้ 2 ลักษณะใหญ่ ๆ ได้แก่ คุณภาพชีวิตทั่วไป (general quality of life) และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (health-related quality of life) โดยทั่วไปคุณภาพชีวิตมีหลายมิติ ได้แก่ มิติด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม (WHO, 1998) ซึ่งในการวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจะครอบคลุมถึงความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ (functional capacity) การรับรู้ (perception) เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง และอาการของโรครวมทั้งผล

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ที่เกิดขึ้นจากโรค (Rector, Anand, & Cohn, 2005) เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่สำคัญ เป็นสิ่งที่แสดงถึงผลโดยรวมที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยที่บ่งบอกถึงความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วย ไม่ว่าจะอยู่ในภาวะสุขภาพใด (ชุตินธร เรียนแพง, 2548) ดังนั้นพยาบาลจึงควรให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีงานวิจัยที่ใช้วิธีการต่าง ๆ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ การใช้การสนับสนุนทางสังคม (เยาวภา บุญเที่ยง, 2545) การใช้วิธีการส่งเสริมสุขภาพ เช่น โยคะ ไทเก๊ก เป็นต้น (จิราภรณ์ ใจสบาย, พรสุข หุ่นนิรันดร์, และ ทรงพล ต่อนี, 2553) หรือ มีการนำธรรมะปฏิบัติด้วยวิธีการทำสมาธิ (ฤทัยชนก กุลสืบ และ วรัญญา เชื้อทอง, 2553) ซึ่งทุกการศึกษาที่ผ่านมาทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น แต่วิธีการดังกล่าวเน้นการจัดการกับตัวแปรเฉพาะที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต แต่วิธีที่ใช้ได้เน้นการส่งเสริมกิจกรรมที่อาจทำให้ได้ผลไม่ยั่งยืน เพราะเป็นวิธีที่กำหนดโดยผู้วิจัย และผู้ป่วยมีส่วนในการตัดสินใจด้วยตัวเองไม่มากนัก ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการที่จะทำให้ผู้ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดผลในด้านสุขภาพที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นบุคลากรสุขภาพต้องให้การสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้ โดยผู้ป่วยมีความมั่นใจในการจัดการดูแลตนเองและมีการปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสมรวมทั้งมีการจัดการด้านการรักษา ด้านบทบาท และด้านอารมณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วย

การจัดการตนเองเป็นแนวคิดที่มีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการดูแลตนเองและในผู้ที่ต้องได้รับคำแนะนำการส่งเสริมสุขภาพ จากแนวคิดของ เครียร์ (Creer, 2000) การจัดการตนเองเป็นรูปแบบการดูแลตนเอง ด้วยกระบวนการสร้างทักษะการคิดแก้ไขปัญหาและทักษะการคิดวางแผนจัดการปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ความบกพร่องของร่างกาย จิตใจ และสังคม ความแปรปรวนของอารมณ์ภายใต้สถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ลอริก กล่าวว่าการจัดการตนเองเป็นการเรียนรู้ และมีส่วนร่วมในทักษะเพื่อควบคุมภาวะแทรกซ้อนของโรคมุ่งเน้นที่การจัดการด้านการรักษา (medical management) ด้านบทบาท (role management) และด้านอารมณ์ (emotional management) (Lorig et al., 2001) ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากโรค และทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการดูแลตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลตามเป้าหมาย โดยใช้วิธีการประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (mastery experience), การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion), การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (modeling) และการกระตุ้นสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and affective stage) (Bandura, 1997) ในการจัดการตนเองต้องอาศัยทักษะ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

6 ทักษะ ได้แก่ 1) การแก้ไขปัญหา (problem solving) 2) การตัดสินใจปฏิบัติ (decision making) 3) การใช้แหล่งข้อมูล (resource utilization) 4) การสร้างสัมพันธภาพกับบุคลากรสุขภาพ (forming of patient/ health care provider partnership) 5) การลงมือปฏิบัติ (taking action) 6) การปรับทักษะการจัดการตนเองให้เหมาะสมในแต่ละบุคคล (self-tailoring)

ลอริก และคณะ (Lorig et al., 2001) ได้นำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจ โรคปอด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคข้ออักเสบ พบว่าโปรแกรมของการส่งเสริมการจัดการตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีสมรรถนะในตนเองเพิ่มขึ้น ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการกลับมารักษาซ้ำ นอกจากนี้การศึกษาของ ฟู และคณะ (Fu et al., 2003) ในผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคปอดเรื้อรัง โรคข้ออักเสบ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคเบาหวานในประเทศจีน พบว่าโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ มีสมรรถนะในตนเองเพิ่มขึ้น มีภาวะสุขภาพที่ดี และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานพบว่าโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (ชดช้อย วัฒนา, 2549) และในผู้ป่วยสูงอายุสตรีที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ พบว่าโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองช่วยให้ผู้ป่วยมีความถี่ของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ลดลง (วารี กังใจ, 2549)

สำหรับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวนั้น เดอวอล์ท และคณะ (DeWalt et al., 2006) ทบทวนวรรณกรรมในกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทำให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น นอกจากนี้จากผลของการทบทวนวรรณกรรมของ โจวิสิค, โฮรอยด์-ลีดุค, และ สตาอัส (Jovicic, Leduc, & Straus, 2006) และ ไดทิววิง, บล็อค, ฮาเวอร์, และ แวน วีเนนดาลล์ (Ditewing, Blok, Havers, & van Veenendaal, 2010) ในโปรแกรมการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป โดยการให้ความรู้ทำให้ลดการกลับมารักษาซ้ำ ลดการเสียชีวิต และทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาที่แสดงถึงผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองที่ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถควบคุมและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากอาการหายใจลำบากลดลงและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นเช่นกัน (ลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้า, 2552) ซึ่งศึกษาในกลุ่มประชากรผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านมาไม่ได้มีการศึกษาที่เฉพาะเจาะจงในผู้สูงอายุ ซึ่งมีข้อจำกัดในการจัดการตนเอง เนื่องจากมีความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ทำให้ไม่สามารถทำงานได้อย่างปกติ มีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย สติปัญญา และการรับรู้ลดลง ดังนั้นผลการศึกษาที่ผ่านมาจึงไม่สามารถอ้างอิงผลถึงประชากรผู้สูงอายุได้ ผู้วิจัยจึงมีวัตถุประสงค์ที่จะทำการศึกษาผลการส่งเสริมการจัดการ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตนเองที่ผู้วิจัยจะพัฒนาขึ้นสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยจะศึกษาผลลัพธ์ ได้แก่ คุณภาพชีวิตและอัตราการกลับมารักษาซ้ำ ซึ่งผลการวิจัยจะเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปและลดการกลับมารักษาซ้ำ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อคุณภาพชีวิตและอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเอง
3. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. หลังได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเอง
3. ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง (two groups pre-post test design) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อคุณภาพชีวิตและอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 44 ราย ระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงสิงหาคม พ.ศ. 2557 ที่รับการรักษาที่คลินิกภาวะหัวใจล้มเหลว แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

นิยามศัพท์

การส่งเสริมการจัดการตนเอง คือ การให้ความรู้ตามชุดของกิจกรรมที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเองของ ลอริก (Lorig, 2003) ใช้เวลา 6 สัปดาห์ ๆ ละ 2 ชั่วโมง 30 นาที เป็นการดำเนินการแบบกลุ่ม ๆ ละ 10-15 คน ประกอบด้วยการให้ความรู้ การฝึกทักษะเกี่ยวกับการจัดการตนเอง 3 ด้าน ได้แก่ การจัดการด้านการรักษา การจัดการด้านบทบาท และการจัดการด้านอารมณ์ การเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และทักษะที่จำเป็นสำหรับการจัดการตนเอง 6 ทักษะ ได้แก่ 1) การแก้ไขปัญหา 2) การตัดสินใจปฏิบัติ 3) การใช้แหล่งข้อมูล 4) การสร้างสัมพันธภาพกับบุคลากรสุขภาพ 5) การลงมือปฏิบัติ 6) การปรับทักษะการจัดการตนเองให้เหมาะสมในแต่ละบุคคล โดยผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่ม

คุณภาพชีวิต คือ ความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ ได้ ทั้งร่างกาย จิตสังคม และด้านทั่วไป ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการใช้ชีวิตอยู่กับโรคหัวใจล้มเหลว เมืองมินนิโซต้า (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire หรือ MLHFQ) ของ เรคเตอร์, คูโบ, และ คอห์น (Rector, Kubo, & Cohn, 1987) แปลเป็นภาษาไทยโดย กฤติกา ชุณวงค์ (2547)

อัตราการกลับมารักษาซ้ำ คือ จำนวนความถี่ร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่กลับมารักษาก่อนการนัดหมายครั้งต่อไป ด้วยโรคเดิมหรือภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน และ 60 วัน

ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60-79 ปี เพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยมีการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ตามการประเมินของ New York Heart Association (NYHA) กำหนดเป็น Function classification ในระดับที่ 2 หรือ 3 ที่มารับการรักษาที่คลินิกภาวะหัวใจล้มเหลว แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

การพยาบาลตามปกติ คือ กิจกรรมที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับจากพยาบาลที่คลินิกภาวะหัวใจล้มเหลว แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่