

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อคุณภาพชีวิตและอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยมีเนื้อหาครอบคลุมในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ภาวะหัวใจล้มเหลว
  - ความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลว
  - ประเภทของภาวะหัวใจล้มเหลว
  - สาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลว
  - อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว
  - แนวทางการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว
2. การกลับมารักษาซ้ำ
  - ความหมายของการกลับมารักษาซ้ำ
  - ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการลดการกลับมารักษาซ้ำ
3. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
  - ความหมายของคุณภาพชีวิต
  - องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
  - ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต
  - การประเมินคุณภาพชีวิต
4. การจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
  - ความหมายของการจัดการตนเอง
  - แนวคิดการส่งเสริมการจัดการตนเอง
  - แนวคิดการส่งเสริมการจัดการตนเองของลอริก
  - การส่งเสริมการจัดการตนเองของกลุ่มโรคเรื้อรัง
  - การส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
5. ความสัมพันธ์ระหว่างการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกับคุณภาพ

ชีวิต

## ภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง การที่หัวใจขาดความสามารถในการสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอกับความต้องการของเนื้อเยื่อหรือมีความดันในหัวใจสูงกว่าปกติ ทำให้เนื้อเยื่อขาดออกซิเจนหรือสารอาหารรวมทั้งเกิดความบกพร่องในการกำจัดของเหลวและของเสีย ออกจากร่างกาย เนื่องจากมีการลดลงของเลือดที่ไปยังไต (Hunt et al., 2005) พบว่าผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ มีการแข็งตัวของผนังหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดใหญ่ ส่งผลให้การทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ปริมาตรเลือดที่ถูกบีบออกจากหัวใจแต่ละครั้ง (stroke volume) ลดลง ในระยะแรกร่างกายจะมีการปรับตัวอัตโนมัติ และปรับเปลี่ยนรูปร่างของหัวใจ เพื่อเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ แต่ในระยะยาวการปรับตัวดังกล่าวส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจแต่ละครั้งลดลง จึงทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้มากกว่าวัยอื่น ๆ (Oxenham & Sharpe, 2003)

### ประเภทของภาวะหัวใจล้มเหลว

มีการจำแนกภาวะหัวใจล้มเหลวไว้หลายหลาย โดยในปัจจุบันมีการแบ่งการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวไว้ดังนี้

1. แบ่งตามลักษณะการทำงานของห้องหัวใจที่มีความผิดปกติแบ่งได้เป็น 3 ประเภทได้แก่ (Bursi, 2006)

1.1 ภาวะหัวใจล้มเหลวที่เกิดจากการบีบตัว (systolic heart failure) คือ ภาวะหัวใจล้มเหลวที่เกิดขึ้นเนื่องจากความผิดปกติจากการบีบตัว (contraction or inotropy) เพื่อสูบฉีดเลือดออกจากหัวใจห้องล่างซ้าย ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ (cardiac output) ลดลง

1.2 ภาวะหัวใจล้มเหลวที่เกิดจากการคลายตัว (diastolic heart failure) คือ ภาวะหัวใจล้มเหลวที่เกิดเนื่องจากความผิดปกติจากการคลายตัว (relaxation or lusitropy) ของกล้ามเนื้อหัวใจ หรือความผิดปกติอื่น ๆ ที่ทำให้การกลับคืนของเลือดกลับเข้าสู่หัวใจน้อยลง เช่น ลิ้นหัวใจตีบ เป็นต้น ส่งผลให้หัวใจห้องล่างซ้ายไม่สามารถรับเลือดที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจ (preload) ได้เต็มที่ ทำให้เกิดปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง

1.3 ความผิดปกติที่เกิดทั้งการบีบตัวและคลายตัว (combination of systolic and diastolic heart failure)

2. การแบ่งตามสภาวะการดำเนินของโรค (staging of disease progression) ตามคำแนะนำของสมาคมโรคหัวใจแห่งอเมริกา (American Heart Association [AHA]) และ American College of Cardiology [ACC]) แบ่งได้เป็น 4 ระยะ ได้แก่ (Jessup et al., 2009)

Stage A เป็นระยะที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว ไม่พบความผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจ แต่เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการพัฒนาไปเป็นภาวะหัวใจล้มเหลว โดยมีปัจจัยเสี่ยง เช่น ความดันโลหิตสูง เป็นต้น มีการตีบของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงอวัยวะ (atherosclerosis diseases) เช่น หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดแดงส่วนปลาย เบาหวาน มีน้ำหนักเกิน หรือมีประวัติในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจ หรือมีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคไข้วมาติก เป็นต้น

Stage B เป็นระยะที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว แต่มีความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจ (structural abnormalities) เช่น กล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวใจโต เป็นต้น

Stage C เป็นระยะที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว มีอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดขึ้น เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการหายใจหอบเหนื่อยเวลาออกแรง ออกแรงทำงานได้น้อยลง นอนราบไม่ได้ เป็นต้น

Stage D เป็นระยะที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว มีอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวในขั้นรุนแรง เช่น มีอาการขณะพัก ทั้งที่ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างเหมาะสม รวมถึงผู้ป่วยที่จำเป็นต้องอาศัยเครื่องมือหรือวิธีการพิเศษที่ช่วยให้ดำรงชีวิตอยู่ได้ เช่น ใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจ เป็นต้น

3. แบ่งตามความสามารถในการกระทำการกิจกรรมตามสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association [NYHA]) แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มที่ผู้ป่วยไม่มีอาการใด ๆ สามารถกระทำการกิจกรรมปกติได้ โดยไม่มีอาการหายใจลำบากหรือหอบเหนื่อย เป็นต้น

กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำการกิจกรรม โดยผู้ป่วยมักมีอาการเมื่อกระทำการกิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก ๆ ซึ่งทำให้เกิดอาการหายใจลำบากหรือหอบเหนื่อย เป็นต้น

กลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำการกิจกรรมทั่วไปมาก ทำให้เกิดอาการหายใจลำบากหรือหอบเหนื่อยอย่างรวดเร็ว เมื่อกระทำการกิจกรรมที่ไม่ต้องออกแรงมาก แต่จะไม่มีอาการขณะพัก

กลุ่มที่ 4 เป็นกลุ่มที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดอย่างมากในการกระทำการกิจกรรมปกติ มีอาการหายใจลำบากหรือเหนื่อยหอบขณะพัก

## สาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่

1. พยาธิสภาพของกล้ามเนื้อหัวใจ ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery disease), ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction), โรคกล้ามเนื้อหัวใจพิการ (cardiomyopathies), ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ (myocarditis) จากการติดเชื้อ พิษของยา หรือสารเคมี เป็นต้น (National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE], 2010)

2. ความผิดปกติของลิ้นหัวใจ ได้แก่ ลิ้นหัวใจตีบ (stenosis) ทำให้การส่งผ่านของเลือดจากหัวใจห้องหนึ่งไปยังอีกห้องหนึ่งลดลง ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง และลิ้นหัวใจรั่ว (regurgitation หรือ insufficiency) ส่งผลให้เลือดไหลย้อนกลับไปยังหัวใจห้องบนทำให้เกิดภาวะเลือดคั่งภายในห้องหัวใจ (volume overload) ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่หัวใจบีบตัวส่งเลือดออกไปยังนอกหัวใจมีปริมาณเพิ่มขึ้น (increased preload) ทำให้เกิดภาวะหัวใจโต (cardiac hypertrophy) และส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมา (Khan, 2009)

3. สาเหตุอื่น ๆ ที่ไม่ได้เกิดจากกล้ามเนื้อหรือลิ้นหัวใจ แต่ทำให้หัวใจต้องทำงานเพิ่มขึ้นเพื่อส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายอย่างเพียงพอ เช่น โรคความดันโลหิตสูง (systemic hypertension) ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญของภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะความดันเลือดภายในปอดสูง (pulmonary hypertension) ทำให้หัวใจต้องใช้แรงบีบตัวสูงขึ้นในการส่งเลือดไปยังปอด โรคจากความผิดปกติของผนังกันหัวใจแต่กำเนิด ได้แก่ patent ductus arteriosus (PDA), atrial septal defect (ASD) และ ventricular septal defect (VSD) ความผิดปกตินี้จะส่งผลให้หัวใจบีบตัวเพิ่มมากขึ้นเพื่อส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย (Khan, 2009)

4. สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับจังหวะการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ เช่น ventricular fibrillation, ventricular tachycardia, atrial fibrillation, bradycardia และ complete heart block เป็นต้น (NICE, 2010)

นอกจากสาเหตุของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวดังกล่าวแล้ว ยังมีปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการหรือมีการดำเนินของโรคที่รุนแรงขึ้นเรียกว่าปัจจัยชักนำ เช่น ภาวะไข้สูง ภาวะโลหิตจาง ภาวะ hyperthyroidism ภาวะติดเชื้อ การออกกำลังกายที่มากเกินไป การตั้งครรภ์ ภาวะที่มีการคั่งของน้ำและเกลือแร่จากการไม่ควบคุมอาหาร หรือการใช้ยาในกลุ่มสเตียรอยด์ หรือ กลุ่มเอ็นเซด (NSAIDs) ภาวะไตวายเฉียบพลัน และภาวะที่มีการอุดตันของเส้นเลือดในปอด ทำให้เกิดโรคความดันเลือดภายในปอดสูง เป็นต้น (Jessup et al., 2009)

## อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว

กลุ่มอาการซึ่งมีสาเหตุจากภาวะหัวใจล้มเหลวมีดังต่อไปนี้

1. กลุ่มอาการจากหัวใจห้องล่างซ้ายวาย เกิดจากการที่มีเลือดคั่งในปอด ส่งผลให้เกิดอาการและอาการแสดงดังนี้ (Albert, Trochelman, Li, & Lin, 2010)

1.1 อาการหอบเหนื่อย (dyspnea) เมื่อมีการออกแรงหรือทำกิจกรรมที่หนัก (dyspnea on exertion) การหอบเหนื่อยที่สัมพันธ์กับท่าทาง เรียกว่า orthopnea คือถ้านอนราบจะหายใจหอบเหนื่อย แต่ถ้าได้นั่งอาการหอบเหนื่อยจะลดลง มีการหอบเหนื่อยเป็นพัก ๆ ในเวลากลางคืน (paroxysmal nocturnal dyspnea) การหายใจเร็ว แล้วค่อย ๆ ช้าลง จนหยุดหายใจแล้วเริ่มหายใจเร็วใหม่ เรียกว่า Cheyne stokes respiration

1.2 อาการไอ เกิดจากการบวมของเยื่อหุ้มหลอดลม หรือเนื้อเยื่อของปอดมีของเหลวคั่ง มักจะไอแห้ง ๆ ระบายคอตไอแรงไอ และมักเกิดขึ้นในเวลากลางคืน

1.3 อาการแสดงทางระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น หัวใจเต้นเร็ว ซิฟจรเต้นแรงเบา สลับกัน ความดันในหลอดเลือดแดงของปอดสูงขึ้น เป็นต้น

2. กลุ่มอาการจากภาวะหัวใจห้องล่างขวาวย ได้แก่ การบวมในส่วนปลายของร่างกาย ได้แก่ ปลายมือ ปลายเท้า ขา และข้อเท้า มีการคั่งของเลือดในอวัยวะต่าง ๆ น้ำหนักเพิ่ม มีอาการบวมกดบุ๋ม (pitting edema) ในส่วนที่ห้อยต่ำ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ รู้สึกเจ็บใต้ชายโครง ท้องบวมโต ตับโต หลอดเลือดดำที่คอโป่งตึง เป็นต้น

## การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว

เป้าหมายของการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ การป้องกันการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะการหายใจล้มเหลว ภาวะช็อก เป็นต้น การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากภาวะหัวใจล้มเหลวโดยทำให้เกิดความสมดุลของแรงในการบีบตัวของหัวใจ และภาวะของสารน้ำภายในร่างกาย หรือทำให้ปริมาณเลือดที่ถูกส่งออกจากหัวใจ และปริมาณเลือดที่กลับเข้าสู่หัวใจมีความสมดุลกัน สำหรับแนวทางการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวมีดังนี้

