



ผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อคุณภาพชีวิตและอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

Effects of Self-management Enhancement on Quality of Life and Rehospitalization Rate Among Elderly with Heart Failure

| | | | |
|--------|-----------------|-----------|----------------|
| ฐิติมา | ทาสูวรรณอินทร์* | Tithima | Tasuwanin* |
| ลินจง | โพธิบาล** | Linchong | Pothiban** |
| ทศพร | คำผลศิริ*** | Totsaporn | Khampolsiri*** |

บทคัดย่อ

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่สำคัญและพบบ่อยในผู้สูงอายุ การจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพเป็นสิ่งจำเป็นที่ช่วยให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อคุณภาพชีวิตและอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มารับการรักษาที่ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงสิงหาคม พ.ศ. 255 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่คัดเลือกโดยการสุ่มจากผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดจำนวน 44 ราย สุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง 22 ราย กลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองระยะเวลา 6 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง 30 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ การรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวของมินนิโซตา และแบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติทดสอบค่าที และสถิติทดสอบค่าซี

ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผู้สูงอายุที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนอัตราการกลับมารักษาซ้ำต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .001$)

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมการจัดการตนเองทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น และมีแนวโน้มที่จะลดการกลับมารักษาซ้ำ ดังนั้นพยาบาลสามารถนำวิธีการส่งเสริมการจัดการตนเองของการศึกษานี้มาใช้

* พยาบาลวิชาชีพ
 * Professional Nurse, tithima29@hotmail.com
 ** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 ** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
 *** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 *** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University



ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ : การส่งเสริมการจัดการตนเอง, การจัดการตนเอง, คุณภาพชีวิต, อัตราการกลับมารักษาซ้ำ, ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

Abstract

Heart failure is a major chronic illness frequently found in elderly populations. To maintain quality of life, patients need to effectively self-manage their health conditions. This two group pre-test /post-test experimental research aimed to investigate the effect of self-management initiatives on quality of life and measurement of re-hospitalization rates among elderly patients with heart failure, attending the outpatient department at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital during May-August, 2014. The participants included 44 elderly patients randomly selected from those who met the inclusion criteria. The participants were randomly assigned into equal experimental and control groups. The experimental group received 6-weeks of self-management health enhancement with 2.5 hours of weekly activities. The control group received usual nursing care. Data were collected using a Personal Data Recording Form, Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire, and Re-Hospitalization Recording Form. Data were analyzed using descriptive statistics, t-test, and Z-test.

The result of this study revealed that, after receiving the self-management enhancement plan, the quality of life of elderly persons with heart failure was significantly higher than those receiving usual nursing care. The elderly persons receiving this self-management enhancement plan had better quality of life than those receiving usual nursing care ($p < .001$), while the re-hospitalization rate tended to decrease, however without statistical significance ($p > .001$).

The results from this study indicate that self-management enhancement improves quality of life and tends to decrease re-hospitalization rates in elderly populations with heart failure. Therefore, nurses should administer the self-management enhancement plan to elderly patients, to help them effectively self-manage their health, prevent complications, and attain a better quality of life

Key words: self-management enhancement, self-management behaviors, quality of life, re-hospitalization rate, The elderly with heart failures.



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุ จากรายงานของ World Health Organization [WHO], 2011 ในปี 2009 พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งรวมทั้งวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุเป็นจำนวน 7.2 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 12.2 ของสาเหตุการตายทั้งหมด และมีการคาดการณ์ว่าในปี 2030 การเสียชีวิตจากโรคนี้จะเพิ่มขึ้นเป็น 23.6 ล้านคนทั่วโลก สำหรับประเทศไทยพบว่าได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวรวมอยู่ในสถิติของโรคหัวใจและหลอดเลือด ข้อมูลจากสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เข้ามารักษาตัวเป็นผู้ป่วยในระหว่างปี พ.ศ. 2550-2555 เพิ่มขึ้นจาก 394.64 เป็น 576.96 ต่อประชากร 100,000 คน Policy and Strategy Office of the Permanent Secretary for Public Health, 2012 จะเห็นได้ว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้เพียงพอกับความต้องการของเนื้อเยื่อหรือมีความดันในห้องหัวใจสูงกว่าปกติ เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ มีการแข็งตัวของผนังหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดใหญ่ ส่งผลให้การทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ปริมาณเลือดที่ถูกบีบออกจากหัวใจแต่ละครั้งลดลง ในระยะแรกร่างกายจะมีการปรับตัวอัตโนมัติ และปรับเปลี่ยนรูปร่างของหัวใจเพื่อเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ แต่ในระยะยาวการปรับตัวดังกล่าวส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจแต่ละครั้งลดลง จึงทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้มากกว่าวัยอื่นๆ (Oxenham & Sharpe, 2002) ทำให้เกิดอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ที่สำคัญได้แก่ อาการเหนื่อยง่าย ไอ หายใจลำบาก หอบเหนื่อย อาการบวมที่แขน ขา หรือ บริเวณที่ห้อยต่ำ ตับโต ท้องมาน เป็นต้น กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่