1. การรักษาโดยการให้ยา เพื่อลดการทำงานของหัวใจและช่วยให้หัวใจทำงานได้ดีขึ้น โดยใช้ยากลุ่มต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1.1 ยาขับปัสสาวะ ยาขับปัสสาวะเป็นกลุ่มยาที่ขับโซเดียมและน้ำออกจากร่างกาย ช่วยลดอาการบวมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจากภาวะน้ำเกินในร่างกาย โดยอาจมีอาการแสดงที่ตรวจพบได้ เช่น ภาวะน้ำท่วมปอด และมีอาการบวมตามร่างกาย เป็นต้น ยาขับปัสสาวะจะช่วยลดอาการ

เหนื่อยหอบของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว และทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมดีขึ้น ในยาในกลุ่มของ loop diuretics เช่น ฟุโรซีไมด์ เป็นต้น มักใช้ในผู้ป่วยที่ไตทำงานไม่ดี ส่วนยาในกลุ่มของโพแทสเซียม เช่น ไฮโดรคลอโรไทอาไซด์ เป็นต้น จะให้ในกลุ่มที่มีภาวะน้ำเกินไม่มากและไตทำงานได้ดี ผู้ที่ได้รับยาในกลุ่มนี้อาจเกิดภาวะโพแทสเซียมต่ำได้ง่าย ในระยะแรกของการให้ยาจึงควรได้รับการตรวจระดับโพแทสเซียมและครีตินินในเลือดเป็นระยะ เช่น ทุก 5-7 วันหลังจากเริ่มให้ยาหรือมีการปรับขนาดยา เมื่อระดับการทำงานของไตและระดับโพแทสเซียมคงที่แล้ว จะมีการวัดการทำงานของไตและระดับโพแทสเซียมทุก 3-6 เดือน (Szady & Hill, 2009)

1.2 ยาในกลุ่มยับยั้งเรนิน-แองจิโอเทนซิน-อัลโดสเตอโรน (renin-angiotensin-aldosterone system [RAS]) ได้แก่ ยา angiotensin converting enzyme inhibitor (ACEI) ในกลุ่มนี้ เช่น อินาลาพริล แคปโตพริล รามาพริล ควินาพริล เพอริโนโดพริล เป็นต้น ทำให้หัวใจทำงานดีขึ้น และยาในกลุ่ม angiotensin II receptor antagonist (ARBs) เช่น ลอซาร์แทน เอบิซาร์แทน วาลซาร์แทน เป็นต้น โดยจะออกฤทธิ์คล้ายกับกลุ่ม ACEI แต่มีตำแหน่งการออกฤทธิ์ที่ต่างกัน โดยยาจะขัดขวาง angiotensin II โดยจะมีการออกฤทธิ์ที่จำเพาะเจาะจงมากกว่ายาในกลุ่ม ACEI ทำให้มีการขยายของหลอดเลือดส่วนปลาย ส่งผลให้ after load และ cardiac output ลดลง ปริมาณเลือดดำที่ถูกกักเก็บไว้ที่หลอดเลือดดำส่วนปลายมากขึ้น และไหลกลับเข้าสู่หัวใจลดลง นอกจากนี้ยังมีผลต่อการขยายของหลอดเลือดไตทำให้มีการจับปัสสาวะเพิ่มขึ้นทำให้ปริมาตรในระบบไหลเวียนเลือดลดลงทำให้ลด preload ได้ โดยยาในกลุ่มนี้มีผลข้างเคียงที่สำคัญต่อระบบไหลเวียนเลือด ทำให้ความดันโลหิตต่ำลง สมรรถภาพของไตเสื่อมลง และระดับโพแทสเซียมในเลือดสูงขึ้น

1.3 ยาในกลุ่มต้านเบต้า (beta-adrenergic receptor antagonist [beta-blocker]) เช่น อะที โนลอล, เมโทโพรลอล และ คาร์วีดีลอล เป็นต้น โดยยาในกลุ่มนี้จะปิดกั้นการออกฤทธิ์ของสารแคททีโคลามีน (catecholamines) ที่มีต่อเบต้ารีเซพเตอร์ ซึ่งมีอยู่ในเนื้อเยื่อของหัวใจ ส่งผลทำให้หัวใจเต้นช้าลง มักใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการเหนื่อย ซึ่งมีความสามารถในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับ 2 ถึงระดับ 4 (NYHA FC II-IV) ยาในกลุ่มนี้มีอาการข้างเคียง ได้แก่ หัวใจเต้นช้าลง ความดันโลหิตต่ำ จึงมีข้อห้ามสำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคหอบหืด โรคหลอดเลือดอุดตัน เนื่องจากจะทำให้อาการกำเริบได้ (Zafir & Amir, 2012)

1.4 ยาในกลุ่ม cardiac glycosides ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ ดิจ็อกซิน จะออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์  $\text{Na}^+ - \text{K}^+$ -stimulated adenosine triphosphatase ( $\text{Na}^+ - \text{K}^+$ -ATPase) ซึ่งเป็นเอนไซม์สำคัญในการแลกเปลี่ยนโซเดียมและโพแทสเซียมผ่านเยื่อหุ้มเซลล์ ส่งผลให้โซเดียมค้างอยู่ในเซลล์มากกว่าปกติ มีผลให้ลดกระบวนการแลกเปลี่ยนโซเดียมกับแคลเซียมผ่านปั๊มการแลกเปลี่ยนโซเดียมและแคลเซียมไอออน การที่แคลเซียมในเซลล์ถูกขับออกนอกเซลล์น้อยลง ทำให้การจับตัวของแคลเซียมกับโปรตีนเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจมีการหดตัวเพิ่มมากขึ้น ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจเพิ่มขึ้น

เลือดไหลผ่านไตได้มากขึ้น การขับปัสสาวะดีขึ้นมักใช้ในผู้ที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบสั่นพริ้ว (atrial fibrillation) แต่จะมีข้อห้ามในการใช้ยากกลุ่มนี้ ได้แก่ โรคหัวใจที่เต้นช้าผิดปกติ ได้แก่ second หรือ third-degree AV block, sick sinus syndrome, carotid sinus syndrome, wolf-parkinson-white syndrome และผู้ที่มีภาวะโพแทสเซียมต่ำหรือ โซเดียมสูง อาการข้างเคียงของยากกลุ่มนี้ ได้แก่ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน การมองเห็นเปลี่ยนแปลง เห็นภาพไม่ชัดเจน หรือเห็นสีเปลี่ยนไป อ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง หัวใจเต้นผิดจังหวะหรืออัตราการเต้นของชีพจรช้าลง ควรแนะนำการสังเกตอาการผิดปกติหลังได้รับยา และพบแพทย์ก่อนวันนัดหากพบความผิดปกติดังกล่าว (มณฑาทิพย์ รุ่งศิลป์, สุชาดา สุรพันธุ์, จุราพร พงศ์เวชรักษ์, และ โปยม วงศ์ภูวรักษ์, 2551)

1.5 ยากลุ่มด้านการแข็งตัวของเลือด (anti-thrombotic agents) มี 2 กลุ่ม ได้แก่ ยากลุ่มด้านการจับตัวกันของเกล็ดเลือด (antiplatelets) ได้แก่ ยาแอสไพริน และยาแอสไพริกริน ใช้ในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีปัญหาโรคหลอดเลือดแดงอุดตัน (atherothrombotic diseases) ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง และหลอดเลือดส่วนปลายตีบตัน เพื่อป้องกันอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดแดงอุดตันซ้ำ และยากลุ่มต้านเลือดแข็งตัวเป็นลิ่ม (anticoagulant) ได้แก่ วอร์ฟาริน ซึ่งจะต้องรับประทานยาในระยะยาวเพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันซ้ำ โดยมีการปรับปริมาณในการรับประทานยาตามระดับ International normalized ratio (INR) ซึ่งควรอยู่ระหว่าง 2-3 (Lamberts et al., 2014)

1.6 ยากลุ่มด้านการเต้นผิดจังหวะของหัวใจ (anti-arrhythmic agent) เช่น โพรพาโนลอล อะมิโอดาลอล เป็นต้น มีผลควบคุมการเต้นผิดจังหวะของหัวใจ และเพิ่มความแรงในการบีบตัวของหัวใจ ทำให้เพิ่มประสิทธิภาพในการสูบฉีดเลือดออกจากหัวใจดีขึ้น (Stams, Bourgonje, Vos, & van der Heyden, 2012)

1.7 ยาในกลุ่มขยายหลอดเลือดอื่น ๆ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวร่างกายจะมีการเพิ่มการทำงานของซิมพาเทติกทำให้หลอดเลือดมีการหดตัวมากขึ้นส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง ในการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวจึงมีการใช้ยาในกลุ่มขยายหลอดเลือด ซึ่งจะช่วยลดปริมาณเลือดที่กลับเข้าหัวใจ (preload) ทำให้หัวใจทำงานลดลง ยาในกลุ่มนี้มีดังนี้ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2552)

1.7.1 ยาที่มีผลขยายหลอดเลือดดำได้แก่ ยาในกลุ่มไนเตรท เช่น ไนโตรกลีเซอริน ไอโซซอร์ไบด์ไดไนเตรต ซึ่งมีผลลด preload และลดการเกิดเลือดไปคั่งในปอด (pulmonary congestion)

1.7.2 ยาที่ออกฤทธิ์ในการขยายหลอดเลือดแดง ได้แก่ ยาไฮดรอลาซีน ยามินอกซีดิล ซึ่งส่งผลให้ลด afterload ทำให้ cardiac output เพิ่มขึ้น

1.7.3 ยาที่ออกฤทธิ์ขยายทั้งหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดง ได้แก่ ยากลุ่ม ACEI และกลุ่มต้านตัวรับแองจิโอเทนซิน (angiotensin receptor blocker [ARB]) เช่น ลอซาร์แทน

กลุ่มยาโซเดียมไนโตรพรัสไซด์ เช่น นิคาร์เดพีน ซึ่งมีผลลดทั้ง preload และ afterload ทำให้ลดการคั่งของน้ำที่ปอดและเพิ่ม cardiac output

## 2. การแก้ไขสาเหตุโดยตรงที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่

2.1 การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery bypass surgery [CABG]) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ การรักษาด้วยวิธีนี้จะช่วยเพิ่มปริมาณเลือดไปเลี้ยงบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจ และการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (heart transplantation) เป็นการรักษาระดับสูงสุดท้าย สำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการรุนแรง ไม่ตอบสนองต่อการรักษา และมีอาการเหนื่อยอยู่ตลอดเวลา

2.2 การฝังเครื่องกระตุ้น หรือกระตุกหัวใจ (cardiac resynchronization therapy [CRT]) ในผู้ที่มีหัวใจบีบตัวอ่อน ร่วมกับการบีบตัวของผนังหัวใจไม่สัมพันธ์กัน และมีอาการเหนื่อยโดยระดับความสามารถในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับ 3 และระดับ 4 (NYHA FC III-IV) แม้จะได้รับการยาอย่างเต็มที่แล้ว และการใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติ (Implantable cardioverter defibrillator [ICD]) เพื่อควบคุมภาวะหัวใจเต้นเร็วมากให้กลับคืนสู่ปกติและป้องกันการเสียชีวิตกะทันหันด้วยโรคหัวใจ (Sudden Cardiac Death)

## 3. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิต โดยครอบคลุมกิจกรรมต่างๆดังนี้

3.1 การเฝ้าระวังภาวะน้ำและเกลือคั่ง โดยแนะนำให้หมั่นสังเกตอาการที่เกิดจากภาวะน้ำและเกลือคั่ง เช่น เหนื่อยมากขึ้น น้ำหนักเพิ่มขึ้น บวม นอนราบไม่ได้ หรือต้องลุกมานั่งหอบตอนกลางคืน เป็นต้น หากพบว่ามีอาการดังกล่าวควรรีบมาพบแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้การรักษาและป้องกันอาการที่อาจรุนแรงขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนและการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลได้ (Gardetto, 2011)

3.2 การปรับยาขับปัสสาวะ โดยแนะนำให้ปรับขนาดยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง และให้บันทึกน้ำหนักตัวขณะที่ไม่มีภาวะน้ำคั่ง หรือขาดน้ำ โดยการให้ชั่งน้ำหนักทุกวัน หรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในเวลาเช้า ภายหลังจากการขับถ่าย และก่อนการรับประทานอาหารเช้า ถ้ามีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 1 กิโลกรัมภายใน 1-2 วัน (หรือ 1.5-2 กิโลกรัมใน 2 วัน) แสดงว่าเริ่มมีภาวะน้ำและเกลือคั่ง หากปกติได้รับประทานยาขับปัสสาวะเป็นประจำ เมื่อมีอาการน้ำคั่งให้เพิ่มขนาดจากเดิมเป็น 1.5-2 เท่า โดยให้เพิ่มจำนวนครั้งก่อนเพิ่มจำนวนเม็ดต่อครั้ง เช่น เดิมเคยรับประทาน 1 เม็ดเข้าไปให้เพิ่มเป็นรับประทาน 1 เม็ดในตอนเช้า และอีก ½ เม็ดในตอนเที่ยง ทำเช่นนี้จนกว่าน้ำหนักจะเข้าสู่ภาวะปกติ ระหว่างที่เพิ่มขนาดยาขับปัสสาวะแนะนำให้รับประทานอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง เช่น กล้วย ส้ม เป็นต้น หากน้ำหนักไม่ลดลงสู่ปกติใน 3-4 วันหรือน้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมากกว่า 1.5-2 กิโลกรัม ใน 2 วัน แนะนำให้รีบมาพบแพทย์ (อรัญญ์ เจษฎาญาณเมธา, 2554)

3.3 การบริโภคเกลือแกง แนะนำให้รับประทานเกลือน้อยกว่า 2 กรัมต่อวัน (Welsh et al., 2009) สำหรับผู้ที่ไม่ทราบปริมาณเกลือแกงที่ผสมในอาหารต่าง ๆ แนะนำให้หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม



ของดอง อาหารกระป๋อง และไม่เค็มเกลือ น้ำปลา หรือซีอิ๊ว เพิ่มในอาหาร สำหรับผู้ที่มีอาการรุนแรง ได้แก่ ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับ 4 (NYHA FC IV) หรือได้รับยาขับปัสสาวะ ในขนาดสูง ควรควบคุมปริมาณเกลือแรงแรงอย่างเคร่งครัด โดยต้องอ่านฉลากแสดงส่วนประกอบทาง โภชนาการ เพื่อดูปริมาณส่วนผสมของเกลือแรงแรง และควรหลีกเลี่ยงการใช้เกลือสุขภาพซึ่งประกอบด้วย เกลือโพแทสเซียมทดแทน เนื่องจากอาจทำให้มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงได้ (Rothberg & Sivalingam, 2010)

3.4 การจำกัดน้ำดื่ม ในผู้ที่มีอาการไม่รุนแรง ไม่จำเป็นต้องจำกัดปริมาณน้ำอย่างเคร่งครัด แต่ในผู้ที่มีอาการหอบเหนื่อยมาก ผู้ที่ใช้ยาขับปัสสาวะในขนาดสูง ผู้ที่เป็นโรคไตที่มีน้ำและเกลือคั่งง่าย แนะนำให้ดื่มน้ำไม่เกิน 1.5 ลิตรต่อวัน (Rothberg & Sivalingam, 2010)

3.5 การจำกัดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากแอลกอฮอล์มีผลลดการทำงานของกล้ามเนื้อ หัวใจ จึงควรแนะนำให้หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิด (Laonigro, Correale, Di Biase, & Altomare, 2010)

3.6 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการออกกำลังกาย แนะนำให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตามความสามารถที่เหลืออยู่ให้มากที่สุด และควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเพิ่มความทนของ หัวใจและปอด เน้นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก (aerobic exercise) เพื่อให้กล้ามเนื้อได้มีการ เคลื่อนไหว รวมทั้งการออกกำลังกายแบบมีแรงต้าน (resistance exercise) โดยการออกแรงต้านต่อ วัตถุร่วมกับมีการเคลื่อนไหวของข้อ ซึ่งจะช่วยป้องกันกล้ามเนื้อลีบ และเพิ่มความทนทานให้แก่หัวใจ และปอด (ปรววรรณ วิทย์วานกุล และ ชนกรพร จิตปัญญา, 2552) วิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม ที่สุดสำหรับผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่การเดินบนทางราบ โดยเริ่มทีละน้อยจาก 2-5 นาทีต่อวัน เป็นเวลา 1 สัปดาห์แล้วเพิ่มเป็น 5-10 นาทีต่อวัน หรือการปั่นจักรยาน การว่ายน้ำ โทเก็ท เป็นต้น ซึ่งพบว่าส่งผลดีต่อการทำงานของหัวใจ อย่างไรก็ตาม โปรแกรมการออกกำลังกายควรปรับให้ เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย และควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ต้องใช้แรงมาก เช่น การยกน้ำหนัก เกิน 10 กิโลกรัม หรือการออกแรงมากเกินไป นอกจากนี้แนะนำให้งดการออกกำลังกายในทันที เช่น หากรู้สึกไม่สบาย เป็นหวัด อ่อนเพลีย นอนไม่พอเพียง หรือมีอาการเหนื่อย ใจสั่น แน่นหน้าอกมากขึ้น เป็นต้น (NICE, 2013)

3.7 การมีเพศสัมพันธ์ ผู้ที่มีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับ 1 และ ระดับ 2 (NYHA FC I-II) สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ อาจใช้ยาอมใต้ลิ้น ก่อนมีเพศสัมพันธ์ซึ่ง จะช่วยลดอาการเหนื่อยหอบได้ แต่ห้ามใช้ร่วมกับยาซิลเดนาฟิล (sildenafil) โดยเด็ดขาด สำหรับผู้ที่มี ระดับการทำกิจกรรมอยู่ในระดับ 3 และระดับ 4 (NYHA FC III-IV) แนะนำให้หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ (Scottish Intercollegiate Guidelines Network [SIGN], 2007)

3.8 การเดินทาง หลีกเลี่ยงการเดินทางโดยลำพัง สำหรับผู้ที่มีอาการรุนแรงและจำเป็นต้องเดินทางโดยเครื่องบิน ควรแจ้งให้สายการบินทราบล่วงหน้าเพื่อจัดเตรียมออกซิเจนให้ผู้ที่สามารถเดินทางราบได้ 50 เมตร หรือเดินขึ้นบันได 1 ชั้นได้โดยไม่เหนื่อยสามารถเดินทางโดยเครื่องบินโดยสารได้ และห้ามผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการกำเริบเดินทางโดยเครื่องบินเด็ดขาด (SIGN, 2007)

จะเห็นได้ว่าผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีปัญหาจากอาการและอาการแสดงต่างๆที่พบมากน้อยต่างกัน ได้ จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาทั้งการช้ยาและไม่ช้ยา ซึ่งหากผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถจัดการดูแลตนเองให้ได้รับการรักษาอย่างครอบคลุมกับอาการและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้ ทำให้ไม่ต้องกลับมาได้รับการรักษาซ้ำและสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพ การกลับมารักษาซ้ำจึงเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญอันหนึ่งในการจัดการบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมการจัดการดูแลตนเอง โดยที่ผู้วิจัยกำหนดให้เป็นตัวแปรหนึ่งของการศึกษาในครั้งนี้

### การกลับมารักษาซ้ำ

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ให้ความหมายของการกลับมารักษาซ้ำว่าหมายถึงจำนวนผู้ป่วยคนเดียวกัน ที่วันที่รับไว้รักษาครั้งต่อมา ห่างจากวันจำหน่ายครั้งก่อน น้อยกว่า 30 วันในทุกการวินิจฉัยโรค และอาจเกิดจากภาวะแทรกซ้อนของการรักษาโรคเดิม (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2557) อย่างไรก็ตามพบว่าการศึกษาอัตราการกลับมารักษาซ้ำอาจกำหนดตามช่วงเวลาได้ เช่น พิจารณาในช่วงเวลา 2 เดือนหรือ 3 เดือน หลังการจำหน่าย เป็นต้น

### ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการลดการกลับมารักษาซ้ำ

ในต่างประเทศจากการศึกษาของสถาบันพัฒนาสุขภาพ (Institute for Healthcare Improvement, 2009) และ ซิโรว-คาร์โรล, เอดเวอร์ด, และ ลาสบรู (Silow-Carroll, Edwards, & Lashbroo, 2011) พบว่าปัจจัยที่ลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล มีจำนวน 6 ปัจจัย ได้แก่

1. ในขณะที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล การให้การดูแลตามมาตรฐานและมีคุณภาพ จะส่งผลให้ลดการกลับมารักษาซ้ำได้
2. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและการรักษาอย่างถูกต้อง มีการใช้สารสนเทศทางด้านสุขภาพ เช่น แบบบันทึกทางอิเล็กทรอนิกส์ ในการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

3. การวางแผนการดูแลผู้ป่วยและวางแผนการจำหน่าย ควรเป็นแนวทางเดียวกัน และมีการสื่อสารในทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่จะกลับมารับการรักษาซ้ำ
4. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเหมาะสมในการจัดการตนเองเบื้องต้นและให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการปฏิบัติตามคำแนะนำ
5. การติดตามผู้ป่วยหลังจากจำหน่าย เช่น การเยี่ยมบ้าน หรือการติดตามทางโทรศัพท์ เป็นต้น
6. การมีเจ้าหน้าที่ ที่สามารถตอบข้อสงสัยให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ได้ตลอดเวลา มีการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยในเชิงรุก บูรณาการความร่วมมือระหว่างชุมชน และ โรงพยาบาล

สำหรับในประเทศไทยพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่กลับมารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลน้อย โดยมีเพียงการศึกษาของ รพีพันธุ์ สุ่มหิรัญ (2552) ที่รวบรวมและวิเคราะห์หลักฐานงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารับรักษาซ้ำของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยศึกษาในช่วงปี 2534-2551 รวม 38 งานวิจัย พบว่าองค์ประกอบของการจัดการเพื่อลดการกลับมารับรักษาซ้ำของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวประกอบด้วย 3 องค์ประกอบได้แก่ 1) การให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลตนเอง 2) การดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง 3) การดูแลโดยทีมสุขภาพ

นอกจากนี้คำแนะนำในการลดการกลับมารับรักษาซ้ำ จากโรงพยาบาลแคโรไลนาของประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งเรียกระบบนี้ว่า Carolinas Healthcare System (CHS) ไว้ดังนี้ (Gulati, 2012)

1. ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วย ควรให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดการตนเอง ในด้านการรักษา การรับประทานยา และการจัดการเกี่ยวกับชีวิตประจำวัน โดยมีผู้เชี่ยวชาญคอยให้คำแนะนำ และหาแนวทางร่วมกัน ลดรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากเนื่องจากผู้ป่วยจะกังวลว่าจะไม่สามารถปฏิบัติได้ ให้คำแนะนำในการจัดการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง
2. ให้ความมั่นใจในการจัดการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย และชี้ให้เห็นผลดีในการดูแลตนเอง เพื่อให้เกิดการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง ให้คำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ภายในชุมชน
3. มีการร่วมมือกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพในการดูแลด้านต่าง ๆ รวมถึงควรมีนักสังคมสงเคราะห์ในการจัดการปัญหาในด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วย และควรมีพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านในการดูแลผู้ป่วย หรือมีการประสานงานส่งตัวผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อหรือการฟื้นฟู เพื่อให้เกิดแนวทางเดียวกัน ควรมีการติดตามเยี่ยมโดยการเยี่ยมบ้าน หรือการโทรศัพท์ติดตามหลังการจำหน่าย เป็นต้น

## คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคลที่เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพ ภายใต้บริบททางวัฒนธรรมและระบบคุณค่าในสังคมนั้น มีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวังของแต่ละบุคคล (The development of the World Health Organization Quality of Life assessment instrument [WHOQOL]) (WHO, 1998)