บุคลากรที่เกี่ยวข้องจะต้องตระหนักถึงปัญหาและหาวิธีการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถจัดการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ อันจะช่วยป้องกัน การกลับมารักษาซ้ำ และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การกลับมารักษาซ้ำ เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมโรคและอาการของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ การกลับมารักษาซ้ำหมายถึงการที่ผู้ป่วยมารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลภายใน 30 วันหลังมารับบริการตรวจรักษาด้วยโรคเดิมหรือจากภาวะแทรกซ้อน Centers Medicare & Medicaid Services [CMS], 2011 ผู้สูงอายุซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆ ไปในทางเสื่อมถอย และมักพบภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรงใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพหลังการเจ็บป่วยที่นานกว่าวัยอื่น ทำให้มีโอกาสเกิดอาการรุนแรงขึ้นและเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ หลังออกจากโรงพยาบาลได้ อันจะทำให้ต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำและมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีได้

คุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ความสุขและความพึงพอใจของแต่ละบุคคล ในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ รวมถึงภาวะสุขภาพ โดยปัจจัยหลักที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตได้แก่ ข้อจำกัดด้านร่างกาย การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะจิตใจ และสังคม (Dunderdale et al., 2005) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งเป็นภาวะเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง มักเกิดความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเนื่องจากอาการอาจกำเริบได้ ทำให้เกิดภาวะเครียดและวิตกกังวล อันจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตลดลง จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการที่ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดผลในด้านสุขภาพที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นบุคลากรสุขภาพต้องให้การสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการจัดการดูแลตนเองและมีการปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสม



การจัดการตนเองเป็นการเรียนรู้และมีส่วนร่วมในทักษะที่เกี่ยวกับการจัดการด้านการรักษา (medical management) ด้านบทบาท (role management) และด้านอารมณ์(emotional management) ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น ลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคและทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลอริกได้พัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเอง โดยใช้การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการดูแลตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลตามเป้าหมาย รวมทั้งมีการฝึกฝนการจัดการตนเอง 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) และ (6) การปรับทักษะการจัดการตนเองให้เหมาะสมในแต่ละบุคคล (self-tailoring) (Lorig, 2001) มีการศึกษาพบว่า การส่งเสริมการจัดการตนเองในโรคเรื้อรังทำให้ พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ มีสมรรถนะในตนเองเพิ่มขึ้น มีภาวะสุขภาพดี และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง (Dongbo et al., 2003; Lorig et al., 2001) และมีการศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่าสามารถลดการกลับมารักษาซ้ำ ลดการเสียชีวิต และทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น (Ditewing, Blok, Havers, & Veenendaal, 2010; Jovicic, Leduc, & Straus, 2006) เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมาก่อน ร่วมกับยังไม่มีแนวทางที่มีความเฉพาะเจาะจงในการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีวัตถุประสงค์ที่จะทำการศึกษามูลค่าการส่งเสริมการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยจะศึกษาผลลัพธ์ ได้แก่ คุณภาพชีวิตและอัตราการกลับมารักษาซ้ำ ซึ่งผลการศึกษาจะเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. หลังได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเอง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของการส่งเสริมการจัดการตนเองของ Lorig & Holman (2003) ซึ่งได้กล่าวถึงการจัดการตนเองว่าเป็นการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยเรื้อรัง เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี การส่งเสริมการจัดการตนเองเป็นการดำเนินการเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองด้านการรักษา การจัดการตนเองด้านบทบาท และการจัดการตนเองด้านอารมณ์ โดยวิธีการส่งเสริมการจัดการตนเองประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา การเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง โดยใช้วิธีการ ได้แก่ การประสบความสำเร็จด้วยตนเอง, การชักจูงด้วย