### ความหมายของคุณภาพชีวิต

จากพจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถานปี 2525 คุณภาพชีวิต ประกอบด้วยคำ 2 คำ ได้แก่ “คุณภาพ” หมายถึง ลักษณะความดีประจำตัวบุคคลหรือสิ่งของ และ “ชีวิต” หมายถึง ความเป็นอยู่ ดังนั้น คุณภาพชีวิต หมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล (ราชบัณฑิตยสถาน, 2525) โดยองค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป (general quality of life) ว่าเป็นการรับรู้ทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งคุณภาพชีวิตได้บ่งบอกถึงสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ความรู้สึกเป็นปกติสุขในการดำรงชีวิตของแต่ละบุคคล (WHO, 1998) นอกจากนี้คุณภาพชีวิตยังรวมถึงความผาสุก (well being) ซึ่งจะเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการมีชีวิตอยู่ ตามประสบการณ์ของความพึงพอใจ ความรู้สึกเป็นสุขทางด้านร่างกายและจิตใจ คุณภาพชีวิตเป็นนามธรรมที่สะท้อนให้เห็นจากการรับรู้ปัญหาของผู้ป่วยที่ส่งผลกระทบต่อการรักษาต่อต้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล นอกจากนี้ยังมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (health-related quality of life) ซึ่งหมายถึงการรับรู้ส่วนบุคคลหรือเป็นกลุ่มเกี่ยวกับภาวะสุขภาพด้านร่างกายและด้านจิตใจ (CDC, 2000) เนื่องจากในปี ค.ศ.1987 องค์การอนามัยโลกได้ให้คำนิยามของสุขภาพว่า การปราศจากโรค และมีความผาสุกในด้านร่างกาย จิตใจ การปฏิบัติตามบทบาททางสังคม และการรับรู้ความผาสุกของบุคคล ซึ่งหากบุคคลเกิดภาวะความเจ็บป่วยขึ้นก็จะกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต (CDC, 2003)

โดยสรุปความหมายของคุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจในชีวิต รวมถึงความเป็นอยู่ที่ดีในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจ ที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพ มีการเปลี่ยนแปลงและกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล

## องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

องค์การอนามัยโลกได้แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ประกอบไปด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่

1. ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้สภาพของร่างกายของบุคคล เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่จำเป็นต้องพึ่งพายาต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้า หรือวิตกกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่าง ๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรคได้ เป็นต้น

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิตการรับรู้ว่าคุณอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะ ได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

## ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่

1. ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ รายได้ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต การศึกษาของ วิลเลอร์ ช่างวัง, จตุพร หนูสวัสดิ์, วรรัตน์ ประทานวโรปัญญา, และ จิตภา ศิริปัญญา (2554) พบว่าผู้ที่มีอายุน้อยเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะสามารถจัดการกับโรคได้ดีกว่าผู้สูงอายุ และพบว่าเพศหญิงจะสามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคและการรักษาได้ดีกว่าเพศชาย ในผู้ป่วยที่มีอาชีพที่มั่นคง มีรายได้ที่แน่นอน มีหลักประกันทางด้านสุขภาพจะมีแนวโน้มของคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตเนื่องจากการศึกษาเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการพัฒนาความรู้ การคิดอย่างมีเหตุผลสามารถแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามาในชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วย
2. ภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยจะรับรู้อาการและอาการแสดงทางด้านร่างกาย เช่น การหายใจเหนื่อยง่าย และมีอาการเจ็บอก ทำให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีข้อจำกัด และรู้สึกอ่อนเพลียเหนื่อยล้า ซึ่งจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตลดลง (Heidenreich et al., 2006)
3. ด้านจิตใจ อารมณ์ และการมองโลกในแง่ดี จะส่งผลกระทบต่อในการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต และพบว่าหากมีการจัดการอารมณ์ที่เหมาะสมจะทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น (Falk, Patel, Swedberg, & Ekman, 2009)
4. ด้านเศรษฐกิจ พบว่าปัจจัยในด้านเศรษฐกิจมีผลต่อคุณภาพชีวิต เนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลวมีความไม่แน่นอนในอาการและอาจมีอาการที่นับปล้น ได้ตลอดเวลา รวมถึงข้อจำกัดด้านร่างกายทำให้การทำงานลดลง รายได้ลดลงอาจส่งผลกระทบต่อครอบครัว รวมถึงค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการนอนในโรงพยาบาลที่บ่อยครั้งทำให้เกิดภาวะเครียด และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้ (Berry, Murdoch, & McMurray, 2001)
5. ด้านสังคม ผู้ป่วยรับรู้ว่าการได้รับการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ เช่น การได้รับการสนับสนุนดูแลจากคนในครอบครัว ในการดูแลด้านอาหารที่ถูกต้องของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว การรับรู้และเข้าใจในอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้น ให้ความช่วยเหลือ การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของสังคม การที่มีเพื่อนในกลุ่มโรคเดียวกัน ให้ความช่วยเหลือ และสนับสนุนส่งเสริมกันและกัน จะส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี (Murborg, Brm, Aarsland, & Svebak, 1998)
6. ด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อ และการสวดมนต์ขอพร มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิต (Bekelman et al., 2007)

7. พฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพ เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดการดูแลตนเอง ในการรับประทานยา การจำกัดเกลือ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย การควบคุม น้ำหนัก และการจัดการกับอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น การจัดการอาการเบื้องต้นก่อนการพบแพทย์ ล้วนจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (อมรรัตน์ สมมิตร, ชมนาค วรรณพรศิริ, และ สุธาสินี ธรรมอารี, 2554)

### การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกันตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา การวัดคุณภาพชีวิตแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. การประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป (general quality of life) เป็นการประเมินอย่างกว้างๆ เพื่อให้ทราบถึงผลกระทบของโรคหรือการรักษา ไม่ได้มุ่งเน้นเฉพาะเจาะจงที่โรค ใช้กับบุคคลทั่วไปทุกโรค ข้อดีคือสามารถนำข้อมูลมาใช้เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มบุคคล การเจ็บป่วยและการรักษาในแต่ละวิธีได้ ข้อด้อยไม่สามารถประเมินถึงรายละเอียดย่อยของแต่ละโรคหรือการรักษาได้ (กฤติกา ชุณวณิช, 2547) โดยการประเมินส่วนใหญ่จะเน้นการประเมินการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั่วไป และความพึงพอใจ เช่น แบบประเมิน Medication Outcomes study Short Form (SF36), DUKE Health Profile, Quality of Life Systemic Inventory เป็นต้น

2. การประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคหรือการเจ็บป่วย (health-related quality of life) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละโรค หรือการเจ็บป่วย ข้อดี คือสามารถบอกถึงการเปลี่ยนแปลงของโรคในระยะต่าง ๆ ได้ ข้อด้อย คือไม่สามารถนำข้อมูลมาเปรียบเทียบกันได้ พบว่ามีแบบการประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ดังนี้

2.1 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว (Quality of Life in Severe Heart Failure Questionnaire หรือ QLQ-SHF) มีลักษณะเป็นลิเคิร์ตสเกล (likert scale) มี 26 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับกิจกรรมด้านร่างกาย และข้อคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในด้านอารมณ์และสังคม คำตอบเป็นการประมาณค่าด้วยสายตา คะแนนสูงบอถึงคุณภาพชีวิตที่ดี ข้อดีของแบบสอบถามนี้คือให้ความสำคัญในการประเมินด้านจิตใจและความพึงพอใจในชีวิต แต่ข้อด้อยคือการประเมินในด้านอาการและอาการแสดงของร่างกายมีน้อย ผลลัพธ์จากการใช้แบบสอบถามนี้มีความไวปานกลางและใช้ในกลุ่มที่มีจำนวนประชากรน้อย อย่างไรก็ตามไม่เห็นความแตกต่างในการประเมินในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (Nanda & Andresen, 1998)

2.2 แบบสอบถามการใช้ชีวิตอยู่กับภาวะหัวใจล้มเหลวของมินนิโซต้า (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire หรือ MLHFQ) (Rector et al., 1987) สร้างขึ้นจำเพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่

มีภาวะหัวใจล้มเหลว และมีการแปลเป็นภาษาไทยโดย กฤติกา ชูณวงศ์ (2547) โดยเป็นการประเมิน การรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบของภาวะหัวใจล้มเหลว ในด้านร่างกาย สังคม เศรษฐกิจ และด้านจิตใจ มี 21 ข้อคำถาม โดยให้ตอบเป็นลิเคิร์ตสเกล (likert scale) โดยแบ่งคำถามเป็น 3 ส่วนได้แก่ ด้านร่างกาย มี 8 ข้อคำถาม ด้านอารมณ์ มี 5 ข้อคำถาม และด้านทั่วไป มี 8 ข้อคำถาม พบว่ามีความเฉพาะสำหรับการ วัตถุประสงค์ของผู้ป่วยในประเทศไทยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยมีการทำทดสอบความเชื่อมั่น ในการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86 และความเที่ยงตรงของเครื่องมือพบว่ามีความ สัมพันธ์กับระดับความรุนแรง ของภาวะหัวใจล้มเหลว ตามการประเมินของ New York Heart Association (NYHA) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) แบบวัดนี้มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของ ผู้ป่วย มีค่าความเชื่อมั่นในการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89 โดยแบบสอบถามมี คำถามที่มีความกระชับและเข้าใจง่าย สามารถตอบได้ด้วยตัวผู้ป่วยเอง หรือการสัมภาษณ์ พบว่ามีความ เที่ยงตรงในการเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ของ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของภาวะหัวใจ ล้มเหลวกับโรคหัวใจอื่น ๆ

โดยในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการใช้ชีวิตอยู่กับโรคหัวใจล้มเหลวของมินนิโซต้า ของ เรคเตอร์ และคณะ (Rector et al., 1987) แปลเป็นภาษาไทยโดย กฤติกา ชูณวงศ์ (2547) เป็นการ วัดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีการใช้คำถามที่มีความ เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ร่วมกับเป็นข้อคำถามที่สั้นกระชับ และเข้าใจง่าย

#### การจัดการตนเอง

การจัดการตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลต่อการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพของผู้ป่วยโรค เรื้อรังทุกวัย ได้มีผู้ให้ความหมายของการจัดการตนเองไว้อย่างหลากหลาย แต่เป็นการให้คำนิยามตาม การนำไปใช้ในบริบทต่าง ๆ ซึ่งเป็นกระบวนการในปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมสุขภาพและคงไว้ซึ่ง ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (Fu et al., 2003) ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การจัดการตนเองยังรวมถึงการควบคุมโรคได้ ปัจจุบันยังไม่มีคำนิยามที่ชัดเจนแต่เป็นการให้คำนิยาม ตามการนำไปใช้ในบริบทต่าง ๆ มีผู้ให้คำนิยามไว้เช่น

เกรียร์ (Creer, 2000) กล่าวถึงกระบวนการจัดการตนเองว่าเป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยกระทำเพื่อ ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม ทำให้ภาวะสุขภาพดีขึ้น เป็นการควบคุมภาวะแทรกซ้อน จากโรคเรื้อรัง โดยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ขั้นตอนประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย การรวบรวม ข้อมูล การประมวลผลข้อมูล การประเมินผล การตัดสินใจ การปฏิบัติ และการประเมินผลการปฏิบัติ



ลอริก และคณะ (Lorig et al., 2001) กล่าวถึงการจัดการตนเองว่าเป็นการเรียนรู้และมีส่วนร่วมในทักษะเพื่อควบคุมภาวะแทรกซ้อนของโรค และสามารถจัดการด้านอารมณ์ บทบาท และการใช้ยา เพื่อที่จะคงไว้ซึ่งความพอใจในการดำเนินชีวิต

เรดแมน (Redman, 2004) มีความคิดเห็นว่าการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังเป็นการดูแลตนเองด้านยาและการรักษาเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี การเปลี่ยนแปลงแผนการดำเนินชีวิต ร่วมกับการจัดการกับความคับข้องใจ ความโกรธ และภาวะซึมเศร้าได้

แคนเฟอร์ และ โกลด์สไตน์ (Kanfer & Goldstein, 1991) กล่าวว่าจัดการตนเองมีจุดเน้นที่ ความรับผิดชอบของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมของตนเองที่จะแก้ปัญหาในสถานการณ์ที่ตนเองเผชิญอยู่ เรียนรู้ทักษะใหม่ และการจัดการสิ่งแวดล้อมของตนเอง

กล่าวโดยสรุป จากความหมายของการจัดการตนเองที่ค้นคว้ามา ผู้วิจัยจึงให้ความหมายของการจัดการตนเอง ว่าเป็นการที่ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคเรื้อรัง จัดการให้ตนเองได้รับยา และการรักษาอย่างถูกต้อง สามารถจัดการกับบทบาทที่เปลี่ยนไป และสามารถจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อลดผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ

#### แนวคิดการส่งเสริมการจัดการตนเอง

แนวคิดการจัดการตนเองมีการนำเสนออย่างแพร่หลาย โดยเครียร์ซึ่งเป็นผู้ริเริ่มนำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ โดยกล่าวถึงกระบวนการจัดการตนเองว่าเป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยจะต้องทำ เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีคุณภาพ สามารถควบคุมโรคได้ โดยกระบวนการจัดการตนเองตามแนวคิดของเครียร์ประกอบไปด้วย 6 ขั้นตอนดังนี้ (Creer, 2000)

1. การตั้งเป้าหมาย (goal selection) เป็นการกำหนดแนวทางของพฤติกรรมที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ซึ่งเป็นเป้าหมายเฉพาะบุคคลและมีความเฉพาะเจาะจงกับโรค ผู้ป่วยและทีมสุขภาพควรมีเป้าหมายร่วมการ โดยเป้าหมายนั้นต้องสามารถปฏิบัติได้จริง ในการตั้งเป้าหมาย ควรมีเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาว โดยการกำหนดเป้าหมายควรมีการตัดสินใจร่วมกันและมีแนวทางการรักษาหรือการปฏิบัติที่ก่อให้เกิดประโยชน์ในการรักษา ร่วมกับการตั้งเป้าหมาย และทีมสุขภาพต้องมีการบันทึกไว้ เพื่อติดตามพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งเป้าหมายนั้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อลดผลกระทบของอาการและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อน โดยต้องสอดคล้องกับแผนการรักษา ลดผลกระทบด้านจิตใจ สังคม และอารมณ์ของผู้ป่วย ทำให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ตามมาได้

2. การรวบรวมข้อมูล (information collection) เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อเฝ้าระวังตนเอง (self-monitoring) ซึ่งประกอบไปด้วย 2 กิจกรรมได้แก่การสังเกตตนเอง (self-observation) และการบันทึกเกี่ยวกับตนเอง (self-recording) การเฝ้าระวังตนเองเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการจัดการตนเอง การเฝ้าระวังตนเองมี 3 แนวทาง ได้แก่ 1) ผู้ป่วยเฝ้าระวังเฉพาะพฤติกรรมที่กำหนดไว้ ซึ่งไม่ควรเฝ้าระวังมากเกินไป เพราะอาจทำให้รู้สึกวิตกกังวลและเกิดความเครียดได้ 2) การเฝ้าระวังตนเองในสิ่งที่วัดได้ และเป็นเป้าหมายที่กำหนด เช่น การชั่งน้ำหนักในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะบวม เป็นต้น 3) การสังเกตตนเองและการบันทึกข้อมูลด้วยตัวเอง ที่ปฏิบัติจนเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน ในช่วงเวลาที่กำหนดตามเป้าหมาย และส่งต่อข้อมูลให้แก่ทีมสุขภาพ

3. การประมวลผลและประเมินข้อมูล (information processing and evaluation) หลังจากนำข้อมูลที่ได้จากการเฝ้าระวังตนเองมาประมวลผลและประเมินข้อมูล โดยผู้ป่วยสามารถบอกถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นแก่ตนเองได้ เช่น สามารถบอกค่าความดันโลหิตที่ตนเองได้บันทึกว่ามีความผิดปกติหรือไม่ โดยหากผู้ป่วยมีอาการที่เกิดขึ้นเรื้อรัง หรือมีอาการนั้นเป็นประจำต้องอาศัยประสบการณ์ของตนเองในการบอกถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับข้อมูลที่จะใช้ในการเฝ้าระวังตนเอง นอกจากนี้ผู้ป่วยจะต้องบันทึกข้อมูลที่จะบ่งบอกถึงความผิดปกติ และมีแนวทางในการควบคุมโรคของตนเอง โดยใช้แบบบันทึกที่มีมาตรฐาน และมีแนวทางในการประเมินอาการและอาการแสดงอย่างชัดเจน จากนั้นประเมินและตัดสินใจเกี่ยวกับข้อมูลที่พบว่าเป็นไปตามเป้าหมายหรือไม่ หรือแสดงถึงปัญหาหรือความผิดปกติหรือไม่ ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการสอนเกี่ยวกับอาการที่ควรเฝ้าระวังในโรคของตนเอง เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวควรเฝ้าระวังภาวะบวม เป็นต้น เพื่อสามารถประเมินและตัดสินใจข้อมูลที่พบได้ชัดเจนขึ้น นอกจากนี้ต้องประเมินปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหา ผู้ป่วยต้องวิเคราะห์อาการนำและพฤติกรรม ที่ทำให้เกิดความผิดปกติ และผลที่ได้รับ ซึ่งมีความจำเป็นในการวางแผนเลือกแนวทางการปฏิบัติในอนาคต ซึ่งบุคลากรทางด้านสุขภาพจะต้องพิจารณากระบวนการและการประเมินข้อมูลที่ได้รับจากผู้ป่วย ซึ่งมีปัจจัยด้านบริบทในแต่ละบุคคล เช่น ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ร่างกาย การรับรู้ และพฤติกรรมที่ทำให้เกิดการจัดการตนเอง ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลโดยตรงต่อการปฏิบัติที่ทำให้เกิดการจัดการตนเอง

4. การตัดสินใจ (decision making) การตัดสินใจจะเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยและทีมสุขภาพร่วมมือกันในการกำหนดวิธีการจัดการตนเอง เกิดขึ้นภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้เก็บข้อมูล วิธีการปฏิบัติ และการประเมินด้วยตัวเอง โดยการตัดสินใจอยู่บนพื้นฐานการได้รับข้อมูล 2 ประการ ได้แก่ 1) ข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยโดยตรง 2) ข้อมูลที่ได้จากการตัดสินใจของผู้ป่วยจะมีส่วนทำให้เกิดความสำเร็จในการจัดการตนเอง ส่วนแนวทางการตัดสินใจประกอบไปด้วย 7 แนวทาง ได้แก่ 1) พิจารณาเหตุการณ์ที่ทำให้มีอาการกำเริบในแต่ละครั้ง 2) กำหนดแนวทางเลือกในการรักษาแยกเป็นข้อ ๆ 3) ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในการเลือกแนวทางการจัดการตนเองบนพื้นฐานที่เหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย 4) ปรับการรักษาให้

เหมาะสมตามความรุนแรงของโรค 5) หลีกเลี่ยงความเชื่อผิด ๆ ในการจัดการกับอาการที่กำลังเจ็บ  
6) คำนึงถึงความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ 7) หลีกเลี่ยงการเน้นที่ผลของการบันทึกแต่ให้เน้นที่ผู้ป่วย  
ควรจะปฏิบัติอย่างไร

5. การลงมือปฏิบัติ (action) เป็นการปฏิบัติการจัดการตนเองเพื่อควบคุมภาวะโรคเรื้อรัง ควร  
เกิดจากการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยการกระตุ้น การกำกับการดูแล และการรักษาไว้ซึ่งพฤติกรรมในการ  
จัดการตนเอง การเรียนรู้ด้วยตนเองมีผลต่อการจัดการตนเอง 2 ทาง ได้แก่ 1) การที่สามารถควบคุม  
ภาวะของโรคเรื้อรังได้ด้วยตัวเอง และทราบแนวทางในการรักษา 2) การเรียนรู้ด้วยตนเองอาจเป็น  
จุดเริ่มต้นของการปฏิบัติสำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื้อรัง

6. การประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง (self-reaction) เป็นการประเมินผลจากการปฏิบัติกร  
ดูแลตนเองว่าเป็นไปตามสิ่งที่คาดการณ์ไว้หรือไม่ ทั้งนี้ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคเรื้อรังควรได้รับการสอน  
และทำให้เกิดความชำนาญในการจัดการตนเอง และทราบถึงข้อจำกัดเกี่ยวกับการจัดการตนเองเพื่อ  
ควบคุมโรค โดยผู้ป่วยควรจะนำทักษะการจัดการตนเองไปใช้ในการควบคุมโรคซึ่งจะทำให้เกิดการ  
รับรู้สมรรถนะของตนเอง (self-efficacy) ซึ่งจะมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นด้วย

นอกจากนี้การจัดการตนเองตามแนวคิดของ แคนเฟอร์ และ โกลด์สไตน์ (Kanfer & Goldstein,  
1991) ได้เสนอกระบวนการของการจัดการตนเองที่เน้นความรับผิดชอบของบุคคล โดยแบ่งการ  
จัดการตนเองออกเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่

1. การตั้งเป้าหมาย (goal-setting) เป็นสิ่งที่บุคคลต้องการทำให้สำเร็จ การตั้งเป้าหมายต้องมี  
แรงจูงใจ จึงจะนำไปสู่ความสำเร็จ โดยเป้าหมายนั้นอาจมาจากเป้าหมายของผู้ป่วยเพียงคนเดียวหรือ  
การตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วย และทีมสุขภาพก็ได้

2. การติดตามตนเอง (self-monitoring) เป็นการสังเกต ติดตามการบันทึกพฤติกรรมของตนเอง  
และบันทึกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปัญหาสุขภาพที่บุคคลกำลังพยายามจัดการ การติดตามตนเองทำให้  
บุคคลระมัดระวังที่จะไม่แสดงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ แต่จะแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์แทน  
การแสดงพฤติกรรมจึงเป็นไปอย่างรู้ตัวหรือมีสติ ทำให้บุคคลระมัดระวังตัวและจะแสดงพฤติกรรม  
ไปสู่เป้าหมายได้ ถ้าบุคคลทราบว่าพฤติกรรมของตนเองแตกต่างไปจากกลุ่มเป้าหมายหรือมาตรฐานที่  
วางไว้ บุคคลจะพยายามแก้ไขพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้

2.1 ประสิทธิภาพของการติดตามตนเอง ขึ้นอยู่กับปัจจัยดังนี้

2.1.1 ความแม่นยำในการบันทึกพฤติกรรม ถ้าข้อมูลที่บันทึกนั้นมีผลต่อการได้รับ  
การเสริมแรง ความแม่นยำของการบันทึกจะน้อยลง เพราะข้อมูลที่ได้อาจสูงกว่าความเป็นจริง

อาจตรวจสอบความแม่นยำโดยการเปรียบเทียบผลที่ได้จากการบันทึกด้วยตนเองกับผลที่ได้จากผู้อื่น  
สังเกต ถ้าตรงกันก็จะได้รับการเสริมแรง

2.1.2 ลักษณะของผู้บันทึกพฤติกรรม บุคคลนั้นมีความต้องการที่จะพัฒนาพฤติกรรม  
ของตนเองหรือได้รับแรงจูงใจที่จะพัฒนาตนเอง

2.1.3 ความยากง่ายของพฤติกรรมที่กระทำ

2.2 ขั้นตอนในการติดตามตนเองประกอบไปด้วย 6 ขั้นตอนคือ

2.2.1 เลือกและกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายให้ชัดเจน

2.2.2 จำแนกพฤติกรรมเป้าหมายออกเป็นพฤติกรรมย่อยที่สังเกตได้ชัดเจน

2.2.3 กำหนดวิธีการบันทึกและเครื่องมือที่ใช้ในการบันทึก

2.2.4 ทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรม

2.2.5 แสดงผลการบันทึกข้อมูลที่ชัดเจน

2.2.6 วิเคราะห์ข้อมูลที่บันทึก

3. การประเมินตนเอง (self-evaluation) เป็นขั้นตอนของการประเมินเพื่อเปรียบเทียบการ  
ปฏิบัติกิจกรรมหรือพฤติกรรมของตนเองกับเป้าหมายที่กำหนดไว้เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจ  
เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นโดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการสังเกต และการประเมินตนเอง

4. การให้แรงเสริมตนเอง (self-reinforcement) เป็นขั้นตอนของการให้แรงเสริมแก่ตนเองเมื่อ  
ตนเองประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งสำเร็จ  
ซึ่งการเสริมแรงอาจเป็นการเสริมแรงทางบวกหรือทางลบ โดยตัวเสริมแรงอาจเป็นสิ่งของ (material  
reinforcers) ตัวเสริมแรงทางสังคม (social reinforcers) ในลักษณะคำพูดและการแสดงออกทางท่าทาง  
เช่น การชมเชย การยกย่อง การยิ้ม เป็นต้น ตัวเสริมแรงภายใน (covert reinforcers) ซึ่งครอบคลุมความคิด  
ความรู้สึกต่าง ๆ เช่น ความพึงพอใจ ความสุข เป็นต้น

การจัดการตนเองตามแนวคิดของ เคอร์ติน, บัลท์แมน, โทมัส-ฮอว์กิน, วอลเตอร์, และ ชัทเซล  
(Curtin, Bultman, Thomas-Hawkins, Walters, & Schatell, 2001) ได้แบ่งขอบเขตของการจัดการตนเอง  
เป็น 2 มิติ ดังนี้

มิติที่ 1 การจัดการตนเองในมิติของการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย

1. การติดต่อสื่อสารกับทีมสุขภาพ เป็นการจัดการตนเองในการให้ข้อมูล คำแนะนำ การสื่อสาร  
ระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ผู้ป่วยสามารถบอกอาการแสดง ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยของตนเอง  
และได้รับคำแนะนำ คำตอบ การสนับสนุนและแนวทางในการปฏิบัติจากทีมสุขภาพ การยอมรับใน  
แนวทางการปฏิบัติระหว่างผู้ป่วย และทีมสุขภาพ สิ่งสำคัญในการสื่อสารคือ ทีมสุขภาพต้องให้ข้อมูล

ที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติจนเป็นพฤติกรรมดูแลตนเองได้ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สามารถหาแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุดและเป็นไปได้ เพื่อการจัดการกับความเจ็บป่วย และผลของความเจ็บป่วยต่อการดำเนินชีวิต

2. การดูแลตนเองของผู้ป่วย เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการรักษาที่กำหนด ในแนวคิดนี้ผู้ป่วยเป็นผู้เชี่ยวชาญในการดูแลสุขภาพตนเองป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค และการรักษา

3. การปฏิบัติตามแผนการดูแลรักษา เป็นการปฏิบัติตามแผนที่บุคลากรสุขภาพได้กำหนดไว้ ซึ่งจะเกิดผลดีมีประสิทธิภาพได้นั้น ต้องมาจากการจัดการด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ หากทีมสุขภาพมีการสื่อสารที่ดี ผู้ป่วยมีการตอบรับโดยการยอมรับมากกว่าการบังคับ ทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้

4. การลงมือปฏิบัติ กิจกรรมการดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำขึ้นอย่างมีเป้าหมายเพื่อก่อให้เกิดหรือคงไว้ซึ่งความสมบูรณ์ของร่างกาย ดังนั้นพยาบาลควรส่งเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถริเริ่มการปฏิบัติกิจกรรมโดยตนเอง เช่น มีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย การต่อรองเกี่ยวกับการเลือกแนวทางการรักษา การรายงานอาการ เป็นต้น

## มิติที่ 2 การจัดการตนเองในมิติของการดำเนินชีวิตประจำวัน

เป็นการจัดการตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งการกระทำในหน้าที่และบทบาทของบุคคล ประกอบด้วย การจัดการตนเองเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของร่างกาย การจัดการด้านอารมณ์ และสัมพันธภาพ รวมถึงการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่และบทบาทตามปกติ โดยที่บุคคลมีการทบทวนกิจกรรมการดูแลตนเองเข้าใจธรรมชาติ ยอมรับ และเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับภาวะเจ็บป่วย โดยใช้ประสบการณ์ในอดีต หรือการพัฒนาประสบการณ์ใหม่ มาใช้ในการปรับตัวให้เหมาะสมกับสถานการณ์ รวมถึงการควบคุมอารมณ์เกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ความไม่แน่นอนในชีวิต จุดมุ่งหมายและความปรารถนาของบุคคล

## แนวคิดการส่งเสริมการจัดการตนเองของลอริก

ลอริก และ ฮอลแมน (Lorig & Holman, 1993) ได้เสนอแนวคิดการส่งเสริมจัดการตนเองของผู้ป่วยโดยการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) เพื่อจัดการด้านการรักษา (medical management) การจัดการกับระบบการดูแลผู้ป่วย โดยรวมการคัดกรองความเสี่ยง การวินิจฉัย การรักษา การประเมินผลเพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างผลการรักษา คุณภาพชีวิต และค่าใช้จ่าย เน้นให้เกิดความร่วมมือในการรักษาระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ นอกจากนี้ยังเน้นการจัดการกับบทบาท (role management) เนื่องจากบุคคลแต่ละคนจะมีบทบาทและตำแหน่งในสังคมของตนเอง จึงต้องมีการปรับตัว

และกระทำตามบทบาทหน้าที่ของตนเองตามที่สังคมคาดหวัง ซึ่งบทบาทของแต่ละบุคคลแบ่งเป็น บทบาทปฐมภูมิ (primary role) ซึ่งเป็นบทบาทตามการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของแต่ละบุคคล บทบาทนี้จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลในช่วงต่าง ๆ ของชีวิต เช่น วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ เป็นต้น บทบาททุติยภูมิ (secondary role) เป็นบทบาทที่ขึ้นอยู่กับงานที่บุคคลต้องกระทำตามระดับพัฒนาการ ได้แก่ บทบาทในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ ลูก เป็นต้น บทบาทตามอาชีพ เช่น ครู พยาบาล เป็นต้น และบทบาทตติยภูมิ (tertiary role) ซึ่งเป็นบทบาทชั่วคราวที่บุคคลได้รับ เช่น บทบาทในชุมชน บทบาทผู้ป่วย เป็นต้น การที่บุคคลแสดงบทบาทได้เหมาะสม จะต้องประกอบด้วยพฤติกรรม การแสดงออกตามบทบาท ที่เป็นไปตามความคาดหวังของสังคมและมีเจตคติที่ดีต่อบทบาทที่ดำรงอยู่ ถ้าบุคคลมีปัญหาการปรับตัวตามบทบาท บุคคลนั้นจะอยู่ในสังคมอย่างไม่มีความสุข นอกจากนี้ผู้ป่วย ยังต้องจัดการกับอารมณ์ (emotional management) ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถที่จะถ่วงดุลอารมณ์ของตนเองได้ ไม่ว่าจะเป็นความวิตกกังวล ความตื่นเต้น ความกลัว หรือความโกรธ และแสดงออกถึงอารมณ์เหล่านั้นได้อย่างเหมาะสม การจัดการกับอารมณ์นี้ได้หมายความว่าถึงการระงับหรือปฏิเสธ แต่เป็นการเข้าใจและใช้การเข้าใจนั้นเพื่อจะจัดการกับสถานการณ์ได้อย่างดี แนวคิดการจัดการตนเองของลอริก จะเน้นให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นและเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยให้มากที่สุด

ในปี 1996 ลอริก และคณะ (Lorig et al., 1996) ได้พัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเอง โดยใช้แนวคิดของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของเบนคูรา มาเป็นแนวคิดพื้นฐาน ประกอบไปด้วย การให้ความรู้ เสริมสร้างทักษะและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับโรคเรื้อรัง โดยจะทำให้เกิดการจัดการตนเองใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการตนเองในด้านการรักษา เช่น การรับประทานยา หรือการรับประทานอาหารเฉพาะโรค เป็นต้น 2) การจัดการตนเองในด้านบทบาท เป็นการคงไว้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ดี และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับความเจ็บป่วย 3) การจัดการตนเองในด้านอารมณ์ เป็นการให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอารมณ์ที่มีผลกระทบต่อความเจ็บป่วย เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว เป็นต้น โดยเป็นการสอนเป็นกลุ่ม ๆ ละ 10-15 ราย ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ๆ ละ 2 ชั่วโมง 30 นาที เนื้อหาเกี่ยวกับการสอนการจัดการกับอาการ ทักษะการแก้ไขปัญหา การจัดการกับอารมณ์ การออกกำลังกายและการพักผ่อน การใช้ยา การรับประทานยาที่เหมาะสมกับโรค การสื่อสาร โดยครอบคลุมการฝึกทักษะในการปฏิบัติจากการกำหนดแผนการปฏิบัติและประเมินความก้าวหน้า มีการใช้ตัวแบบในพฤติกรรมจัดการตนเอง และกลยุทธ์ในการแก้ปัญหา การพูดชักจูง โดยใช้กลุ่มสนับสนุน และมีการชี้แนะ โดยโปรแกรมจะทำให้เกิดผลลัพธ์ ได้แก่ การมีพฤติกรรมจัดการตนเองดีขึ้น มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะสุขภาพดีขึ้น และอัตราการกลับมารักษาซ้ำลดลง โปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

1. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ และ อาการ อาการแสดง พร้อมทั้งสอนการตั้งเป้าหมาย และวางแผนเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

2. การฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับการจัดการตนเอง ประกอบไปด้วย 6 ทักษะได้แก่

2.1 การแก้ไขปัญหา (problem solving) เป็นการหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันที่เป็นไปได้ โดยการช่วยเหลือ และแนะนำจากกลุ่มหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพ การดำเนินการ และการปฏิบัติ

2.2 การตัดสินใจปฏิบัติ (decision making) ผู้ป่วยต้องมีการตัดสินใจเกี่ยวกับการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของโรค ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลง และสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงนั้น โดยอาศัยพื้นฐานของการได้รับข้อมูลที่เหมาะสม

2.3 การใช้แหล่งข้อมูล (resource utilization) การสอนให้ผู้ป่วยเข้าถึงแหล่งประโยชน์ เช่นการค้นหาข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต การทราบเบอร์โทรศัพท์ หากต้องการความช่วยเหลือ เป็นต้น

2.4 การสร้างสัมพันธภาพกับบุคลากรสุขภาพ (partnership) เพื่อการมีส่วนร่วมในการรักษา โดยผู้ป่วยสามารถรายงานเกี่ยวกับอาการของโรคที่เป็น รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา และตัดสินใจร่วมกันกับทีมสุขภาพ

2.5 การลงมือปฏิบัติ (action) เป็นการวางแผนและแผนนั้นต้องสามารถปฏิบัติได้จริง และมีการประเมินความเชื่อมั่นเป็นคะแนน 1 ถึง 10 โดย 1 หมายถึง ผู้ป่วยไม่มีความเชื่อมั่นเลย และ 10 หมายถึง ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นมาก หากคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน แสดงถึงผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อที่จะบรรลุเป้าหมาย แต่ถ้าคะแนนน้อยกว่า 7 คะแนน จะต้องหาทางแก้ไขเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้

2.6 การปรับทักษะการจัดการตนเองให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

3. การเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง เป็นการเพิ่มความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติดูแลตนเองโดยอาศัย 4 แหล่ง ได้แก่

3.1 การทำให้เกิดทักษะในการปฏิบัติด้วยตนเอง (mastery experience) เป็นการลงมือปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมด้วยตนเอง

3.2 การให้เห็นตัวแบบ (modeling) อาจเป็นสัญลักษณ์ สื่อต่าง ๆ หรือบุคคลที่มีความคล้ายคลึงกันของโรคและสามารถปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองได้ดี เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นตัวอย่างที่ดี

3.3 การกระตุ้นสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and affective stage) ช่วยให้ผู้ป่วยอธิบายเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นจนนำไปสู่อารมณ์ที่แย่ง เนื่องจากอาการที่เกิดขึ้นจะเกิดจากหลายสาเหตุและมีการจัดการที่แตกต่างกันออกไป

3.4 การชักจูงจากสังคม (verbal persuasion) หากสมาชิกในกลุ่มสามารถปฏิบัติได้ และประสบความสำเร็จก็จะทำให้ผู้ป่วยในกลุ่มมีแรงจูงใจในการปฏิบัติ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามมา

#### การส่งเสริมการจัดการตนเองของกลุ่มโรคเรื้อรัง

ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ปัญหาการจัดการดูแลตนเองเป็นสิ่งที่จำเป็น และเป็นเรื่องที่มีความเฉพาะในแต่ละบุคคล ซึ่งเป้าหมายในการดูแลตนเอง คือ ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับโรคนั้น ๆ สังเกตอาการและอาการแสดง และสามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ มีการนำแนวคิดการจัดการตนเองมาประยุกต์ใช้ในกลุ่มโรคเรื้อรัง ดังนี้