คำพูด, การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น และการกระตุ้นสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ และการฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับการจัดการตนเอง 6 ทักษะ ได้แก่ การแก้ไขปัญหา, การตัดสินใจปฏิบัติ, การใช้แหล่งข้อมูล, การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคลากรสุขภาพ, การลงมือปฏิบัติ และการปรับทักษะการจัดการตนเองให้เหมาะสมในแต่ละบุคคล โดยการส่งเสริมการจัดการตนเองจะทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีความรู้ และทักษะในการจัดการตนเองรวมทั้งมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และการกลับมารักษาซ้ำลดลง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60-79 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่มารับการรักษาที่คลินิกภาวะหัวใจล้มเหลว แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกำหนดโดยวิธี power analysis โดยใช้ระดับความเชื่อมั่น .05 อำนาจการทดสอบ (level of power) .80 ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) 3.57 จากการคำนวณผลการศึกษาที่ผ่านมา (Ritklar, 2009) จากการเปิดตารางสำเร็จรูปที่ใช้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกลุ่ม (Polit & Hungler, 1999) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 36 ราย ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายจากการวิจัย 10 เปอร์เซ็นต์ จึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 44 ราย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้เลือกผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ได้แก่ (1) อายุตั้งแต่ 60-79 ปีขึ้นไป (2) สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ (3) ได้รับการ

ประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมินนิโซต้าอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง (4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้แก่ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดระดับรุนแรง มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย และ (5) ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย จากนั้นทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง 44 ราย และสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบไปด้วย (1) แผนการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น (2) คู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (3) แบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของ Ladawan Ritklar (2011) (4) คำถามเพื่อประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น

เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วย (1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (2) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของมินนิโซต้า ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยกฤติกา (Chunnawong, 2004) (3) แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แผนการส่งเสริมการจัดการตนเอง คู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และคำถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลจำนวน 1 ท่าน และพยาบาลจำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว แล้วนำเครื่องมือดังกล่าวไปทดสอบกับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว 3 ราย และได้ปรับปรุงก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง สำหรับแบบวัดพฤติกรรมจัดการตนเอง และแบบวัดคุณภาพชีวิต มีค่าความตรงตามเนื้อหา ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ผู้วิจัยไม่ได้ทดสอบหาความเที่ยงตรงของเนื้อหาซ้ำ แต่ได้หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือดังกล่าวได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .88 และ .82 ตามลำดับ



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติให้ดำเนินการจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ เลขที่ Full-067-2556 และคณะแพทยศาสตร์ เลขที่ FAC-MED-2557-02248 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างการวิจัยโดยแจ้งให้ทราบว่าการเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ขณะดำเนินการวิจัยกลุ่มทดลองมีสิทธิในการขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษา โดยข้อมูลที่ได้เก็บเป็นความลับ และมีการนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยและรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้แบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม จากนั้นดำเนินการโดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติเป็นเวลา 6 สัปดาห์ และกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริม

การจัดการตนเอง โดยสัปดาห์ที่ 1-4 ให้ความรู้เรื่องโรคการรักษา และการปฏิบัติตัว ร่วมกับการฝึกทักษะการจัดการตนเอง 6 ทักษะ และเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง ซึ่งใช้วิธีการประสบความสำเร็จด้วยตนเอง การชักจูงด้วยคำพูด การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น และการกระตุ้นสถานะด้านร่างกายและอารมณ์ โดยแต่ละสัปดาห์มีกิจกรรม 1 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง 30 นาที สัปดาห์ที่ 5 และ 6 เป็นการทบทวนความรู้และทักษะที่ผู้สูงอายุได้รับ ในการดำเนินการทุกสัปดาห์มีการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในด้านต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผู้ที่มีคะแนนน้อยกว่า 7 คะแนน จะได้รับการสอนซ้ำ นอกจากนี้ในสัปดาห์ที่ 4 ได้วัดพฤติกรรมการจัดการตนเอง เพื่อประเมินปัญหาในการจัดการตนเอง และแก้ไขปัญหา ในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยได้วัดคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม และในสัปดาห์ที่ 10 และ 14 บันทึกข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำทั้ง 2 กลุ่ม สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้



สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย





ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งส่วนใหญ่ ร้อยละ 59.1 ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.5 ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้นเช่นเดียวกันโดยกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 65.9 ปีกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 69.7 ปี ร้อยละ 63.6 ของกลุ่มควบคุมและร้อยละ 45.4 ของกลุ่มทดลอง มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 91.0 ของกลุ่มควบคุม และร้อยละ 86.4 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 54.5 ของกลุ่มควบคุมมีรายได้ต่ำกว่า 2,422 บาท (เส้นแบ่งความยากจน) และร้อยละ 68.2 ของกลุ่มทดลองมีรายได้มากกว่า 2,424 บาท รายได้ส่วนใหญ่มาจากเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุ พบว่าร้อยละ 68.2 ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเห็นว่ารายได้พอเพียง และกลุ่มตัวอย่างทุกคนมีโรคประจำตัวและมียาที่รับประทานเป็นประจำ โดยร้อยละ 54.5 และ 86.4 ของกลุ่มควบคุมและทดลองมีภาวะความดัน

โลหิตสูง ร้อยละ 59.1 และ 63.6 ของกลุ่มควบคุมและทดลองเป็นเบาหวาน

การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งในการศึกษานี้ใช้การวัดคุณภาพชีวิต จากผลกระทบของโรคที่มีต่อผู้ป่วย ดังนั้นคะแนนที่สูงจะบอกระดับคุณภาพชีวิตที่ดี และในทางกลับกันคะแนนที่ต่ำจะบ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตที่ต่ำ พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มควบคุมมีคะแนนอยู่ระหว่าง 59-77 คะแนน ส่วนกลุ่มทดลองคะแนนอยู่ระหว่าง 58-77 คะแนน โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนการทดลองของทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังจากการทดลองพบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มควบคุมอยู่ระหว่าง 48-71 คะแนน ส่วนกลุ่มทดลองมีคะแนนระหว่าง 32-72 คะแนน โดยคะแนนคุณภาพชีวิตของทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

| คะแนนคุณภาพชีวิต | กลุ่มควบคุม | | | กลุ่มทดลอง | | |
|------------------|--------------|-----------|------------------|--------------|------------|------------------|
| | Actual Range | (S.D.) | ระดับคุณภาพชีวิต | Actual range | (S.D.) | ระดับคุณภาพชีวิต |
| ก่อนการทดลอง | 59-77 | 65.4(5.8) | ปานกลาง | 58-77 | 60.7(6.0) | ปานกลาง |
| หลังการทดลอง | 48-71 | 68.5(6.4) | ปานกลาง | 32-72 | 43.4(14.2) | ปานกลาง |

จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างกลุ่ม

ควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ independent t-test ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตทั้งก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($p < .05$) โดยหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งแสดงถึงระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (ตารางที่ 2)



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเอง

| คะแนนคุณภาพชีวิต | กลุ่มควบคุม | | กลุ่มทดลอง | |
|------------------|-------------|------------|------------|---------|
| | (S.D.) | (S.D.) | t-score | p-value |
| ก่อนการทดลอง | 65.4(5.8) | 60.7(6.0) | 2.6 | .006* |
| หลังการทดลอง | 68.5(6.4) | 43.4(14.2) | 7.6 | .000*** |

*p < .05 ***p < .001

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ paired t-test ในกลุ่มทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหลังได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองต่ำกว่าก่อน

ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังการทดลองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) ซึ่งแสดงถึงระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเอง

| คะแนนคุณภาพชีวิต | ก่อนการทดลอง | | หลังการทดลอง | |
|------------------|--------------|------------|--------------|---------|
| | (S.D.) | (S.D.) | t-score | p-value |
| กลุ่มควบคุม | 65.4(5.8) | 68.5(6.4) | 1.9 | .034* |
| กลุ่มทดลอง | 60.7(6.0) | 43.4(14.2) | 5.3 | .000*** |

*p < .05 ***p < .001

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างกันของการกลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วัน และ 60 วันของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Z-test ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าการกลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วัน และ 60 วัน ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหลังการทดลองกลุ่มควบคุมมีอัตราการ

กลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วัน และ 60 วันสูงกว่ากลุ่มทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ถ้าคิดเป็นร้อยละพบว่ากลุ่มทดลองหลังการได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองมีจำนวนคนและอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วัน และ 60 วันต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการกลับมารักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเอง

| การกลับมารักษาซ้ำ | กลุ่มควบคุม | | กลุ่มทดลอง | | p-value |
|-------------------|-------------|----------|------------|----------|---------|
| | n (ร้อยละ) | | n (ร้อยละ) | | |
| | มา | ไม่มา | มา | ไม่มา | |
| ภายใน 30 วัน | 7(31.8) | 15(68.2) | 4(18.2) | 18(81.8) | .410 |
| ภายใน 60 วัน | 5(22.7) | 17(77.3) | 2(9.1) | 20(90.8) | .260 |



การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ผลของการวิจัยพบว่าการส่งเสริมการจัดการตนเองสามารถทำให้พฤติกรรมการจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวดีขึ้น และอัตราการกลับมารักษาซ้ำลดลง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้ ในการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการจัดการตนเองลดลงจากเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การที่กลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้นเพราะวิธีการสอนและเนื้อหาการสอนที่ผู้วิจัยใช้ ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจ และมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเอง ที่จะปฏิบัติการจัดการดูแลตนเองในการศึกษานี้ใช้รูปแบบการสอนแบบกลุ่มๆ ละ 11 ราย ได้นำผู้ที่มีปัญหาสุขภาพที่คล้ายคลึงกันมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มเชื่อมโยงสมาชิกกลุ่มให้มีปฏิสัมพันธ์ โดยการให้ความรู้ และความเข้าใจแก่กลุ่มตัวอย่างเพื่อจะทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง จะทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพไปในแนวทางที่ดีขึ้น (Michie, Stralen, & West, 2011) นอกจากนี้ผู้วิจัยได้มอบคู่มือการจัดการตนเองให้แก่กลุ่มตัวอย่าง แต่พบว่าได้รับความสนใจน้อย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุจะมีการรับรู้ลดลง และมีปัญหาทางด้านสายตา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงประสงค์จะได้รับความรู้จากพยาบาลโดยตรงในการทำวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการให้ความรู้โดยการสอนเป็นส่วนใหญ่ โดยใช้การมีส่วนร่วมในกลุ่ม ซึ่งวิธีการให้ความรู้และแลกเปลี่ยนในกลุ่ม เป็นสิ่งสำคัญในการช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติในการดำเนินชีวิต ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ Chuchip Pochaja (2007) ที่ใช้กระบวนการกลุ่มในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน และพบว่าทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมจัดการดูแลตนเองดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Phochala, 2007)

นอกจากการส่งเสริมความรู้แล้ว ผู้วิจัยยังได้ฝึกทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเองแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยให้ฝึกการกำหนดเป้าหมายในการดูแลตนเองเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมให้สำเร็จตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ การกำหนดเป้าหมายเป็นวิธีการทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าตนเองมีส่วนร่วมในการจัดการกับภาวะหัวใจล้มเหลวของตนเอง (McAllister, Dunn, Payne, Davies, & Todd, 2012) ผู้วิจัยได้แนะนำวิธีการตั้งจุดมุ่งหมายแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยให้มุ่งเป้าหมายหลัก คือ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะหัวใจล้มเหลว และเป้าหมายย่อย ได้แก่ การปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพที่ต้องการให้เกิดในช่วงสัปดาห์ถัดไป หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างฝึกกำหนดพฤติกรรมที่ต้องการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายและบันทึกลงในคู่มือ ซึ่งในการตั้งเป้าหมายหลัก ได้แก่ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว โดยกลุ่มตัวอย่างจะวางแผนการปฏิบัติเพื่อป้องกันการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลว และกำหนดเป้าหมายรองลงมา เช่น การป้องกันภาวะเกลือและโซเดียมคั่งในร่างกาย เป็นต้น ผู้วิจัยพบว่าในระหว่างการทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างสามารถตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเองในเป้าหมายหลักได้ในสัปดาห์แรก แต่เป้าหมายรองที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพต้องมีการอธิบายเน้นย้ำเพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดการตระหนักถึงผลดีของการกำหนดจุดมุ่งหมาย และมีการให้กลุ่มตัวอย่างกำหนดเป้าหมายในแต่ละสัปดาห์ ร่วมกับการประเมินปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม หากพบปัญหาจะให้สมาชิกกลุ่มหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน เพื่อเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกทางบวกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยการพูดคุยให้กำลังใจ และกล่าวชมเชย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Gardetto (2011) ที่พบว่าการตั้งจุดมุ่งหมายในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามมา

นอกจากนี้ในการส่งเสริมการจัดการตนเองผู้วิจัยได้ฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับการส่งเสริมการจัดการตนเอง



โดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น หากมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น 1.5-2 กิโลกรัมภายใน 2 วันแสดงว่ามีภาวะน้ำคั่ง กลุ่มตัวอย่างสามารถปรับยาขับปัสสาวะได้เอง เป็นต้น ในด้านการใช้แหล่งข้อมูล ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงได้ พร้อมทั้งบอกการเข้าถึงแหล่งสนับสนุน เช่น การขอความช่วยเหลือหากมีเหตุฉุกเฉิน เป็นต้น การสร้างสัมพันธภาพกับบุคลากรทางสุขภาพ โดยแนะนำการปฏิบัติตัวในการพบแพทย์หรือบุคลากรทางด้านสุขภาพ การบอกปัญหาที่เกิดขึ้น และการแก้ไขปัญหาเบื้องต้น รวมถึงผลจากการแก้ไขปัญหา การขอรับทราบข้อมูลการรักษา และการตัดสินใจแนวทางการรักษาร่วมกัน การลงมือปฏิบัติ ให้กลุ่มตัวอย่างลงมือปฏิบัติตามแผนการส่งเสริมการจัดการตนเองที่วางไว้ ร่วมกับการปรับให้เหมาะสมกับตนเอง และได้มีการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อให้เกิดความมั่นใจใน การลงมือปฏิบัติพฤติกรรมในการจัดการตนเอง โดยในแต่ละสัปดาห์จะมีการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และให้ความเชื่อมั่นว่าจะสามารถปฏิบัติได้ ในกลุ่มตัวอย่างรายที่ผลการประเมินการรับรู้สมรรถนะในตนเองมีคะแนนต่ำกว่า 7 คะแนน ผู้วิจัยจะเริ่มฝึกการจัดการตนเองอีกครั้ง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายและเสริมสร้างความการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอีกครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Lorig & Halman (1996) ศึกษาในกลุ่มโรคเรื้อรังได้แก่ โรคหัวใจ โรคปอด โรคหลอดเลือดสมอง และข้ออักเสบ โดยการศึกษาให้ความรู้ ฝึกทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเอง และเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพดีขึ้น ภาวะสุขภาพดีขึ้น และการกลับมารักษาซ้ำลดลง ผลการศึกษาในครั้งนี้ สอดคล้องเดียวกันกับผลการศึกษาของ Barlow et al. (2005) ซึ่งพบว่าโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วยเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดปกติ โรคซึมเศร้า, อาการอ่อนล้าจากสมองและไขสันหลังอักเสบ, เบาหวาน, ภาวะกระดูกพรุน และโปลิโอ ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองดีขึ้น สามารถสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญได้หากมีความผิดปกติ และมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การศึกษาของการศึกษาของ Angboonta, Pothiban & Kosachunhanun (2012)

พบว่าการส่งเสริมการจัดการตนเองทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมจัดการตนเองดีขึ้น (Angboonta, Pothiban & Kosachunhanun, 2012) และระดับฮีโมโกลบินเอวันซีต่ำลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และการศึกษาของ DeWalt et al.(2006) พบว่าการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทำให้จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และอัตราการเสียชีวิตลดลง

สำหรับผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อคุณภาพชีวิตนั้น ในการวิจัยครั้งนี้พบว่าการส่งเสริมการจัดการตนเองทำให้คุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองดีขึ้น ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคุณภาพชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามกรอบแนวคิดที่ว่า การส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ และทักษะในการจัดการตนเอง รวมทั้งมีสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี และลดการกลับมารักษาซ้ำได้ ผลการวิจัยเป็นไปตามแนวทางเดียวกับการศึกษาของ Jovicic, Leduc, & Straus (2006) และ Ditewing, Blok, Havers, & Veenendaal (2010) ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าการส่งเสริมการจัดการตนเองทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Siriwan Tangvichitsakul (2007) พบว่าการส่งเสริมการจัดการตนเองทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Tangwochitsakun, 2007)

ในส่วนของผลการส่งเสริมการจัดการตนเองต่ออัตราการกลับมารักษาซ้ำพบว่าการส่งเสริมการจัดการตนเองทำให้กลุ่มตัวอย่างกลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วัน และ 60 วันลดลง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทำให้ผลการวิจัยไม่เป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัย ซึ่งอาจเนื่องจากจำนวนประชากรที่ทำการวิจัยมีขนาดเล็ก สำหรับสถิติเชิงสัดส่วน อย่างไรก็ตามแม้ผลการวิจัยจะไม่เป็นไปตามสมมติฐาน แต่จากการที่พบว่าจำนวนและอัตราส่วนร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่



กลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วัน และ 60 วัน หลังได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองลดลงอย่างชัดเจน จึงนับได้ว่าผลการวิจัยมีนัยสำคัญทางคลินิก ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมา ได้แก่ การศึกษาของสถาบันพัฒนาการดูแลสุขภาพ (Institute for Healthcare Improvement, 2009) และ (Carroll, Edwards, & Lashbroo, 2011) ทำการศึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลและสถานสุขภาพในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าการส่งเสริมการจัดการตนเองทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สามารถจัดการตนเองเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติ สามารถจัดการกับปัญหาเบื้องต้นก่อนมาโรงพยาบาล ทำให้การกลับมารักษาซ้ำ นอกจากนี้ใน การทบทวนวรรณกรรมของ Soomhirun (2009) ยังพบว่าการให้ความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะในการดูแลตนเอง การดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง (Soomhirun, 2009) และการดูแลโดยทีมสุขภาพสามารถลดการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้เช่นกัน

ผลการศึกษาและการทดสอบสมมติฐานที่ได้รับจากการส่งเสริมการจัดการตนเองดังข้างต้นแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองที่ประกอบไปด้วย การให้ความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว การเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง และการสอนทักษะที่จำเป็นสำหรับการจัดการตนเอง ในการเพิ่มพฤติกรรมการจัดการตนเอง ซึ่งเป็นผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น และมีแนวโน้มช่วยลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลประจำการที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว สามารถนำแผนการส่งเสริมการจัดการไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อเพิ่ม

ประสิทธิภาพในการควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ

2. พยาบาล ควรประเมินความสามารถในการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มี ภาวะหัวใจล้มเหลว และ ดำเนินการตามแผนการส่งเสริมการจัดการตนเองพร้อมทั้งติดตามผลลัพธ์ของการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

3. ผู้บริหารการพยาบาล ควรนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อให้การพยาบาลเป็นไปอย่างมีคุณภาพ

ด้านการศึกษาพยาบาล

นักการศึกษาพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปเป็นเนื้อหาสำหรับการจัดการเรียนการสอน ด้านวิธีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถที่จะมีชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วยอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลอื่น หรือ setting อื่น ๆ เพื่อให้สามารถสรุปผลการวิจัยสู่ประชากรกลุ่มใหญ่ได้

2. ควรติดตามผลของการส่งเสริมการจัดการตนเอง ได้แก่ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ในระยะเวลาที่นานขึ้นโดยอาจศึกษาที่ 3 เดือน และ 6 เดือน หลังออกจากโรงพยาบาล

3. การศึกษาเปรียบเทียบอัตราการกลับมารักษาซ้ำควรกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างมีขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อให้แสดงความแตกต่างอย่างชัดเจนในเชิงสถิติ



เอกสารอ้างอิง

- Angboonta. P, Pothiban. L., & Kosachunhanun, N.(2012).Effects of a Self - management Supporting Program on Self-management Behaviors and Hemoglobin A1C Level among Elders with Diabetes Type 2. *Nursing Journal*. 39(3), 93-104. (In Thai)
- Barlow, J. H., Wright C. C., Turner A. P., & Bancroft, G. V. (2005). 12-month follow-up study of self-management training for people with chronic disease:Are changes maintained over time?. *British Journal of Health Psychology*, 10, 589–599.
- Chunnawong, K.(2004).Effects of Exercise Self Efficacy on Functional Capacity and Quality of Life in Patients with Heart Failure. Faculty of Nursing. Chiang Mai University. (In Thai)
- Ditewing, J. B., Blok, H., Havers, J., & Veenendaal, H. V. (2010). Effectiveness of self-management interventions on mortality, hospital readmissions, chronic heart failure hospitalization rate and quality of life in patients with chronic heart failure: A systematic review. *The European Journal of Heart Failure*, 6, 643– 652.
- Dongbo, F., Hua, F., McGowan, P., Yi-e, S., Lizhen , Z., Huiqin, Y., et al. (2003). Implementation and quantitative evaluation of chronic disease self-management programme in Shanghai, China: randomized controlled trial. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(3), 174-182.
- Gardetto, N.J. (2011). Self-management in heart failure: where have we been and where should we go?. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* ,4,39–51.
- Institute for Healthcare Improvement. (2009). Effective Interventions to Reduce Hospitalizations :A Survey of the Published Evidence. From <http://www.ihl.org/offerings/Initiatives/STAAR/Documents/STAAR A Survey of the Published Evidence.pdf>
- Jovicic, A., Holroyd-Leduc, J. M., & Straus, S. E. (2006). Effects of self-management intervention on health outcomes of patients with heart failure: a systematic review of randomized controlled trials. *BMC Cardiovascular Disorders*, 6(43), 1-8.
- Lorig, K. R., Stewart, A., Ritter, P., Gonzalez, V. M., Laurent, D., & Lynch, J. (1996). Outcome Measures for Health Education and Other Health Care Interventions. San Francisco. CA:Sage publication.
- Lorig, K. R., Ritter, P., Stewart, A. L., Sobel, D. S., Browm, B. J., Bandura., et al. (2001). Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. *Effective Clinical Practice*, 4(6), 256-262.
- Lorig, K.R., & Holman, H.R. (2003). Self-management education: History, Definition, Outcomes, And Mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.
- McAllister, M., Dunn, G., Payne, K., Davies, L., & Todd, C. (2012). Patient empowerment: The need to consider it as a measurable patient-reported outcome for chronic conditions. *Health Services Research*,12(157),1-8.
- Michie, S., Stralen, M. V., West, R. (2011). The behavior change wheel: A new method for characterizing and designing behavior change interventions. *Implementation Science*, 6(42).



- Oxenham, H., Sharpe, N. (2002). Cardiovascular aging and heart failure. *The European Journal of Heart Failure*.5,427–434.
- Policy and Strategy Office of the Permanent Secretary for Public Health.(2012). Number and rate of illness per 100,000 populations Classified by illness . Health Policy and Planning Office of the Permanent Secretary for Public Health. (In Thai)
- Ritklar, L.(2009).Effectiveness of a self - management program on dyspnea, re-admission, and quality of life in congestive heart failure patients. Master of Nursing (Adult). *Thammasat University*. (In Thai)
- Soomhirun, R.(2009).A Literature Review Related to the Management for Reducing Readmission in Patients with Heart Failure.Taksin Hospital .Bangkok. (In Thai)
- Tangwochitsakun, S.(2007).Effect of Self-management Program Quality of Life Among Heart Failure Patient. Master of Nursing (Adult). Chiang Mai University. (In Thai)
- World Health Organization. (1998). Development of the World Health Organization .*WHO QOL-BREF Quality of life assessment.Psychological Medicine, 28, 551-558.*
- World Health Organization. (2011). Global status report on non communicable diseases 2010. Retrieved. Geneva from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>.