ลอริก และคณะ (Lorig et al., 1999) นำโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจ โรคปอด โรคหลอดเลือดสมอง และข้ออักเสบ จำนวน 952 ราย อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 6 เดือน โดยศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม เกี่ยวกับเวลาในการออกกำลังกาย ความถี่ของการเกิดอาการ การสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญ ความเครียด อ่อนล้า บทบาททางสังคม ความเจ็บปวด ความไม่สบาย ภาวะหายใจลำบาก และอารมณ์ พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีพฤติกรรมและภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น จำนวนวันในการนอนโรงพยาบาลลดลง

ลอริก, โซเบล, ริทเตอร์, ลูเรนซ์, และ ฮอบบส์ (Lorig, Sobel, Ritter, Laurent, & Hobbs, 2001) ได้นำโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อจัดการตนเองมาใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลไคเซอร์และคลินิกในประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 613 ราย อายุเฉลี่ย 49 ปี และติดตามผลในเวลา 1 ปี โปรแกรมการจัดการตนเองประกอบไปด้วยการสอนทักษะในการจัดการตนเอง การเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น มีสมรรถนะในตนเอง มีภาวะสุขภาพที่ดี และลดการเข้ารับการรักษาซ้ำที่แผนกฉุกเฉิน

ในปี ค.ศ. 2003 ฟู และคณะ (Fu et al., 2003) ได้นำโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อจัดการตนเองของลอริกไปประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยเรื้อรัง ประกอบไปด้วย โรคหัวใจ โรคปอดเรื้อรัง โรคข้ออักเสบ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคเบาหวาน ของประเทศจีน จำนวน 954 ราย อายุระหว่าง 29-89 ปี ใช้เวลาในการศึกษา 6 เดือน ในโปรแกรมการจัดการตนเองประกอบไปด้วย การปรับเปลี่ยนวิธีการออกกำลังกาย เทคนิคการจัดการกับอาการเจ็บป่วย แนวทางการผ่อนคลาย การปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร การจัดการเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าและการนอนหลับ การจัดการกับอารมณ์กลัว



โกรธ และซึมเศร้า การติดต่อสื่อสารกับทีมสุขภาพ การรวบรวมปัญหาและการตัดสินใจในการแก้ปัญหา พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ มีสมรรถนะในตนเอง มีภาวะสุขภาพที่ดี และเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลลดลง

ต่อมาในปี ค.ศ. 2005 บาร์โลว์, ไรท์, เทอเนอร์, และ แบนครอฟท์ (Barlow, Wright, Turner, & Bancroft, 2005) ได้นำโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดปกติ (endometriosis), โรคซึมเศร้า (depression), อาการอ่อนล้าจากสมองและไขสันหลังอักเสบ (myalgic encephalomyelitis), เบาหวาน (diabetes), กระดูกพรุน (osteoporosis) และโปลิโอ (polio) ในประเทศสหราชอาณาจักร จำนวน 171 ราย อายุเฉลี่ย 54 ปี ระยะเวลา 12 เดือน มีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง 4 เดือน ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับอาการ และการจัดการกับอาการที่ผิดปกติ สามารถสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญหากมีความผิดปกติ มีสมรรถนะในตนเองเพิ่มขึ้น ความอ่อนล้า ความกังวล และอาการซึมเศร้าลดลง

โจนนั และ ไรอาซี (Jones & Riazi, 2011) ศึกษาแบบการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดคอสมอง โดยมีวัตถุประสงค์คือศึกษาถึงอิทธิพลของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดคอสมอง และหาหลักฐานเชิงประจักษ์ในการสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยมีพื้นฐานมาจากการรับรู้ความสามารถของตนเองสำหรับผู้รอดชีวิตจากอาการป่วย โดยนำข้อมูลจาก Medline, Embase, Psychlit, Web of Science และ AMED and Cochrane ระหว่างปี 2000-2009 เป็นงานวิจัยที่มีความสัมพันธ์กันของการรับรู้ความสามารถของตนเองกับการฟื้นฟูสุขภาพ โดยวัดจากการมีส่วนร่วมหรือกิจกรรมของผู้ป่วยหลอดเลือดคอสมอง และงานวิจัยที่ทดสอบประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการจัดการตนเองที่ออกแบบมาสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดคอสมอง โดยมีการใช้กรอบแนวคิดของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหรือกรอบแนวคิดที่คล้ายคลึงกัน จากบทความ 104 เรื่อง พบว่ามี 22 บทความที่นำมาศึกษาต่อ ผู้วิจัยพบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นตัวแปรสำคัญต่อผลลัพธ์ต่าง ๆ ได้แก่ คุณภาพชีวิต การรับรู้ถึงภาวะสุขภาพ อาการซึมเศร้า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการทำหน้าที่ของร่างกาย

สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาผลของการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มต่าง ๆ จิตติมา จรุงสุทธิ (2545) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยเบาหวานต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและคุณภาพชีวิต โดยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน จำนวน 40 ราย ศึกษาที่คลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนายายอาม ผลการวิจัยพบว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลใน

เลือดได้ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม โดยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม นอกจากนี้ ชดช้อย วัฒนะ (2549) ได้ทดสอบผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้นในผู้ป่วยเบาหวานต่อการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยชาวไทยที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 37-75 ปี จำนวน 147 ราย ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนและสถานบริการสุขภาพแบบปฐมภูมิในจังหวัดจันทบุรี โดยกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การอภิปรายร่วมกันของกลุ่มตัวอย่าง และการติดตามเยี่ยมบ้าน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงสู่ระดับปกติ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และมีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อนุญา บำรุงพันธ์, วันดี บุญเกิด, และ พัชรี ประภาสิต (2554) ศึกษาผลของการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นต่อระดับคุณภาพชีวิต ในกลุ่มตัวอย่าง อายุ 40-49 ปี จำนวน 16 ราย ที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ซึ่งโปรแกรมการจัดการตนเองประกอบไปด้วย การเสริมความรู้ ทักษะการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด การกระตุ้นการออกกำลังกาย และการจัดกิจกรรมที่สร้างกำลังใจในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานด้วยกัน โดยมีพยาบาลเป็นผู้ประสานงาน พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ทำให้คุณภาพชีวิตสูงขึ้น และพบว่าจากการศึกษาของ พัชรี อ่างบุญตา (2554) ได้ทดสอบโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 52 ราย ที่รับการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแม่แตง ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองมีผลให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานมีพฤติกรรมจัดการตนเองเพิ่มขึ้นและมีระดับฮีโมโกลบินเอวันซีต่ำลง ซึ่งพยาบาลสามารถใช้โปรแกรมนี้เป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานเพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีประสิทธิภาพได้

กล่าวโดยสรุปโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานมีผลให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น การควบคุมโรคได้ดีขึ้น และคุณภาพชีวิตดีขึ้น

นอกจากนี้การศึกษาของโปรแกรมการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเขตภาคใต้ตอนล่างต่ออาการหายใจลำบาก โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 35-59 ปี จำนวน 40 ราย ผลการวิจัยพบว่าอาการหายใจลำบากของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองน้อย

กว่าก่อนการทดลอง และอาการหายใจลำบากภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองกลุ่มทดลอง น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (จินตนา บัวทองจันทร์, 2548)

สำหรับการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เดอวอลท์ และคณะ (DeWalt et al., 2006) ได้นำโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อจัดการตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มีการอ่านเขียนต่ำ จำนวน 123 ราย อายุระหว่าง 30-80 ปี ใช้เวลาในการศึกษา 12 เดือน โดยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาขับปัสสาวะ และมีการให้ความรู้ การชั่งน้ำหนัก หากมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยสามารถปรับยาขับปัสสาวะได้ด้วยตนเอง และสังเกตอาการและอาการแสดงอื่นที่มีความผิดปกติ มีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ พบว่าผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง จำนวนวันในการนอนโรงพยาบาลและอัตราการเสียชีวิตลดลง

โจวิตติค และคณะ (Jovicic et al., 2006) ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบโดยวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับ โปรแกรมการให้ความรู้เพื่อจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จาก MEDLINE, EMBASE, CINAHL, the ACP, Journal Club database และ the Cochrane ในกลุ่มประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ผู้วิจัยศึกษาเกี่ยวกับการกลับมารักษาซ้ำ อัตราการเสียชีวิต และคุณภาพชีวิต จากบทคัดย่อของงานวิจัยจำนวน 671 งานวิจัย คัดเหลือ 6 งานวิจัย รวมจำนวนผู้ป่วย 857 ราย ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองช่วยลดการกลับมารักษาซ้ำ อัตราการเสียชีวิต และคุณภาพชีวิตดีขึ้น และ ไคทิวิง และคณะ (Ditewing et al., 2010) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อจัดการตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่ออัตราการเสียชีวิต พฤติกรรมการจัดการตนเองในขณะที่มีภาวะหายใจลำบาก จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจาก MEDLINE, EMBASE, และCINAHL ระหว่างปี 1996-2009 จำนวน 19 งานวิจัย ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองมีผลต่อการลดอัตราการเสียชีวิต การกลับมารักษาซ้ำ อัตราการนอนโรงพยาบาล และทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง ทำให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณที่ดี ทำให้ผู้ป่วยมีสมรรถนะในตัวเอง และมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติเพิ่มขึ้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้สามารถอยู่กับโรคเรื้อรัง สามารถจัดการกับอารมณ์ และบทบาทที่เกิดขึ้นเนื่องจากความเจ็บป่วย ส่งผลให้มีภาวะสุขภาพที่ดี และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้ผลของโปรแกรมยังช่วยลดการกลับมารักษาซ้ำ และการเสียชีวิตได้

## การส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะที่เกิดขึ้นอย่างเรื้อรังที่ไม่สามารถทำนายแบบแผนได้ภาวะการดำเนินของโรคเป็นไปด้วยความไม่แน่นอน ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม จากแนวคิดทฤษฎีวิถีทางความเจ็บป่วย (Trajectory Theory) (Granger, Moser, Germino, Harrell, & Ekman, 2006) โดยระยะคงที่ (stable phase) เป็นระยะที่อาการและอาการแสดงของความเจ็บป่วยอยู่ภายใต้การควบคุมและสามารถจัดการกับความเจ็บป่วยได้ แต่หากอาการกำเริบก็จะเข้าสู่ระยะที่ไม่แน่นอนของโรค (unstable phase) ถ้าผู้ป่วยยังคงไม่สามารถจัดการกับอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวได้ก็จะส่งผลให้เกิดความรุนแรงและอาการแสดงที่ไม่สามารถบรรเทา หรือเกิดอาการแทรกซ้อนของโรค (acute phase) ทำให้ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน และภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนี้อาจส่งผลกระทบต่อขั้นเสียชีวิตได้ (crisis phase) แต่หากได้รับการรักษาแล้วอาการของโรคดีขึ้นก็จะเข้าสู่ระยะของการย้อนกลับของการเจ็บป่วยเรื้อรัง (comeback) ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มักขาดความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง จึงไม่ได้มาพบแพทย์ทันทีที่มีอาการผิดปกติ ทำให้ต้องกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลจากภาวะแทรกซ้อนของภาวะหัวใจล้มเหลว (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551) ซึ่งในการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีความยั่งยืนหากผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมสามารถจัดการเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ (Ojeda et al, 2005) ในปัจจุบันมีงานวิจัยที่ศึกษาผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้แนวคิดต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมการจัดการตนเองตามแนวคิดของลอริกและฮอลแมนเป็นโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเอง 3 ด้าน ได้แก่ (Lorig & Holman, 2003)

1. การจัดการตนเองด้านการรักษา (medical management) ได้แก่ การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ การเฝ้าระวังน้ำและเกลือคั่ง การปรับยาขับปัสสาวะด้วยตัวเอง การควบคุมภาวะโภชนาการ การจำกัดการบริโภคเกลือ การจำกัดน้ำ และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย และการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพศสัมพันธ์ การเดินทาง โดยเฝ้าระวังอาการและอาการแสดง ดังต่อไปนี้ 1) น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว 2) ภาวะน้ำคั่งภายในร่างกาย 3) อาการเหนื่อยหอบหลังการนอนราบ 4) อาการสะดุ้งตื่นในเวลากลางคืน 5) อาการเหนื่อยง่าย 6) อาการไอ

2. การจัดการตนเองด้านอารมณ์ (emotional management) ได้แก่ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และปัญหาต่าง ๆ โดยการใช้กลุ่มเป็นตัวกระตุ้นในการเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างถูกต้อง

และต่อเนื่อง กล่าวชมเชยหากผู้ป่วยปฏิบัติได้ถูกต้อง แนะนำการสร้างสมดุลทางอารมณ์ และเชื่อมโยงกับครอบครัวของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป

3. การจัดการตนเองด้านบทบาท (role management) การสร้างความตระหนักและความสามารถในการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตั้งเป้าหมายในการรักษา เข้าใจอุปสรรคและข้อจำกัดของตนเอง รวมทั้งสามารถประเมินสภาวะสุขภาพของตนเองได้ว่า สามารถจัดการตนเองได้หรือควรพบแพทย์ แนะนำให้ผู้ป่วยจัดการกับบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไป และคงไว้ตามความสามารถของผู้ป่วยให้มากที่สุด

ทั้งนี้ ลอริก และ ฮอลแมน (Lorig & Holman, 2003) มุ่งเน้นการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองด้านต่างๆ โดยใช้วิธีการสอนแบบกลุ่ม ๆ ละ 10-15 ราย โดยมีผู้ป่วยและ/หรือ พยาบาลเป็นผู้นำกลุ่มโดยมีการให้ความรู้ครอบคลุมเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว การตั้งเป้าหมายและการกำหนดผลการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ในการฝึกทักษะเน้นการฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับการจัดการตนเอง 6 ทักษะ ได้แก่ 1) การแก้ไขปัญหา 2) การตัดสินใจปฏิบัติ 3) การใช้แหล่งข้อมูล 4) การสร้างสัมพันธ์กับบุคลากรสุขภาพ 5) การลงมือปฏิบัติ 6) การปรับทักษะการจัดการตนเองให้เหมาะสมในแต่ละบุคคล ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ๆ ละ 2 ชั่วโมง 30 นาที

นอกจากนี้ มีงานวิจัยที่ใช้แนวคิดของเครียร์ ได้แก่ การศึกษาของ ศิริวรรณ ตั้งวิจิตรสกุล (2550) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 30 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ อายุระหว่าง 40-59 ปี โดยกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีระยะเวลา 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค 5 ครั้ง ครั้งละ 30-60 นาที 2) การฝึกปฏิบัติการจัดการตนเอง 6 ขั้นตอน ในสัปดาห์ที่ 4 และ 5 3) การประเมินผลในสัปดาห์ที่ 6 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และมีการศึกษาของ ลดาวัลย์ ฤทธิกล้า (2554) ได้กำหนดโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อลดอาการหายใจลำบาก ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 61-80 ปี ณ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 48 ราย เป็นเวลา 12 สัปดาห์ โปรแกรมประกอบด้วย 1) การให้ความรู้ (self-management education) เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวและการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค โดยผู้วิจัยให้ความรู้เป็นรายบุคคลในสัปดาห์ที่ 1 2) ฝึกการจัดการตนเองในการควบคุมโรค (self-management skill training) ให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติตามโปรแกรมโดยการสาธิตย้อนกลับ ในสัปดาห์ที่ 1 โดยใช้ขั้นตอนการจัดการตนเองของ เครียร์ (Creer, 2000) เป็นกรอบแนวคิด รายละเอียดขั้นตอนดังนี้ การตั้งเป้าหมายร่วมกัน (goal setting), การรวบรวมข้อมูล (information collection), การประมวลและประเมินผลข้อมูล (information processing and evaluation), การตัดสินใจ (decision

making), การลงมือปฏิบัติ (acting) และการประเมินผล (self-reaction) ผู้วิจัยได้มอบคู่มือการปฏิบัติตนในการควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อให้เป็นแนวทางปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองตามโปรแกรมการจัดการตนเองที่บ้าน โดยมีการลงบันทึกลงในคู่มือและมีการติดตามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองทุกสัปดาห์เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ตามที่ได้รับการฝึกปฏิบัติ ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 8 และประเมินภาวะการหายใจลำบาก และคุณภาพชีวิตในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 12 พบว่าการส่งเสริมการจัดการตนเองมีประสิทธิภาพในการเพิ่มพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ลดการหายใจลำบาก เพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและเพิ่มคุณภาพชีวิต

อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการส่งเสริมการจัดการตนเองของลอริกในการทำวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา มีการฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับการจัดการตนเอง และมีการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรคของตนเอง ร่วมกับจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาที่ผ่านมามีการนำแนวคิดการจัดการตนเองของลอริกไปใช้กับกลุ่มโรคเรื้อรังแล้วพบว่าเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี

### **ความสัมพันธ์ระหว่างการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกับคุณภาพชีวิต**

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการคล้ายกันแต่คุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกัน เนื่องจากมีการรับรู้ที่แตกต่างกัน (Grigioni et al., 2003) ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจึงควรส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามความสามารถของร่างกายที่เหลืออยู่ พบว่าเมื่อเปรียบเทียบภาวะหัวใจล้มเหลวกับโรคเรื้อรังอื่น ๆ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีคุณภาพชีวิตลดลงอย่างชัดเจน (Juenger et al., 2002) ดังนั้นคุณภาพชีวิตจะสะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบหลายมิติซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อในการรักษาและการใช้ชีวิตประจำวัน (Westlake et al., 2002) ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่ามีอาการและอาการแสดงในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และอารมณ์ เช่น อาการหายใจลำบาก ความเหนื่อยล้า อาการบวม เป็นต้น ซึ่งปัญหาดังกล่าวทำให้ข้อจำกัดด้านร่างกาย และการเข้าสังคม เกิดภาวะเครียดตามมา นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีปัญหาอันหลับยาก และความสุขสบายจากการเจ็บอก อาการเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันทั้งสิ้น ทำให้มีคุณภาพชีวิตลดลง (Riedinger et al., 2001) ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเป้าหมายคือการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำ ทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา เป็นผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในด้านภาวะสุขภาพ ซึ่งจะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจาก MEDLINE, EMBASE, CINAHL, the ACP, Journal Club database และ the Cochrane ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการจัดการตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ได้ศึกษาจากบทคัดย่อของงานวิจัยจำนวน 671 งานวิจัย คัดเหลือ 6 งานวิจัย รวมจำนวนผู้ป่วย 857 ราย ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น (Jovicic et al., 2006) และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจาก MEDLINE, EMBASE และ CINAHL ระหว่างปี 1996-2009 จำนวน 19 งานวิจัย พบว่าทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น (Ditewing et al., 2010) เช่นกัน

สำหรับประเทศไทยพบว่า การศึกษาของ ศิริวรรณ ตั้งวิจิตรสกุล (2550) เกี่ยวกับผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มีอายุระหว่าง 40-59 ปี พบว่าหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการตนเอง ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ได้ทำให้คุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม แต่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปไม่ได้เน้นการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ และ ลดาวัลย์ ฤทธิกล้า (2554) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง ภาวะหายใจลำบาก ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพในการเพิ่มพฤติกรรมจัดการตนเอง ลดการหายใจลำบาก เพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันและเพิ่มคุณภาพชีวิต แต่ไม่ได้ศึกษาถึงอัตราการกลับมารักษาซ้ำ

นอกจากนี้มีการนำแนวคิดการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น จิตติมา จรุงสิทธิ์ (2545) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ผลการวิจัยพบว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานภายหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม และ ชดช้อย วัฒนะ (2549) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานต่อการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยชาวไทยที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงสู่ระดับปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และมีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้ อนัญญา บำรุงพันธ์ และคณะ (2554) ได้ศึกษาผลการใช้รูปแบบการจัดการตนเองต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะสั้น ในโรงพยาบาลพระปกเกล้า จำนวน 16 ราย อายุระหว่าง 40-49 ปี โปรแกรมการจัดการตนเองประกอบ

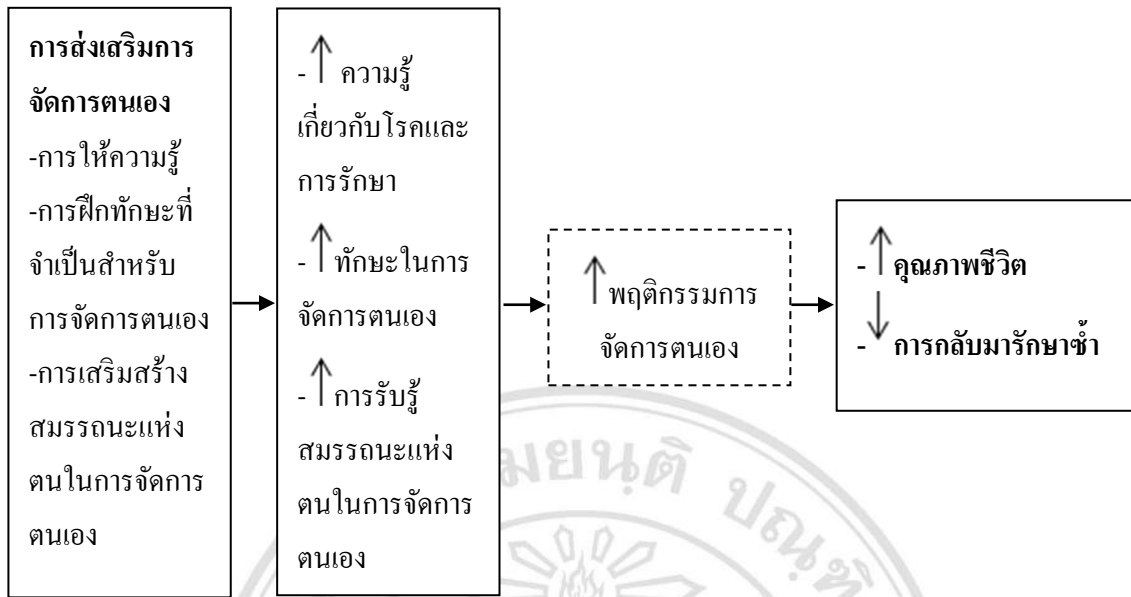
ไปด้วย การเสริมความรู้ ทักษะการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด การกระตุ้นการออกกำลังกาย และการจัดกิจกรรมที่สร้างกำลังใจในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานด้วยกัน โดยมีพยาบาลเป็นผู้ประสานงาน พบว่าหลังได้รับการดูแลด้วยรูปแบบการจัดการตนเอง มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการจัดการตนเอง

จากผลการศึกษาที่กล่าวมาแสดงให้เห็นว่าการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยการส่งเสริมการจัดการตนเองทำให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของการส่งเสริมจัดการตนเองของ ลอริก และ ฮอลแมน (Lorig & Holman, 2003) ซึ่งได้กล่าวถึงการจัดการตนเองว่าเป็นการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยเรื้อรัง เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี การส่งเสริมการจัดการตนเองเป็นการดำเนินการเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองด้านการรักษา (medical management) เพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างผลการรักษา คุณภาพชีวิต และค่าใช้จ่าย เน้นให้เกิดความร่วมมือในการรักษาระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ การจัดการตนเองด้านบทบาท (role management) เพื่อให้เกิดการจัดการกับบทบาทในสังคมของตนเอง การปรับตัวให้เหมาะสม และกระทำตามบทบาทหน้าที่ของตนเองตามความสามารถที่เหลืออยู่ การจัดการตนเองด้านอารมณ์ (emotional management) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับอารมณ์และแสดงออกได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้สามารถจัดการกับสถานการณ์ได้อย่างดี โดยวิธีการส่งเสริมการจัดการตนเองประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา การเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง โดยใช้วิธีการ ได้แก่ การประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (mastery experience), การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasions), การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (modeling) และการกระตุ้นสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and affective stage) การฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับการจัดการตนเอง 6 ทักษะ ได้แก่ การแก้ไขปัญหา (problem solving), การตัดสินใจปฏิบัติ (decision making), การใช้แหล่งข้อมูล (resource utilization), การสร้างสัมพันธ์กับบุคลากรสุขภาพ (partnership), การลงมือปฏิบัติ (action) และการปรับทักษะการจัดการตนเองให้เหมาะสมในแต่ละบุคคล (self-tailoring) โดยการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ทักษะในการจัดการตนเอง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และการกลับมารักษาซ้ำลดลง ดังภาพที่ 1





ภาพที่ 1. แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย