



การพัฒนาและประเมินผลชุดการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล
เพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
**Development and Evaluation of Care Package for Enhancing Caregivers' Ability
in Maintaining Functional Abilities of Older Adults With Heart Failure**

เพ็ญพิชชา ถิ่นแก้ว
Phenpitcha Tinkaew

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Adult Nursing)
Prince of Songkla University**

2557

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์	การพัฒนาและประเมินผลชุดการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
ผู้เขียน	นางสาวเพ็ญพิชชา ถิ่นแก้ว
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	คณะกรรมการสอบ
..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เฟลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์)ประธานกรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทิพมาส ชินวงศ์)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมกรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เฟลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์)
..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิภาวี คงอินทร์)กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิภาวี คงอินทร์)
กรรมการ (ดร. รจนา วิริยะสมบัติ)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. ชีระพล ศรีชนะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางสาวเพ็ญพิชชา ถิ่นแก้ว)

นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวเพ็ญพิชชา ถิ่นแก้ว)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์ การพัฒนาและประเมินผลชุดการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ผู้เขียน นางสาวเพ็ญพิชชา ถิ่นแก้ว

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

ปีการศึกษา 2557

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพัฒนาและกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาชุดการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และเพื่อประเมินผลความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล และความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ วิธีการดำเนินการวิจัยมี 2 ระยะ คือ 1) ระยะพัฒนาชุดการดูแล และ 2) ระยะนำชุดการดูแลไปใช้และประเมินผล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว หลังจากรับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในระยะเวลาตั้งแต่ 1-6 เดือน จำนวน 26 ราย และผู้ดูแลจำนวน 26 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ ชุดการดูแลที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยแผนการสนับสนุนผู้ดูแลพร้อมคู่มือสำหรับผู้วิจัย (ในฐานะพยาบาล) และคู่มือสำหรับผู้ดูแล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเนื้อหากิจกรรมเพื่อป้องกันความเสื่อมถอยในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.0 ทดสอบความเที่ยงของแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ มีค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ภายในชั้นเท่ากับ .97 และ .98 ตามลำดับ และแบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับแอลฟาเท่ากับ .85 วิเคราะห์ข้อมูลการประเมินผลชุดการดูแลด้วยสถิติบรรยาย สถิติทดสอบค่าทีคู่ และสถิติวิลคอกซอน โดยมีผลลัพธ์ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหลังได้รับชุดการดูแลเพิ่มขึ้นจากก่อนได้รับชุดการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากก่อนได้รับการดูแลตามชุดการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าชุดการดูแลที่พัฒนาขึ้น มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่บ้าน

Thesis Title	Development and Evaluation of Care Package for Enhancing Caregivers' Ability in Maintaining Functional Abilities of Older Adults With Heart Failure
Author	Miss Phenpitcha Tinkaew
Major Program	Nursing Science (Adult Nursing)
Academic Year	2014

ABSTRACT

This developmental and quasi-experimental research aimed to develop a care package for enhancing caregivers' ability in maintaining functional abilities of older adults with heart failure and to evaluate caregivers' ability and functional abilities of the older adults. Methodology of the research comprised 2 phases: the development and the implementation phase, which included evaluation. The sample consisted of 26 older adults with heart failure after discharge from a hospital within 1-6 months and 26 caregivers. The subjects were purposively selected according to inclusion criteria. The care package comprised a caregivers' supporting plan, a handbook for researcher (a nurse) and a handbook for caregivers. The instruments for data collection included demographic data questionnaire, caregivers' ability in maintaining functional abilities of older adults with heart failure questionnaire, Barthel scale of activities of daily living assessment, and functional ability assessment. All instruments were content validated by 3 experts. Content of care activities for prevention of the functional decline of older adults had a content validity index value of 1.0. The reliability of the functional ability assessment and Barthel score of activities of daily living assessment were tested using test-retest, yielding intraclass correlation coefficient values of .97 and .98 respectively. Caregivers' ability in maintaining functional abilities of older adults with heart failure questionnaire was tested using Cronbach's alpha coefficient, yielding a value of .85. The evaluation outcomes were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and Wilcoxon Signed-Ranks test. The result were as follows.

1. The mean score of caregivers' ability in maintaining functional abilities of older adults with heart failure after applying the care package was significantly higher than before ($p < .001$).

2. The mean score of Barthel scale of activities of daily living and the mean score of functional ability of the older adults with heart failure after applying the care package were significantly higher than before ($p < .001$).

The results of this study indicate that the care package is appropriate to use for enhancing caregivers' ability in maintaining functional abilities of older adults with heart failure at home.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(9)
สารบัญ.....	(10)
รายการตาราง.....	(12)
รายการภาพประกอบ.....	(13)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
คำถามการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิด.....	5
นิยามศัพท์.....	9
ขอบเขตของการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	11
แนวคิดเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุ.....	13
แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว..	26
แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว..	51
การประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการรายกรณีในชุดการดูแลเพื่อส่งเสริม	
ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่	
ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว.....	55
สรุปผลการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	61
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	63
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	63
วิธีดำเนินการ.....	65
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	67
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	70

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	71
การศึกษานำร่อง.....	74
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	75
การวิเคราะห์ข้อมูลในการประเมินผลลัพธ์การดูแล.....	75
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล.....	76
ผลการวิจัย.....	77
การอภิปรายผลการวิจัย.....	88
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	97
การประเมินผลการใช้ชุดการดูแล.....	98
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	98
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	98
ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	99
เอกสารอ้างอิง.....	100
ภาคผนวก.....	112
ก ใบพิทักษ์สิทธิของผู้ดูแลและผู้สูงอายุ.....	113
ข เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย.....	114
ค เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	142
ง ตัวอย่างการวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์.....	152
จ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	170
ประวัติผู้เขียน.....	171

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ($N=26$).....	78
2	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ($N=26$).....	80
3	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติที่คู่ของคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังได้รับชุดการดูแลโดยรวม ($N=26$).....	84
4	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวรายด้านก่อนและหลังได้รับชุดการดูแล ($N=26$).....	85
5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติที่คู่ของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับชุดการดูแล ($N=26$).....	85
6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติที่คู่ของคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับการดูแลตามชุดการดูแล ($N=26$).....	86
7	เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ ของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับการดูแลตามชุดการดูแลในการทำกิจกรรมในแต่ละระดับพลังงาน ($N=26$).....	87

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดการพัฒนาและประเมินผลชุดการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว.....	8

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงอายุแล้ว โดยในปี พ.ศ. 2553 มีประชากรสูงอายุหรือประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 8.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 13.2 ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9.5 ในปี พ.ศ. 2543 และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2555) ผู้สูงอายุวัย 70 ปีขึ้นไปมีความจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวันพื้นฐาน (basic activities of daily living [BADL]) และกิจกรรมประจำวันต่อเนื่อง (instrumental activities of daily living [IADL]) ถึงร้อยละ 20-30 (ผ่องพรรณ, 2554) ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น อีกทั้งอัตราส่วนพึ่งพิงของผู้สูงอายุต่อวัยแรงงานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2543 มีอัตราการพึ่งพิงของวัยสูงอายुर้อยละ 14.4 มีประชากรวัยแรงงานโดยเฉลี่ย 7 คนต่อการดูแลผู้สูงอายุ 1 คน และในปี พ.ศ. 2553 อัตราการพึ่งพิงของวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 19.2 ซึ่งมีประชากรวัยแรงงาน โดยเฉลี่ยลดลงเป็น 6 คนต่อการดูแลผู้สูงอายุ 1 คน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2555) ประชากรวัยแรงงานจึงมีภาระในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น

ประชากรวัยสูงอายุจะมีการเสื่อมสภาพด้านร่างกายทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของระบบต่างๆ ลดลง ความต้านทานต่อโรคลดลง ผู้สูงอายุจึงเกิดปัญหาสุขภาพได้มากกว่าวัยอื่น โดยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2551) พบว่าผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 31.7 โรคเบาหวานร้อยละ 13.3 และโรคหัวใจร้อยละ 7.0 จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานมีจำนวนมาก หากผู้สูงอายุเหล่านั้นมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมจะก่อให้เกิดโรคหัวใจซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญตามมา (ผ่องพรรณ, 2553) โดยพบว่าโรคหัวใจเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีอัตราการตายด้วยโรคหัวใจเพิ่มขึ้นจาก 172.3 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2548 เป็น 175.3 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2549 และจากแนวโน้มของผู้ป่วยที่รับรักษาไว้ในโรงพยาบาลตามกลุ่มโรคของผู้สูงอายุที่พบสูงสุดในปีงบประมาณ 2550-2554 พบว่าในปี พ.ศ. 2554 ภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในอันดับที่ 9 ในกลุ่มโรคที่พบสูงสุดและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554) ภาวะหัวใจล้มเหลวจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในผู้สูงอายุไทย

ภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุมีสาเหตุจากความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ เกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างหรือการทำงานที่ของหัวใจร่วมกับความเสื่อมของร่างกายตามวัยของผู้สูงอายุ มีผลทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายได้ตามปกติ ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในแต่ละครั้งของการบีบตัวลดลง ร่างกายไม่สามารถนำออกซิเจนไปสู่กล้ามเนื้อในส่วนที่กำลังทำงานนั้นได้อย่างเต็มที่ ส่งผลทำให้ประสิทธิภาพการใช้ออกซิเจนที่ร่างกายนำมาใช้ในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง (ผ่องพรรณ, 2553) การรับเลือดกลับเข้าสู่หัวใจจึงลดลงด้วยเช่นกัน ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก มีน้ำและเกลือคั่งในร่างกาย บวม อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงมีความเสื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในสถานบริการสุขภาพ พบว่าผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่มักมีปัญหาในเรื่องความสามารถในการทำหน้าที่หรือกิจกรรมต่างๆ ลดลงเนื่องจากอาการของโรคถึงร้อยละ 70.1 (อุดมลักษณ์, 2548) ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและมีความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง จะมีการจำกัดบทบาทของตนเองเพื่อให้เหมาะสมกับภาวะโรค ทำให้ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ลดลง ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างอิสระ มีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตของตนเอง เปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ หดหู่จากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังของตนเอง ก่อให้เกิดความเครียด เบื่อหน่าย วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า (อุดมลักษณ์, 2548) จึงมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านเพื่อส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ที่มีความเฉพาะกับวัยและภาวะโรค ซึ่งมีความซับซ้อนและมีความต้องการได้รับการดูแลในหลายด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหารและยา ด้านการออกกำลังกาย และด้านจิตใจ หากผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสมและไม่ต่อเนื่อง จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค ต้องกลับเข้ารับรักษาซ้ำ (วิภาพร, 2550) ส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลงจนอาจเกิดภาวะทุพพลภาพอย่างถาวร แต่หากผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและมีความต่อเนื่องจากผู้ดูแลย่อมส่งผลดีต่อสุขภาพ ทำให้ลดภาวะแทรกซ้อนจากโรค ชะลอความเสื่อมถอยหรืออาจเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ ลดการพึ่งพาผู้อื่น ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) และยังสามารถช่วยชีวิตดีขึ้น (ฉวีริกา, 2551) ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้อย่างต่อเนื่องที่บ้านเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่เป็นอย่างมาก

จากแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพในปัจจุบันที่ให้ความสำคัญในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยมีผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแล โดยเฉพาะในผู้ที่เพิ่งได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และ

กลับเข้มาการรักษาซ้ำ จึงได้มีการมุ่งเน้นและส่งเสริมการดูแลจากผู้ดูแลหรือครอบครัวในระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมากขึ้น แต่ยังคงพบว่าผู้ดูแลขาดความพร้อม และความสามารถในการดูแลทั้งในด้านทักษะและความรู้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีความยุ่งยาก ซ้ำซ้อนในการดูแลเพื่อที่จะสามารถควบคุมอาการของโรคและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแลจึงขาดความมั่นใจ (กองการพยาบาลสาธารณสุข, 2555; สุปรีดา, 2554) ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเครียด วิตกกังวลกับภาระในการดูแล ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลลดลง (พรรณธร, 2555) ให้การดูแลที่ไม่เหมาะสมและไม่ต่อเนื่อง จึงทำให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้านหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีการกลับเข้รักษาซ้ำในโรงพยาบาล ซึ่งพบว่าหนึ่งในสามของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการกลับเข้รักษาในโรงพยาบาลซ้ำหลังการจำหน่ายภายใน 90 วัน และประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยจะกลับมารักษาใหม่ภายใน 3-6 เดือน เนื่องจากปัญหาขาดการดูแลที่เหมาะสม (ผ่องพรรณ, 2553) การส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่องให้แก่ผู้ดูแลหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและมีความสามารถในการทำหน้าที่ลดลงจากภาวะโรค การส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อส่งเสริมหรือฟื้นฟูความสามารถในการทำหน้าที่ในรูปแบบของโปรแกรมซึ่งเป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ การจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบากและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง (ชนากรณ์, 2553) และมีแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการฟื้นฟูสภาพหัวใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ที่เป็นแนวทางการดูแลสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวเพื่อฟื้นฟูสภาพหัวใจโดยเน้นการฝึกออกกำลังกายได้การดูแลของแพทย์และพยาบาลที่โรงพยาบาลตั้งแต่ช่วงก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจนถึงระยะผู้ป่วยนอก ซึ่งมีการติดตามผลหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ 1 เดือน (ปาลีรัฐ, 2554) แต่ยังไม่พบการศึกษาติดตามในระยะมากกว่า 1 เดือนภายหลังการจำหน่าย และจากการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการกับพยาบาลโรงพยาบาลประจำจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชน พบว่ายังขาดการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้รับการบริการสุขภาพที่บ้าน การดูแลจึงขาดความต่อเนื่อง อีกทั้งผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ช่วยเหลือตนเองได้ลดลงนั้นมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแล แต่จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล การส่งเสริมความสามารถให้แก่ผู้ดูแลเพื่อ

เป็นการเพิ่มความรู้ ทักษะ ความสามารถ และความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวซึ่งมีความหลากหลาย และมีความซับซ้อนในการดูแล โดยมุ่งผลลัพธ์การคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ผู้วิจัยจึงเห็นถึงความสำคัญและสนใจที่จะศึกษาพัฒนาและประเมินผลชุดการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1-6 เดือน เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งผลลัพธ์เพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแนวคิดการส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ของสภาที่ปรึกษารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออสเตรเลีย (Australian Health Ministers' Advisory Council [AHMAC], 2004, 2007) ซึ่งมีข้อเสนอในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ทั้งในสถานพยาบาลผู้ป่วยใน และสถานพยาบาลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ โดยเน้นการส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ประกอบด้วย การดูแลใน 5 ด้าน คือ ด้านการเคลื่อนไหวและการดูแลตนเอง ด้านโภชนาการ ด้านการกลืนปัสสาวะและอุจจาระ ด้านผิวหนัง และด้านการรับรู้และสุขภาวะทางอารมณ์ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะมีโรคอื่นร่วมด้วย ผู้วิจัยจึงดัดแปลงแนวคิดดังกล่าวให้มีความเฉพาะกับผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และปรับคำแนะนำในการดูแลให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม บริบทของสังคมไทยมากขึ้น การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่จึงประกอบด้วย 6 ด้าน คือ (1) ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย (2) ด้านการรับประทานอาหารและยา (3) ด้านการขับถ่าย (4) ด้านผิวหนัง (5) ด้านอารมณ์และจิตใจ และ (6) ด้านการควบคุมโรคร่วม และนำแนวคิดการจัดการรายกรณีร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเองตามหลักห้าเอ (5 A's) มาดัดแปลงเป็นกลยุทธ์ในชุดการดูแลนี้ ทำให้สามารถส่งเสริมและสนับสนุนผู้ดูแลได้ตรงกับสภาพปัญหาและความต้องการอย่างครอบคลุมในแต่ละรายกรณี ให้สามารถดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาชุดการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
2. เพื่อประเมินผลการนำชุดการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวไปใช้ โดยมีการประเมินดังนี้
 - 2.1 เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังได้รับชุดการดูแล
 - 2.2 เปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังได้รับชุดการดูแล

คำถามการวิจัย

1. ชุดการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมุ่งประกอบอย่างไร
2. ผลการใช้ชุดการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นอย่างไร ดังนี้
 - 2.1 คะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหลังได้รับชุดการดูแลเพิ่มขึ้นจากก่อนได้รับชุดการดูแลหรือไม่
 - 2.2 ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหลังการได้รับชุดการดูแลคงที่หรือเพิ่มขึ้นจากก่อนการได้รับชุดการดูแลหรือไม่

กรอบแนวคิด

การพัฒนาชุดการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดแปลงแนวคิดการป้องกันความเสี่ยงต่อของความสามารถในการทำหน้าที่ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังของสภาที่ปรึกษารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขขอออสเตรเลีย (AHMAC, 2004, 2007) ร่วมกับการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโรคหัวใจล้มเหลวที่ช่วยชะลอความเสี่ยง

ถอยหรือส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ และนำแนวคิดการจัดการรายกรณีมาดัดแปลงเป็นแนวทางในการนำชุดการดูแลไปใช้ มีรายละเอียด ดังนี้

รายงานการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องร่วมกับแนวคิดการป้องกันการเสื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ของสภาที่ปรึกษารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขขอสหราชอาณาจักร (AHMAC, 2004, 2007) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลเพื่อป้องกันการเสื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่ว่าประกอบด้วยชุดการดูแลใน 5 ด้าน คือ (1) ด้านการเคลื่อนไหวและการดูแลตนเอง (mobility, vigour & self-care) (2) ด้านโภชนาการ (nutrition) (3) ด้านการกลั้นปัสสาวะและอุจจาระ (continence) (4) ด้านผิวหนัง (skin integrity) และ (5) ด้านการรับรู้และสุขภาพทางอารมณ์ (cognition & emotional health) ซึ่งเป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นการป้องกันความเสื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโรคหัวใจล้มเหลว พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะมีโรคอื่นๆ รวมด้วย ผู้วิจัยจึงได้ดัดแปลงแนวคิดดังกล่าวให้มีความเฉพาะกับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้มากขึ้น โดยองค์ประกอบหลักในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ประกอบด้วยชุดการดูแลใน 6 ด้าน คือ (1) ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย (2) ด้านการรับประทานอาหารและยา (3) ด้านการจับถ่าย (4) ด้านผิวหนัง (5) ด้านอารมณ์และจิตใจ และ (6) ด้านการควบคุมโรคร่วม ผู้วิจัยจึงนำองค์ประกอบดังกล่าวมาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาชุดการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในครั้งนี้

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้นำบทบาทและกระบวนการของแนวคิดการจัดการรายกรณีซึ่งเป็นกระบวนการดูแลในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน มีความซับซ้อนในการดูแลหรือมีความต้องการได้รับการดูแลระยะยาว โดยมีพยาบาลเป็นผู้จัดการดูแล มีบทบาทในการประเมิน วางแผน อำนวยความสะดวก สนับสนุน ส่งเสริม ให้คำปรึกษา และสร้างทางเลือกที่เหมาะสมกับความต้องการทางสุขภาพของแต่ละบุคคล (ศิริอร, 2556) ร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเองตามหลักห้าเอ (5 A's) (Registered Nurses' Assosiation of Ontario, 2010) ให้แก่ผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้สูงอายุได้ด้วยตนเอง หลักห้าเอ (5 A's) ประกอบด้วย (1) การประเมิน (assess) (2) การให้คำแนะนำ (advise) (3) การกำหนดข้อตกลงร่วมกัน (agree) (4) การให้การช่วยเหลือ (assist) และ (5) การติดตามและประเมินผล (arrange) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาในผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมาในระยะตั้งแต่ 1-6 เดือน ซึ่งเป็นระยะที่หากได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสมและไม่ต่อเนื่องจากผู้ดูแลจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน อาจต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ อีกทั้งยังทำให้เกิดความเสื่อมถอยของ

ความสามารถในการทำหน้าที่ และเกิดเป็นภาวะทุพพลภาพตามมาได้ ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการจัดการรายกรณีมาปรับใช้เป็นแนวทางในการนำชุดการดูแลไปใช้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถจัดการดูแลใน 6 ด้าน ดังกล่าวข้างต้น เพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

กระบวนการของแนวคิดการจัดการรายกรณีร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเองตามหลักห้าเอที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในชุดการดูแล มีดังนี้

1. การประเมินสภาพรายบุคคล การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยประเมินภาวะแทรกซ้อน อาการ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการจากข้อมูลทางการแพทย์ที่ได้รับจากพยาบาล มีการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ และสนับสนุนให้ผู้ดูแลได้ประเมินปัญหาของการดูแลใน 6 ด้านดังกล่าวที่ผ่านมาด้วยตนเอง เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาแนวทางในการวางแผนการดูแลร่วมกัน

2. การวางแผนการดูแลร่วมกับผู้ดูแลที่บ้าน เมื่อทราบถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และทราบปัญหาในการดูแลที่ผ่านมาจึงนำปัญหาเหล่านั้นมาวางแผนหาแนวทางการดูแลร่วมกันกับผู้ดูแล สนับสนุนความรู้ คำแนะนำ โดยเน้นให้ผู้ดูแลหรือครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน ตัดสินใจ เพื่อให้การวางแผนการดูแลสอดคล้องกับวิถีชีวิต สภาพแวดล้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในแต่ละราย และร่วมกันตั้งเป้าหมายในการดูแลประจำสัปดาห์

3. การดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ โดยการติดตามและกระตุ้นให้ผู้ดูแลติดตามความสามารถในการดูแล ติดตามเป้าหมายการดูแลประจำสัปดาห์ รวมไปถึงปัญหาและอุปสรรคจากการดูแลของผู้ดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล ประสานงานไปยังผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความช่วยเหลือ มีการติดตามทางโทรศัพท์

4. การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก โดยผลลัพธ์ทางคลินิกที่จะประเมินในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวใน 6 ด้าน และประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจากแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel of activities of daily living [Barthel ADL]) และแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ซึ่งหากผู้ดูแลยังไม่สามารถปฏิบัติการดูแลได้หรือผู้สูงอายุมีอาการที่รุนแรง หรือมีภาวะแทรกซ้อนมากขึ้นจะมีการประสานงานไปยังทีมสุขภาพเพื่อให้ได้รับการรักษาต่อไป ดังภาพ 1

แนวคิดการป้องกันการเสื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่ (AHMAC, 2004, 2007) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมซึ่งประกอบด้วยการดูแล 6 ด้าน คือ (1) ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย (2) ด้านการรับประทานอาหารและยา (3) ด้านการจับถ่าย (4) ด้านผิวหนัง (5) ด้านอารมณ์และจิตใจ และ (6) ด้านการควบคุมโรคร่วม และใช้แนวคิดการจัดการรายกรณีมาเป็นแนวทางในการนำชุดการดูแลไปใช้ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

1. การประเมินสภาพรายบุคคล โดยการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และประเมินปัญหาการดูแลจากผู้ดูแล ใน 6 ด้าน

2. วางแผนการดูแลร่วมกับผู้ดูแลที่บ้าน โดยสนับสนุนการจัดการตนเองตามหลักห้าเอ (5 A's) ให้แก่ผู้ดูแล ให้คำแนะนำ ความรู้ในการดูแล 6 ด้านดังกล่าว และให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมเพื่อให้สามารถจัดการดูแลที่เหมาะสมกับสภาพของผู้สูงอายุแต่ละราย และร่วมกันตั้งเป้าหมายการดูแลประจำสัปดาห์

3. การดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยติดตามทางโทรศัพท์ กระตุ้นให้ผู้ดูแลติดตามความสามารถในการดูแล ติดตามเป้าหมายประจำสัปดาห์ ประสานงานไปยังผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความช่วยเหลือ

4. การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก โดยประเมินผลลัพธ์หลังจากได้รับชุดการดูแลครบ 6 สัปดาห์

ผลลัพธ์ของผู้ดูแล

- การรับรู้ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ผลลัพธ์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

- ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL)

- ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย

ภาพ 1 กรอบแนวคิดการพัฒนาและประเมินผลชุดการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

นิยามศัพท์

ชุดการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง ชุดของกิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมผู้ดูแลให้มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมาในระยะ ตั้งแต่ 1-6 เดือนแรก โดยมุ่งผลลัพธ์เพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ ซึ่งมีแนวทางการดูแล 6 ด้าน คือ (1) ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย (2) ด้านการรับประทานอาหารและยา (3) ด้านการขับถ่าย (4) ด้านการดูแลผิวหนัง (5) ด้านอารมณ์และจิตใจ และ (6) ด้านการควบคุมโรคร่วม โดยนำแนวคิดการจัดการรายกรณี ร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเองตามหลักห้าเอ (5 A's) ประกอบด้วย การประเมิน (assess) การให้คำแนะนำ (advise) การกำหนดข้อตกลงร่วมกัน (agree) การให้การช่วยเหลือ (assist) และการติดตามและประเมินผล มาเป็นแนวทางในการนำชุดการดูแลนี้ไปใช้ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ (1) การประเมินสภาพรายบุคคล (2) วางแผนการดูแลร่วมกับผู้ดูแล (3) การดูแลอย่างต่อเนื่อง และ (4) การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ซึ่งใช้ระยะเวลาทั้งหมด 6 สัปดาห์ ชุดการดูแลประกอบด้วยแผนการสนับสนุนผู้ดูแลพร้อมคู่มือสำหรับผู้วิจัย และคู่มือสำหรับผู้ดูแล

ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลในการปฏิบัติหรือพฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของตนเอง ประเมินได้จากแบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ (1) ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย (2) ด้านการรับประทานอาหารและยา (3) ด้านการขับถ่าย (4) ด้านการดูแลผิวหนัง (5) ด้านอารมณ์และจิตใจ และ (6) ด้านการควบคุมโรคร่วม เป็นแบบประมาณค่าความถี่ในการปฏิบัติซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ไม่ปฏิบัติเลย ปฏิบัติบ้างนานๆ ครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ ประกอบด้วย 44 ข้อ โดยคะแนนที่มาก หมายถึง ผู้ดูแลมีการรับรู้ในการปฏิบัติหรือพฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมมาก

ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง ศักยภาพหรือความสามารถของแต่ละบุคคลในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน วัดได้จากแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย และปรับให้เหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้สูงอายุไทยโดยสุทธิชัยและคณะ (สุทธิชัย, ชัยยศ, และไพบุลย์, 2542) เป็นแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ขึ้นพื้นฐานประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ คือ การรับประทานอาหาร การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน การลุก

นั่ง การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได การอาบน้ำ การกลืน อุจจาระ และการกลืนปัสสาวะ และแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงกิจกรรมจากแบบประเมินของประชิด (2556) เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น เป็นแบบประเมินความสามารถในการใช้ออกซิเจนทางอ้อมจากการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การทำงานบ้าน การออกกำลังกาย กิจกรรมงานอดิเรก มีหน่วยวัดเป็น METs โดยคะแนนที่สูงแสดงถึงความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายที่มากกว่าคะแนนที่น้อยกว่า

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพัฒนา (developmental research) เพื่อพัฒนาและประเมินผลชุดการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีการนำไปใช้เพื่อประเมินผลจากผู้ดูแล และผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 2 หรือ 3 ตามการแบ่งระดับความรุนแรงของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (The New York Heart Association) (Yancy, 2013) ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตั้งแต่ 1 เดือน ขึ้นไปและไม่เกิน 6 เดือน และอาศัยอยู่ในจังหวัดสตูล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

สามารถนำชุดการดูแลไปเป็นแนวทางในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และผู้ดูแล ในระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องที่บ้านได้

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลชุดการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีขอบเขตในการทบทวนวรรณคดี ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 1.1 นิยามของภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 1.2 ชนิดของภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 1.3 พยาธิสรีรวิทยาของภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุ
 - 1.4 การวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 1.5 ระยะของภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 1.6 การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 1.7 ผลกระทบของภาวะหัวใจล้มเหลวต่อความสามารถในการทำหน้าที่
2. แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 2.1 นิยามของความสามารถในการทำหน้าที่
 - 2.2 องค์ประกอบของการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ
 - 2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 2.4 การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่
 - 2.5 การดูแลเพื่อป้องกันหรือชะลอการเสื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
3. แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 3.1 นิยามของผู้ดูแล
 - 3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลของผู้ดูแล
 - 3.3 บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

4. การประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการรายกรณีในชุดการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

4.1 แนวคิดการจัดการรายกรณี

4.2 บทบาทของผู้จัดการรายกรณี

4.3 กระบวนการพยาบาลในการจัดการรายกรณี

4.4 การประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการรายกรณีสำหรับชุดการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

1. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุ

ภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุอาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยของระบบหัวใจและหลอดเลือด หรือจากการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดอื่นๆ การเปลี่ยนแปลงของหัวใจและหลอดเลือดในวัยสูงอายุทำให้หลอดเลือดแดงตีบแข็ง กล้ามเนื้อหัวใจมีพังผืด มีการสะสมแคลเซียมบริเวณลิ้นหัวใจ ส่งผลให้หัวใจมีประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ลดลง จึงไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอ (ผ่องพรรณ, 2553; Abete et al., 2013)

1.1 นิยามของภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ใช่โรค (ผ่องพรรณ, 2553) แต่เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่มีความซับซ้อน (Hess & Carroll, 2008; Yancy et al., 2013) มีสาเหตุจากจากความผิดปกติของโครงสร้าง หรือจากการทำหน้าที่ของหัวใจ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2551) ทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายได้อย่างเพียงพอ หรือไม่สามารถรับเลือดกลับเข้าสู่หัวใจได้ตามปกติ มีการกำซาบของเนื้อเยื่อลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะน้ำเกิน อาการหายใจลำบาก อ่อนเพลีย มีน้ำและเกลือคั่งในร่างกายทำให้มีอาการบวม (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2551; Hess & Carroll, 2008; Yancy et al., 2013) และมีความทนในการทำกิจกรรมลดลง (ผ่องพรรณ, 2553; Yancy et al., 2013)

1.2 ชนิดของภาวะหัวใจล้มเหลว

การแบ่งประเภทของภาวะหัวใจล้มเหลวมีการจัดแบ่งที่แตกต่างกันหลายรูปแบบ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการแบ่งประเภทเพื่อเป็นประโยชน์ในการรักษา และการแบ่งตามลักษณะอาการและอาการแสดง โดยผู้วิจัยจะกล่าวถึงเฉพาะการแบ่งชนิดของภาวะหัวใจล้มเหลวตามลักษณะอาการและอาการแสดง เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจลักษณะทางคลินิกมากขึ้น โดยแบ่งได้ 2 ชนิด (ผ่องพรรณ, 2553; Burke, Mohn-Brown, & Eby, 2011) ดังนี้

เวนทรีเคิลซ้ายล้มเหลว (left ventricular failure)

ภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่มักเริ่มจากเวนทรีเคิลซ้าย และเกิดได้บ่อยกว่าเวนทรีเคิลขวาล้มเหลว เนื่องจากเวนทรีเคิลซ้ายหรือหัวใจห้องล่างซ้ายทำงานหนักกว่า และมีความต้องการใช้ออกซิเจนมากกว่า สาเหตุสำคัญ คือ การถูกทำลายของกล้ามเนื้อเวนทรีเคิลซ้าย ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ โรคลิ้นหัวใจ การล้มเหลวของเวนทรีเคิลซ้ายจะทำให้มีภาวะเลือดคั่งในปอด ระบายกลไกควบคุมการหายใจ อาการที่พบในภาวะนี้ ได้แก่ อาการหายใจลำบาก อาจพบการหายใจแบบเป็นช่วงไม่สม่ำเสมอ (Cheyne-Stokes respiration) ซึ่งเกิดจากระยะเวลาที่ยาวนานของการไหลเวียนเลือดจากปอดไปยังสมอง อาการไอแห้งๆ หรืออาจมีเสมหะเป็นฟองสีชมพู อาการหายใจลำบากเมื่อนอนราบซึ่งมักเกิดเวลากลางคืน ต้องลุกขึ้นนั่งหรือหนุนหมอนสูง ภาวะปอดบวม น้ำเย็บปอด จากการที่หัวใจสูบฉีดเลือดลดลงทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ อาจทำให้เกิดความจำเสื่อม ผื่นร้าย นอนไม่หลับ สับสน อาการเหนื่อยล้าและกล้ามเนื้ออ่อนแรง เลือดไปเลี้ยงที่ไตลดลงทำให้ปริมาณปัสสาวะลดลง อัตราการกรองของโกลเมอรูลัสลดลง เพิ่มการสะสมโซเดียมและน้ำ เมื่อปริมาณโซเดียมในน้ำนอกเซลล์เพิ่มขึ้น แรงดันออสโมติกของพลาสมาจะเพิ่มตาม เกิดการกระตุ้นต่อมใต้สมองส่วนหลังให้หลั่งฮอร์โมนแอนติไดยูเรติก (antidiuretic hormone) ออกมา ทำให้เสริมหน้าที่ของไตในการควบคุมน้ำกลับ จึงเกิดอาการบวม

เวนทรีเคิลขวาล้มเหลว (right ventricular failure)

สาเหตุที่พบบ่อย คือ เกิดจากมีภาวะล้มเหลวของหัวใจห้องล่างซ้ายมาก่อน ทำให้ความดันในหลอดเลือดปอดเพิ่มขึ้น เวนทรีเคิลขวาหรือหัวใจห้องล่างขวาไม่สามารถบีบตัวเพื่อนำเลือดออกจากหัวใจได้ดีจึงเกิดการคั่งของเลือดในหลอดเลือดดำ เกิดการคั่งของเลือดที่บริเวณต่างๆ มีอาการบวมของแขน ขา ตับโต การมีเลือดคั่งที่ตับอาจทำให้เยื่อหุ้มตับขยายออกจนรู้สึกไม่สบาย ปวดท้อง ปวดแน่นบริเวณท้องขวาด้านบน ในภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังร่างกายจะมีความต้องการเมตาบอลิซึมสูงขึ้น แต่มีการรับประทานอาหารได้น้อยลงจากการมีเลือดคั่งในทางเดินอาหาร ทำให้มีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ ท้องอืด จึงมีการสูญเสียมวลของกล้ามเนื้อ และพอมหาแห่งการคั่งของเลือดในหลอดเลือดตามอวัยวะส่วนปลายจะทำให้เกิดอาการบวมกดปุ่ม โดยจะบวมเท่ากันทั้งสองซีกของร่างกาย จะเกิดบริเวณส่วนต่ำของร่างกายที่มีความดันในหลอดเลือดดำสูง เช่น ในผู้ที่ยืนหรือเดินจะบวมบริเวณข้อเท้า ขาส่วนล่าง สังเกตได้ชัดเจนในตอนเย็นและหายไปเมื่อได้นอนพัก ในผู้ที่นอนหงายอาการบวมกดปุ่มจะเกิดบริเวณก้นกบ และการป้องกันของหลอดเลือดดำ

จูกลาร์ (jugular) จะช่วยแยกอาการบวมจากการอุดตันของท่อน้ำเหลือง ตับแข็ง และภาวะโปรติโนในเลือดต่ำ

1.3 พยาธิสรีรวิทยาของภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เสื่อมถอยไปตามวัย ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้มากกว่าวัยอื่น โดยมีพยาธิสรีรวิทยา ดังนี้

การเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุจะมีขนาดของหัวใจห้องล่างซ้ายลดลงเล็กน้อย แต่หัวใจห้องบนซ้ายมีขนาดใหญ่ขึ้น ลิ้นหัวใจจะมีแคลเซียมมาเกาะทำให้หนาและแข็งขึ้น ประสิทธิภาพการทำงานของลิ้นหัวใจจึงลดลง อาจเกิดภาวะลิ้นหัวใจรั่วและตีบได้ซึ่งมีผลต่อระบบการส่งนำของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ มีเนื้อเยื่อที่เป็นเส้นใยเพิ่มมากขึ้น กำลังการหดตัวลดลง ระยะเวลาที่ใช้ในการหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น เนื่องจากการหดแคลเซียมซึ่งจำเป็นในการหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจอื่นที่มีเนื้อเยื่อพังคืดและไขมันมาเกาะมากขึ้น ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจจึงลดลง อัตราการเต้นของหัวใจลดลงและกล้ามเนื้อของหัวใจมีความไวต่อสิ่งเร้าลดลง ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง และกำลังสำรองของหัวใจลดลง (ศิริพันธุ์, 2554; Sandmire, 2010)

หลอดเลือดของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมมากขึ้น โดยผนังหลอดเลือดจะหนาขึ้น มีความยืดหยุ่นน้อยลง เนื่องจากมีเส้นใยคอลลาเจนและการเชื่อมกันตามขวางมากขึ้น เส้นใยอีลาสตินมีแคลเซียมมาเกาะทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว ความต้านทานของหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความดันภายในหลอดเลือดเพิ่มขึ้น เพื่อเพิ่มปริมาณเลือดให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ระดับความดันซิสโตลิกอาจจะเพิ่มขึ้นในขณะที่ความดันไดแอสโตลิกอาจจะยังคงเดิม หลอดเลือดฝอยมีความเปราะบางมากขึ้นจึงเกิดรอยฟกช้ำได้ง่าย เลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ลดลงโดยเฉพาะสมอง หัวใจ และไต (วิไลวรรณ, 2554; Sandmire, 2010) อวัยวะเหล่านั้นจึงทำงานได้ลดลง จากสาเหตุดังกล่าวผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเกิดภาวะผิดปกติของการทำงานของหัวใจได้มากกว่าวัยอื่น

สาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลว

สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว คือ กล้ามเนื้อหัวใจตาย หลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ และความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นการเพิ่มความดันและปริมาตรแก่หัวใจ เมื่อร่างกายไม่สามารถที่จะปรับชดเชยได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งสาเหตุหลักของภาวะหัวใจล้มเหลว (ผ่องพรรณ, 2553; สมเกียรติ, 2550; Calcasola, 2013) มีดังนี้

1. ภาวะที่หัวใจต้องรับภาระหนักผิดปกติ คือ ภาวะที่ทำให้เวนตริเคิลหรือหัวใจห้องล่างต้องทำหน้าที่หรือออกแรงมากขึ้น เมื่อเลือดดำที่ไหลมาจากส่วนต่างๆ ของร่างกายเข้าสู่หัวใจจะทำให้หัวใจยืดตัวออก และบีบตัวได้แรงขึ้น แต่หากเลือดดำนั้นมีปริมาณมากเกินไปส่งผลให้หัวใจถูกยืดขยายจนไม่สามารถหดตัวได้ดี จึงไม่สามารถบีบตัวเพื่อไล่เลือดออกจากหัวใจได้ ซึ่งสามารถแบ่งเป็น 2 สาเหตุ คือ

1.1 ปริมาตรเลือดหรือความดันในเวนตริเคิลเมื่อสิ้นสุดการคลายตัวของหัวใจ (preload) โดยเมื่อมีปริมาตรเลือดในเวนตริเคิลมากเกินไปประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจลดลง เช่น เมื่อลิ้นหัวใจรั่ว ทำให้เลือดที่หัวใจได้บีบตัวออกไปจากหัวใจแล้วนั้น ไหลย้อนกลับมายังหัวใจในช่วงที่หัวใจคลายตัว เกิดการคั่งของเลือด ความดันในเวนตริเคิลช่วงคลายตัวเพิ่มขึ้น (diastolic pressure) เพิ่มความเครียดต่อผนังหัวใจในระยะที่หัวใจคลายตัว (diastolic wall stress) และยึดไมโอไฟบริล (myofibrill) ของกล้ามเนื้อหัวใจ ขนาดห้องของหัวใจจึงถูกขยาย เกิดความผิดปกติในการบีบตัวของหัวใจ (systolic dysfunction) ส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว

1.2 ความดันหรือแรงต้านการไหลเวียนของเลือดขณะหัวใจบีบตัว (afterload) คือ แรงต้านทานที่หัวใจต้องบีบตัวต้านกับหลอดเลือดทั่วร่างกาย สิ่งที่จะเพิ่มแรงต้านนี้ ได้แก่ ขนาด ความยืดหยุ่น และความหนาของหลอดเลือด ความหนืดของเลือด ความดันโลหิตสูง เมื่อปริมาณแรงต้านมากเกินไปทำให้เกิดความดันที่เพิ่มขึ้น ทำให้หัวใจทำงานหนักเพื่อที่จะบีบตัว จึงเพิ่มความดันในการบีบตัว และความเครียดต่อผนังหัวใจ เกิดการหนาตัวของไมโอไฟบริล (myofibrill) ผนังหัวใจหนาตัวเข้าด้านใน (concentric hypertrophy) ส่งผลให้เกิดความผิดปกติในการคลายตัวของหัวใจ (diastolic dysfunction) และเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมา

2. กล้ามเนื้อหัวใจทำหน้าที่ผิดปกติ เป็นภาวะที่มีผลต่อความสามารถในการหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ได้แก่ กล้ามเนื้อหัวใจตาย กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ ทำให้การบีบตัวของเวนตริเคิลลดลง ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจในแต่ละครั้งที่หัวใจบีบตัวจึงลดลง

3. ความจำกัดในการคลายตัวรับเลือดของเวนตริเคิล หากเกิดภาวะที่หัวใจไม่สามารถคลายตัวเพื่อรับเลือดที่ไหลกลับมาจากส่วนต่างๆ ของร่างกายได้ จะมีผลต่อการบีบตัว

ของหัวใจ ภาวะดังกล่าว ได้แก่ ลิ้นไมทรัลและไตรคัสปิดตีบ ภาวะหัวใจถูกกดอย่างรุนแรง ภาวะหัวใจอ็อกเสบบีบรัด

กลไกการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุ

จากการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือดในวัยสูงอายุที่ได้กล่าวไว้แล้วข้างต้น ส่งผลให้หัวใจไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ ปริมาณเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจต่อนาทีมีปริมาณลดลง ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย จึงมีกลไกการชดเชยของร่างกายเกิดขึ้นซึ่งเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน ส่งผลไปยังหัวใจ การไหลเวียนของหลอดเลือดส่วนปลาย กล้ามเนื้อลาย และไต โดยมีกลไกดังนี้ (ผ่องพรรณ, 2553)

กลไกชดเชยแรก เป็นกลไกการชดเชยที่เกิดขึ้นในภาวะหัวใจล้มเหลวทันทีภายในระยะเวลาอันสั้น มีการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก อัตราการเต้นของหัวใจจึงเพิ่มขึ้น การบีบตัวของหัวใจแรงขึ้น และหลอดเลือดเกิดการหดตัว

กลไกการชดเชยที่เกิดขึ้นทีหลัง คือ การกระตุ้นระบบเรนิน-แอนจิโอเทนซิน-แอลโดสเทอโรน (rennin-angiotensin 3 aldosterone system) ทำให้มีการดูดกลับและการคั่งของน้ำและเกลือ เพิ่มการขับโปแตสเซียมมากขึ้น (Jackson, Gibbs, Davies, & Lip, 2000) กล้ามเนื้อหัวใจเกิดการหนาตัวขึ้นอย่างผิดปกติ (myocardial hypertrophy) เพื่อเพิ่มปริมาณเลือดที่หัวใจสูบฉีดในแต่ละนาที

จากกลไกชดเชยที่ช่วยเพิ่มปริมาตรเลือดที่หัวใจสูบฉีดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่างๆ ได้ในเบื้องต้น แต่การที่หลอดเลือดหดตัวจะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานหนักขึ้น หากพยาธิสภาพที่เป็นสาเหตุไม่ได้รับการแก้ไขอาจส่งผลให้ในเวลาต่อมาหัวใจจะไม่สามารถทำหน้าที่บีบตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถชดเชยได้ (decompensate heart disease)

ภาวะหัวใจล้มเหลวที่ไม่สามารถชดเชยได้ เวนทริเคิลจะมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งเกิดจากการทำงานของระบบนิวโรฮอร์โมนที่ถูกกระตุ้นให้หลั่งออกมาจากกลไกการชดเชยของร่างกาย โดยการยืดขยายใยกล้ามเนื้อของหัวใจจากการที่มีปริมาณเลือดในหัวใจมาก ทำให้มีแรงกดดันต่อผนังเวนทริเคิล เพื่อเป็นการลดแรงกดดันดังกล่าว เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจจะหนาตัวขึ้นทำให้ผนังหัวใจหนาขึ้น เป็นการช่วยเพิ่มแรงการบีบตัวของหัวใจเพื่อลดปริมาณเลือดภายในหัวใจ หากเกิดกลไกการชดเชยนี้เป็นระยะเวลานาน โครงสร้าง หน้าที่ และลักษณะเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจจะเปลี่ยนไป ทำให้การบีบตัวของหัวใจไม่มีประสิทธิภาพ แรงกดดันต่อผนัง

หัวใจจึงเพิ่มขึ้นอีก ร่างกายมีความต้องการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นการเพิ่มความผิดปกติในการทำหน้าที่ของหัวใจ

เมื่อกลไกซดเซซของร่างกายล้มเหลว ทำให้เมื่อสิ้นสุดการคลายตัวปริมาตรเลือดในเวนตริเคิลซ้ายจะเพิ่มขึ้น เลือดจากเอเตรียมไม่สามารถเข้าสู่เวนตริเคิลได้หมด เอเตรียมซ้ายจึงทำงานหนักขึ้นเพื่อบีบตัวสูบฉีดเลือดไปยังเวนตริเคิล เกิดการยืดขยายและการหนาตัวของผนังหัวใจ ความดันในเอเตรียมจะสูงขึ้นจนไม่สามารถรับเลือดจากหลอดเลือดดำพัลโมนารีได้ ส่งผลให้หลอดเลือดที่ปอดมีความดันเพิ่มขึ้นและก่อให้เกิดภาวะปอดบวมน้ำ

ความดันในหลอดเลือดปอดเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เวนตริเคิลขวาทำงานหนักขึ้นโดยมีการยืดขยายและหนาตัวขึ้นผิดปกติ จนในที่สุดเมื่อไม่สามารถชดเชยได้เวนตริเคิลขวาจะมีภาวะล้มเหลว ทำให้เกิดการกั่งของเลือดและย้อนกลับไปกั่งที่ระบบทางเดินอาหาร ตับ อวัยวะภายใน ไต ขา และเกิดอาการบวมขึ้น

อาการของภาวะหัวใจล้มเหลว

จากสาเหตุและพยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลวดังกล่าวข้างต้นที่ส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ทำให้เกิดอาการและอาการแสดง (สมเกียรติ, 2550; Calcasola, 2013) ดังนี้

1. อาการเหนื่อยง่าย หายใจลำบาก เป็นอาการที่พบบ่อย มักมีอาการเหนื่อยแบบหายใจไม่ทันมากกว่าอาการเหนื่อยแบบแน่นหน้าอก ซึ่งมักเป็นอาการของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ในระยะแรกของภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีอาการเหนื่อยขณะที่ออกแรงทำกิจกรรม และมีอาการเหนื่อยมากขึ้นจนกระทั่งทำกิจกรรมเบาๆ ก็เหนื่อย

อาการหายใจเหนื่อยขณะนอนราบ (orthopnea) เกิดจากของเหลวจากบริเวณท้องและขาที่ไหลกลับเข้าสู่ทรวงอก ทำให้กระบังลมยกสูงขึ้นขณะนอนราบ ความดันในปอดจึงสูงขึ้น การแลกเปลี่ยนก๊าซผิดปกติ ทำให้รู้สึกเหนื่อย หรือไอขณะนอนราบ เมื่อนอนหนุนหมอนสูงผู้ป่วยจะรู้สึกดีขึ้น เนื่องจากสามารถลดปริมาณเลือดที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจได้

อาการหายใจหอบเหนื่อยตอนกลางคืน (paroxysmal nocturnal dyspnea) คือ อาการหายใจหอบเหนื่อย หายใจไม่สะดวก หรือมีอาการไอร่วมด้วยในขณะนอนหลับ จึงต้องตื่นขึ้นมาเนื่องจากหายใจไม่ออก ต้องลุกขึ้นมานั่งจึงจะอาการดีขึ้น

2. หายใจเร็วสลับกับหายใจช้าหรือหยุดหายใจเป็นระยะ (cheyne-stokes respiration) จะเกิดในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือความดันโลหิตสูงร่วมด้วย

3. อาการบวม (edema) จะเป็นอาการบวมแบบกดนุ่ม ส่วนใหญ่จะเกิดบริเวณหลังเท้า หน้าแข้ง ซึ่งจะเกิดในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน

4. อาการทางช่องท้อง อาจมีอาการแน่นท้อง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ ปวดท้อง ซึ่งเกิดจากมีเลือดคั่งในตับทำให้ตับโตผิดปกติ

5. อาการอ่อนเพลีย เกิดจากที่ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เนื่องจากเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อได้ลดลง หรือร่วมกับการที่ต้องตื่นขึ้นมาในตอนกลางคืนบ่อยๆ เนื่องจากอาการหายใจลำบาก ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ

6. อาการทางระบบประสาท เกิดขึ้นเมื่อเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอจึงเกิดอาการสับสน ไม่มีสมาธิ การรับรู้ผิดปกติ

1.4 การวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลว

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะต้องมีความผิดปกติทั้ง 2 ข้อ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2551) คือ

1.4.1 อาการเหนื่อย อ่อนเพลีย (ไม่ว่าจะเป็นขณะพักหรือออกกำลังกาย) หรืออาการซึ่งเกิดจากการมีน้ำและเกลือคั่งในร่างกาย เช่นขาบวม มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดหรือช่องท้อง

1.4.2 หลักฐานจากการตรวจร่างกาย หรือการตรวจพิเศษแล้วพบว่ามีความผิดปกติของการทำหน้าที่ของหัวใจ

1.5 ระยะเวลาของภาวะหัวใจล้มเหลว

การแบ่งระยะของภาวะหัวใจล้มเหลวของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (The New York Heart Association) ซึ่งแบ่งตามระดับความรุนแรงของอาการ และข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเป็น 4 ระดับ (Yancy, 2013) ดังนี้

ระดับที่ 1 ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติโดยไม่เกิดอาการอ่อนล้า ใจสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลีย หรือเจ็บหน้าอก

ระดับที่ 2 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเล็กน้อย เมื่อปฏิบัติกิจกรรมตามปกติจะมีอาการอ่อนล้า ใจสั่น หายใจลำบาก แน่นหน้าอก แต่เมื่อได้พักจะรู้สึกสบายขึ้น

ระดับที่ 3 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมอย่างชัดเจน ถ้ามีการปฏิบัติกิจกรรมที่น้อยกว่ากิจกรรมตามปกติ เช่น อาบน้ำ แต่งตัว จะมีอาการอ่อนเพลีย อ่อนล้า ใจสั่น หายใจลำบาก เจ็บแน่นหน้าอก แต่เมื่อได้พักจะรู้สึกสบายขึ้น

ระดับที่ 4 ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ มีอาการหายใจเหนื่อยหอบแม้ในขณะที่พัก

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำชุดการดูแลที่ได้พัฒนาขึ้นไปดำเนินการกับผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่อยู่ในระยะภาวะหัวใจล้มเหลวของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (The New York Heart Association) ซึ่งแบ่งตามระดับความรุนแรงของอาการ และข้อจำกัดในการทำกิจกรรมในระดับ 2 และ 3 ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินชีวิตได้ลดลง และต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น

1.6 การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุ

การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุประกอบด้วยการรักษาที่ใช้ร่วมกับการรักษาที่ไม่ใช้ยา เพื่อให้สามารถควบคุมภาวะโรคไม่ให้แย่ลงไปกว่าเดิม (Abete et al., 2013; National Heart Foundation of Australia, 2011) ดังนี้

การรักษาด้วยการใช้ยา

การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวด้วยยามักจะใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน เพื่อเพิ่มความสามารถในการบีบตัวของเวนตริเคิล ลดภาระงานของกล้ามเนื้อหัวใจ และป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้น ดังนี้

1. ยาดิจิทาลิส (digitalis) เป็นยาที่มีฤทธิ์เพิ่มการบีบตัวของหัวใจ โดยยับยั้งโซเดียม-โพแทสเซียมเอทีพีเอส (Na⁺/K⁺ ATPase activity) ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจหดตัวได้แรงขึ้น ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจจึงเพิ่มขึ้น เลือดจึงไปเลี้ยงที่ไต้มากขึ้น ทำให้มีฤทธิ์เป็นยาขับปัสสาวะอ่อนๆ ยาดิจิทาลิสทำให้การเต้นของหัวใจช้าลง ความต้องการใช้ออกซิเจนของหัวใจลดลง อีกทั้งยังช่วยยับยั้งการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก และเสริมการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติก จึงช่วยลดอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ที่ได้รับยานี้ควรมีการประเมินภาวะเป็นพิษจากยาดิจิทาลิส เนื่องจากระดับของยาเพื่อการบำบัดและระดับที่เป็นพิษมีความใกล้เคียงกัน ซึ่งหากมีการได้รับยาดิจิทาลิสร่วมกับยาบางชนิด เช่น ควินิดีน (quinidine) เวอราพามิล (verapamil) และอมีดาโลน (amilofone) จะส่งผลให้ระดับของยาดิจิทาลิสเพิ่มขึ้น

อีกทั้งผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดพิษของยาดิจิทาลิส เนื่องจากมีความพร่องในการทำหน้าที่ของไต และมีเมตาบอลิซึมที่เปลี่ยนไป (ผ่องพรรณ, 2553) จึงควรมีการสังเกตอาการที่แสดงถึงภาวะเป็นพิษจากยา ได้แก่ ปวดท้อง ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงซึม ตามัว ปวดศีรษะ เห็นภาพซ้อน หัวใจเต้นช้า และหัวใจเต้นผิดจังหวะ (สมเกียรติ, 2550)

ยาที่นิยมใช้ในการรักษา คือ ยาดิจอกซิน (digoxin) ขนาดของยาในผู้สูงอายุจะอยู่ในช่วง 0.0625-0.125 มิลลิกรัม (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2551) ก่อนการให้ยาทุกครั้งต้องประเมินชีพจรแบบเต็มนาที หากอัตราการเต้นของชีพจรต่ำกว่า 60 หรือมากกว่า 120 ครั้ง/นาที หรือจังหวะการเต้นไม่สม่ำเสมอให้งดการให้ยา และรายงานแพทย์เพื่อพิจารณา ยาชนิดนี้อาจทำให้เกิดการระคายเคืองต่อทางเดินอาหาร และมีการขับออกโดยไต (ผ่องพรรณ, 2553)

2. ยาขับปัสสาวะ (diuretics) เป็นกลุ่มยาที่จำเป็นในการลดอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจากภาวะน้ำเกินในร่างกาย โดยอาจมีอาการแสดง เช่น ภาวะน้ำท่วมปอด และอาการขาบวม น้ำ การให้ยาขับปัสสาวะช่วยให้ไตสามารถขับโซเดียมและน้ำ จึงลดปริมาตรของเลือด ลดการคั่งของเลือดในร่างกาย ลดอาการเหนื่อยหอบของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ชนิดและขนาดของยาที่ใช้รักษาขึ้นอยู่กับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว และประสิทธิภาพการทำหน้าที่ของไต (ผ่องพรรณ, 2553; สมเกียรติ, 2550; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2551) ดังนี้

ฟูโรซีไมด์ (furosemide) มีประสิทธิภาพในการขับน้ำออกจากร่างกายได้มาก จึงสามารถลดปริมาตรเลือดได้มาก ใช้รักษาภาวะโซเดียมและน้ำคั่งได้ แต่หากใช้ในขนาดสูงจะทำให้ปริมาตรเลือดลดลงมากเกินไป ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง โปแทสเซียมในเลือดต่ำ และเกิดพิษจากยาดิจิทาลิสได้ง่าย โดยทั่วไปจะให้ในขนาด 20-40 mg วันละ 1-2 ครั้ง (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2551)

ไทอะไซด์ (thiazide) การออกฤทธิ์จะลดลงเมื่อไม่มีภาวะน้ำเกิน ทำให้การขับปัสสาวะไม่ต่อเนื่อง นิยมใช้ในผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำเกินไม่มาก หรือมีอาการดีขึ้นแล้ว หรือใช้ในการป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ (ผ่องพรรณ, 2553) ในผู้ที่มีครีเอตินีน (creatinine) มากกว่า 2 มก/ดล มักจะใช้ไม่ได้ผล (สมเกียรติ, 2550)

โปแทสเซียม สเปริง ไดยูเรติก (potassium sparing diuretic) หรือ สไปโรโนแลคโตน (spironolactone) ใช้ลดภาวะน้ำเกินที่ไม่ตอบสนองกับยาขับปัสสาวะปกติ มีฤทธิ์ยับยั้งการคั่งโซเดียม และการขับโปแทสเซียม จึงไม่ค่อยทำให้เกิดการสูญเสียโปแทสเซียม แต่หากไตทำงานได้ลดลงอาจทำให้เกิดภาวะโปแทสเซียมสูง จึงต้องมีการติดตามค่าครีเอตินีนในเลือด

การให้ควรรเริ่มจากขนาดต่ำๆ ก่อน และทำการตรวจวัดระดับการทำงานของไตและระดับโปแทสเซียมหลังให้ยาจนกว่าระดับโปแทสเซียมจะคงที่ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2551)

การรักษาด้วยยาขับปัสสาวะต้องพึงระวังภาวะโปแทสเซียมในเลือดต่ำ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรง และหัวใจเต้นผิดจังหวะ จึงควรสังเกตอาการ ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง หัวใจเต้นผิดจังหวะ อาการหน้ามืด วิงเวียนศีรษะขณะเปลี่ยนท่า (ผ่องพรรณ, 2553) หากมีอาการดังกล่าวควรรีบปรึกษาแพทย์

3. ยาขยายหลอดเลือด (vasodilator) ประกอบด้วยยาที่ขยายหลอดเลือดดำ และยาที่ขยายหลอดเลือดแดง ยาขยายหลอดเลือดดำจะทำให้กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดดำคลายตัว ทำให้เลือดค้างอยู่ในหลอดเลือดดำเพิ่มขึ้น เลือดไหลกลับสู่หัวใจน้อยลง ลดปริมาณเลือดความดันในเวนตริเคิลเมื่อสิ้นสุดการคลายตัวของหัวใจ (preload) จึงทำให้หัวใจทำงานลดลง สามารถลดอาการเจ็บหน้าอกได้ แต่อาจมีผลข้างเคียง คือ หัวใจเต้นเร็วและเลือดคั่งในปอด ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ ไนโตรกลีเซอริน ไอโซซอร์ไบด์ไดไนเตรท (isosorbide dinitrate) ยาขยายหลอดเลือดแดงจะลดความตึงตัวของหลอดเลือดแดงเล็ก (arteriole) ทั่วร่างกาย ความต้านทานของหลอดเลือดจึงลดลง ช่วยลดการทำงานของเวนตริเคิล และเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจไปยังอวัยวะต่างๆ รวมทั้งไต ทำให้เพิ่มการขับปัสสาวะ ยากลุ่มนี้ที่นิยมใช้กัน คือ ไฮดราลาซีน (hydralazine) อาจมีผลข้างเคียง คือ หัวใจเต้นเร็ว (สมเกียรติ, 2550; ผ่องพรรณ, 2553) และยาที่สามารถขยายทั้งหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดง ซึ่งมีฤทธิ์ในการคลายกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดง สามารถลดปริมาณเลือดและความดันในเวนตริเคิลเมื่อสิ้นสุดการคลายตัวของหัวใจ (preload) และความดันหรือแรงต้านการไหลเวียนของเลือดขณะหัวใจบีบตัว (afterload) แต่ไม่มีผลต่อกล้ามเนื้อหัวใจและอัตราการเต้นของหัวใจ มักใช้ในผู้ที่มิภาวะหัวใจล้มเหลวที่รุนแรง ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ โซเดียมไนโตรพรัสไซด์ (sodium nitroprusside) (ผ่องพรรณ, 2553)

4. แอนจิโอเทนซินคอนเวอร์ติงเอนไซม์ อินฮิบิเตอร์ (angiotensin-converting enzyme inhibitor [ACE inhibitor]) ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างรุนแรงจะถูกกระตุ้นระบบเรนินแองจิโอเทนซินแอลโดสเทอโรน ทำให้มีการดูดกลับน้ำเพิ่มขึ้น ซึ่งยาในกลุ่มนี้จะออกฤทธิ์กดการกระตุ้นระบบดังกล่าว ทำให้หลอดเลือดขยายตัว ลดความต้านทานของหลอดเลือด และลดความดันในหลอดเลือดแดง อีกทั้งยังลดผลของนิวโรฮอร์โมนที่มีต่อหัวใจ จึงลดการเปลี่ยนแปลงขนาด รูปร่าง ของกล้ามเนื้อหัวใจ (remodeling) อีกทั้งช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือด ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ แคปโทพริล (captopril) อีนาลาพริลมาเลอเทต (enalapril maleate) (ผ่องพรรณ, 2553) อาการข้างเคียง ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ อาการไอ เม็ดเลือดขาวต่ำ ในผู้สูงอายุควรให้ยาด้วยความระมัดระวัง โดยให้ในขนาดต่ำๆ และควรติดตามค่าครีเอตินีน (creatinine) (สมเกียรติ, 2550)

5. ยาด้านเบต้า (beta-blockers) ออกฤทธิ์ยับยั้งผลของประสาทซิมพาเทติก ทำให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีอาการดีขึ้น สามารถทำกิจกรรมได้มากขึ้น การรักษาด้วยยาในกลุ่มนี้ จะมีการปรับเพิ่มขนาดยาทีละน้อยๆ และจะปรับจนถึงขนาดที่ใช้รักษา โดยใช้ชีพจร ความดันโลหิต ความสามารถในการทำกิจกรรม อาการหายใจลำบากขณะนอนราบเป็นเกณฑ์ในการประเมิน การรักษาด้วยยาด้านเบต้าที่มีประสิทธิภาพ คือ ผู้ป่วยจะต้องไม่มีอาการวิงเวียนเมื่อเปลี่ยนท่า อัตราการเต้นของชีพจรประมาณ 55 ครั้ง/นาที ในขณะที่พัก และเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเมื่อทำกิจกรรม สามารถทำกิจกรรมได้เพิ่มขึ้น ไม่มีอาการหายใจลำบากขณะนอนราบ (ผ่องพรรณ, 2553) ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ ไบโซโพรลอล (bisoprolol) เมโทโพรลอล ทาร์เตรต (metoprolol tartrate) ผลข้างเคียง ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ อ่อนเพลีย (สมเกียรติ, 2550)

ยาที่ใช้ในการรักษาโรคร่วม

ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มักจะมีโรคอื่นๆ ร่วมด้วย โดยโรคร่วมที่พบเป็นประจำ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และภาวะไขมันในเลือดสูง (ชนากรณ์, 2553) จึงต้องมีการรักษาโรคร่วมด้วยร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยเพื่อให้เกิดผลในการรักษาที่มีประสิทธิภาพ สำหรับยาที่ใช้ในการรักษาโรคร่วม มีดังนี้

1. ยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง เป็นยาในกลุ่มเดียวกับที่ใช้รักษาภาวะหัวใจล้มเหลว คือ ยาในกลุ่มด้านเบต้า (beta-blockers) ยาขับปัสสาวะ (diuretics) ยาในกลุ่มแอนจิโอเทนซินคอนเวอร์ตติ้งเอนไซม์ อินฮิบิเตอร์ (angiotensin-converting enzyme inhibitor [ACE inhibitor]) และยาในกลุ่มที่มีผลขยายหลอดเลือด (ปราณี, 2552)

2. ยาที่ใช้รักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ได้แก่ ยาที่ช่วยป้องกันการเกาะตัวของลิ่มเลือด และในบางรายอาจได้รับยาละลายลิ่มเลือดร่วมด้วย เช่น วาร์ฟาริน (Warfarin) ยาในกลุ่มไนโตรกลีเซอรีน (nitroglycerine) หรือไอโซซอร์ไบด์ (isosorbide) และยาในกลุ่มปิดกั้นเบต้า (beta-blocker) (สันต์, 2550) มีรายละเอียดดังนี้

ยาวาร์ฟาริน ออกฤทธิ์โดยยับยั้งการสังเคราะห์วิตามินเค ซึ่งเป็นวิตามินที่เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดกระบวนการจับตัวของลิ่มเลือด นอกจากนี้ยังช่วยป้องกันและยืดระยะเวลาในการรวมตัวของเกล็ดเลือดในร่างกาย จึงสามารถชะลอและป้องกันการอุดตันของหลอดเลือดจากการเกิดลิ่มเลือดได้ ผลข้างเคียงของยาวาร์ฟาริน คือ อาจก่อให้เกิดภาวะเลือดออกตามผิวหนัง ภาวะอัมพาต ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอก ปวดท้อง ปวดกล้ามเนื้อและข้อต่อต่างๆ วิงเวียน การหายใจผิดปกติ การกลืนอาหารลำบากขึ้น บวม อ่อนเพลีย ความดันโลหิตต่ำ (ปราณี, 2552)

ยาแอสไพรีน เป็นยาที่ใช้ป้องกันการเกิดการรวมตัวของเกล็ดเลือด โดยออกฤทธิ์ลดการจับกลุ่มของเกล็ดเลือด (platelet aggregation) จึงช่วยยับยั้งการอุดตันของหลอดเลือดได้ ผลไม่พึงประสงค์ของยาแอสไพรีน คือ สามารถทำให้เกิดอาการ คลื่นไส้ รู้สึกไม่สบายในระบบทางเดินอาหาร เลือดออกในทางเดินอาหาร เกิดภาวะกรดไหลย้อน อาหารไม่ย่อย เบื่ออาหาร อาจมีเลือดกำเดาออก จุดจ้ำเลือด หูอื้อ เป็นต้น หากรับประทานยาแล้วมีอุจจาระสีดำ หรือผิวน้ำเป็นจ้ำๆ เป็นรอยช้ำ หรือเลือดออกได้ง่าย ควรหยุดยาและปรึกษาแพทย์ทันที ยานี้มีผลให้เกิดการระคายเคืองต่อกระเพาะอาหาร จึงควรรับประทานพร้อมอาหาร หรือหลังอาหารทันที ไม่ควรกินขณะท้องว่าง (ปราณี, 2552; สันต์, 2550)

ยาอมใต้ลิ้นหรือยาพ่นจำพวกไนโตรกลีเซอริน (nitroglycerine) หรือไอโซซอร์ไบด์ (isosorbide) ใช้รักษาและป้องกันอาการเจ็บหัวใจ เป็นยาที่ออกฤทธิ์เร็วมากหลังอมยาใต้ลิ้น หรือพ่นยาเข้าในปาก และยาจะหมดฤทธิ์เร็วภายใน 15-30 นาที ยาจะออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือด โดยเฉพาะหลอดเลือดดำทั่วร่างกาย ทำให้เลือดไหลกลับสู่หัวใจน้อยลง หัวใจจึงทำงานน้อยลง อาการเจ็บหัวใจจึงลดลง อีกทั้งยังออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือดแดง ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง และหัวใจเต้นเร็วขึ้น ทำให้รู้สึกปวดมึนหัว หน้ามืด เป็นลม แต่อาการเหล่านี้จะเป็นในระยะเวลาไม่นานก็จะหายไป เนื่องจากยาหมดฤทธิ์เร็ว (สันต์, 2550)

3. ยาที่ใช้รักษาภาวะไขมันในเลือดสูง โดยทั่วไปแพทย์จะแนะนำให้ควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย และลดหรือหยุดสูบบุหรี่ แต่หากยังไม่สามารถควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูงได้ แพทย์อาจจะแนะนำให้ผู้ป่วยใช้ยาร่วมด้วย ซึ่งยาที่ใช้สำหรับภาวะไขมันในเลือดสูงที่พบบ่อย คือ ยากลุ่มสแตติน (statins) ได้แก่ ซิมวาสแตติน (simvastatin) อโทรวาสแตติน (atorvastatin) ยากลุ่มนี้สามารถลด โคลเลสเตอรอลได้ดี และลดไตรกลีเซอไรด์ได้เล็กน้อย

ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะได้รับยาที่หลากหลายและแตกต่างกันในแต่ละรายกรณี ยาแต่ละตัวมีวิธีรับประทาน อาการข้างเคียงที่ต้องเฝ้าระวังแตกต่างกัน อีกทั้งผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ทำให้มีการดูดซึมยาเปลี่ยนแปลงไป ดับและไตทำหน้าที่ได้ลดลง ส่งผลให้เกิดอาการข้างเคียงจากยาได้สูง และบางครั้งผู้สูงอายุอาจลืมรับประทานยา หรือรับประทานยาผิดขนาด จึงต้องได้รับคำแนะนำ และการติดตามการรับประทานยาจากผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด

การรักษาโดยไม่ใช้ยา

การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวโดยไม่ใช้ยาเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุให้มีความเหมาะสมกับภาวะโรค เพื่อให้สามารถควบคุมอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวไว้ได้ ดังนี้

1. การทำกิจกรรม ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและมีอาการคงที่แล้ว ควรมีการส่งเสริมให้ทำกิจวัตรประจำวัน หรือกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง รวมถึงการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย เพื่อเพิ่มความทนในการทำกิจกรรม และเป็นการเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Abete et al., 2013) โดยใช้วิธีการสงวนพลังงานในการทำกิจกรรม เช่น การนั่งทำกิจกรรมแทนการยืน การพักระหว่างทำกิจกรรม (ผ่องพรรณ, 2553)

2. การปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ต้องมีการจำกัดปริมาณโซเดียมไม่เกินวันละ 2 กรัม หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำเกิน (National Heart Foundation of Australia, 2011) อีกทั้งควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง อาหารที่มีฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของหัวใจ เช่น ชา กาแฟ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น เพื่อลดปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้ภาวะโรคแย่ลง

3. การจำกัดปริมาณน้ำดื่ม ในกรณีของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการเล็กน้อย ไม่รุนแรง ไม่จำเป็นต้องจำกัดน้ำอย่างเคร่งครัด แต่ในกรณีที่มีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรง มีอาการเหนื่อย บวมกดบวม ควรจำกัดปริมาณน้ำดื่มไม่เกิน 1.5 ลิตร/วัน (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2551; McMurray et al., 2012)

4. การทำจิตใจให้ผ่อนคลาย ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะเกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง มีความคับข้องใจ (ผ่องพรรณ, 2553) จึงมีความวิตกกังวล เครียด และเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ส่งผลให้การดูแลตนเองลดลง ทำให้เกิดอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวตามมา (Yancy et al., 2013) จึงควรแนะนำให้ผู้สูงอายุทำจิตใจให้สงบ หรือทำกิจกรรมที่ทำให้เกิดความผ่อนคลาย คอยรับฟัง และเป็นທີ່ปรึกษาให้แก่ผู้สูงอายุ

1.7 ผลกระทบของภาวะหัวใจล้มเหลวต่อความสามารถในการทำหน้าที่

พยาธิสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นทั้งจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในวัยสูงอายุ และจากความผิดปกติในการทำหน้าที่ของหัวใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งในครั้งนี้นำมาศึกษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่อยู่ในระยะที่แบ่งตามระดับความรุนแรงของอาการ และข้อจำกัดในการทำกิจกรรมในระดับ 2 และ 3 (The New York Heart Association) ซึ่งมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม มีอาการอ่อนล้า ใจสั่น หายใจลำบาก แน่นหน้าอก เมื่อปฏิบัติกิจกรรมตามปกติหรือน้อยกว่ากิจกรรมตามปกติ เช่น อาบน้ำ แต่งตัว เดิน กวาดบ้าน ล้างจาน เป็นต้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง คือ มีความสามารถหรือศักยภาพในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันลดลงจากเดิม มีอาการเหนื่อยเมื่อทำกิจกรรม เช่น เดินได้ในระยะทางที่สั้นลง

ไม่สามารถอาบน้ำแต่งตัวได้ด้วยตนเองเนื่องจากมีอาการเหนื่อย (ผ่องพรรณ, 2553) อาการบางอย่างมีผลทำให้นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ ได้แก่ หายใจเหนื่อยในตอนกลางคืน ไอ ปัสสาวะบ่อยจากการได้รับยาขับปัสสาวะ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอ่อนเพลีย ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ลดลง (นรลักษ์ณ์และพัชรวรรณ, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาการทำกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองลดลงและต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุเท่ากันแต่ไม่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (Norberg, Boman, & Lofgren, 2008) และตรงกับผลการศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในสถานบริการสุขภาพพิเศษ ที่พบว่าผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่มีปัญหาในเรื่องความสามารถในการทำหน้าที่หรือกิจกรรมต่างๆ ลดลงเนื่องจากอาการของโรคถึงร้อยละ 70.1 (อุคมลักษ์ณ์, 2548) ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงมีความอิสระในการดำเนินชีวิตลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น เพื่อที่จะคงไว้ซึ่งคุณภาพของชีวิต

2. แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

2.1 คำนิยามของความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ

ความสามารถในการทำหน้าที่ (functional ability) หมายถึง ศักยภาพหรือความสามารถของแต่ละบุคคลในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันตามความเป็นจริง (พิมพีใจ, 2547; Kirch, 2008) ซึ่งเป็นผลรวมจากด้านร่างกาย จิตสังคม และสติปัญญา (ผ่องพรรณ, 2554; Kirch, 2008)

วัยสูงอายุเป็นวัยที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลง ประกอบกับภาวะโรคเรื้อรังในวัยสูงอายุจึงส่งผลต่อด้านสังคมและจิตใจ ซึ่งมีผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ ผู้สูงอายุจึงมีความเสื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่ ซึ่งหมายถึงการลดลงของความสามารถของบุคคลในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การรับประทานอาหาร (Gan, 2012)

2.2 องค์ประกอบของการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ

จากแนวคิดการป้องกันความเสื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุของสภาที่ปรึกษารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออสเตรเลีย (Australian Health Ministers' Advisory Council, 2004; 2007) ที่มีแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลเพื่อป้องกันการเสื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่ว่าประกอบด้วยดูแลใน 5 ด้าน จึงจะสามารถป้องกันได้ คือ

(1) ด้านการเคลื่อนไหวและการดูแลตนเอง (mobility, vigour & self-care) (2) ด้านโภชนาการ (nutrition) (3) ด้านการกลั้นปัสสาวะและอุจจาระ (continence) (4) ด้านผิวหนัง (skin integrity) และ (5) ด้านการรับรู้และสุขภาพทางอารมณ์ (cognition & emotional health) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านการเคลื่อนไหวและการดูแลตนเอง (mobility, vigour & self-care) เป็นการดูแลเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันด้วยตนเอง รวมถึงการดูแลที่ช่วยลดการเกิดพลัดตกหกล้ม

2. ด้านโภชนาการ (nutrition) เป็นการดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับสารอาหาร น้ำ และวิตามิน ที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

3. ด้านการกลั้นปัสสาวะและอุจจาระ (continence) เป็นการดูแลเพื่อจัดการปัญหาการกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ และการจัดการอาการท้องผูก

4. ด้านผิวหนัง (skin integrity) เป็นการดูแลผิวหนังให้มีความชุ่มชื้น ดูแลความสะอาดของผิวหนัง และป้องกันการเกิดแผลกดทับ

5. ด้านการรับรู้และสุขภาพทางอารมณ์ (cognition & emotional health) เป็นการดูแลเพื่อป้องกันการเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ทางการรับรู้และอารมณ์ ไม่ให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ภาวะซึมเศร้า รวมถึงภาวะสมองเสื่อม

สำหรับการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีโรคร่วมอื่นๆ ที่ไม่ใช่โรคเกี่ยวกับหัวใจร่วมด้วย (Abete et al., 2013) อีกทั้งมีการดูแลที่มีความเฉพาะกับภาวะโรค ผู้วิจัยจึงได้ปรับแนวคิดดังกล่าวเพื่อให้การดูแลมีความเฉพาะ และสอดคล้องกับการส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมากขึ้น ประกอบด้วยหลักในการดูแล 6 ด้าน คือ (1) ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย (2) ด้านการรับประทานอาหารและยา (3) ด้านการขับถ่าย (4) ด้านผิวหนัง (5) ด้านอารมณ์และจิตใจ และ (6) ด้านการควบคุมโรคร่วม มีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย เป็นการดูแลเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวร่างกาย และทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองให้ได้มากที่สุดตามความสามารถ เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย รวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านที่ช่วยป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ

2. ด้านการรับประทานอาหารและยา เป็นการดูแลการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับภาวะโรค ได้แก่ การจำกัดปริมาณ โซเดียม การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง และการจำกัดปริมาณน้ำดื่ม เพื่อควบคุมอาการภาวะหัวใจล้มเหลว

3. ด้านการขับถ่าย เป็นการดูแล สังเกต ปริมาณปัสสาวะ เพื่อประเมินภาวะน้ำเกิน และเป็นการดูแลจัดการภาวะท้องผูก เพื่อป้องกันการทํางานหนักของหัวใจ

4. ด้านผิวหนัง เป็นการดูแลทำความสะอาดผิวหนังที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การสังเกต ประเมินอาการบวม ลักษณะ แผล ผื่น บริเวณผิวหนัง

5. ด้านอารมณ์และจิตใจ เป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้สูงอายุให้จัดการ ควบคุมอารมณ์ สามารถทํากิจกรรมผ่อนคลาย และส่งเสริมให้ผู้ดูแลหรือครอบครัวมีกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี

6. ด้านการควบคุมโรคร่วม เป็นการดูแลให้มีความสอดคล้อง เหมาะสมกับภาวะโรคอื่น ๆ ของผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง ไชมันโนเลือดสูง เป็นต้น

2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้อง หรือสัมพันธ์กับความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีหลายปัจจัย แบ่งเป็นปัจจัยด้านร่างกายและปัจจัยด้านจิตใจและสังคม ดังนี้

ปัจจัยด้านร่างกาย

1. เพศ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จากการศึกษาเกี่ยวกับความแตกต่างของเพศในปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าเพศชายและเพศหญิงมีความสามารถในการทำหน้าที่แตกต่างกัน โดยเพศชายจะมีคะแนนของความสามารถในการทำหน้าที่สูงกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Heo, Moser, Lennie, Riegel, & Chung, 2008)

2. อายุ ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปตามวัยที่เพิ่มขึ้น โดยอวัยวะต่างๆ ในร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงที่เสื่อมลง ประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ จึงลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ปฏิบัติกิจกรรมได้น้อยลง จากการศึกษาของบุศรา, ผ่องพรรณ, และวิลาวรรณ (2554) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานแรกรับและก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยผู้สูงอายุจะมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติ

กิจวัตรประจำวันพื้นฐานลดลงตามกลุ่มอายุ คือ ผู้สูงอายุวัยต้น วัยกลาง และวัยปลาย ตามลำดับ ผู้ที่มีอายุน้อยจะมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายมากกว่าผู้สูงอายุ โดยการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุทำให้เกิดความเสื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่ (ผ่องพรรณ, 2554) มีดังนี้

ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความสามารถในการใช้ออกซิเจน วัยสูงอายุจะมีมวลกล้ามเนื้อและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ทำให้สูญเสียความจุสำรองออกซิเจน ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุจึงลดลง อีกทั้งการใช้กล้ามเนื้อลดลงยังทำให้ความจุสำรองออกซิเจนลดลงด้วยเช่นกัน อาจส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพ ไม่สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้ กล้ามเนื้ออ่อนแรง และพบว่าการสูญเสียความแข็งแรงของกล้ามเนื้อยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการหกล้มในผู้สูงอายุ

ความสามารถในการควบคุมขนาดของหลอดเลือด จากการเปลี่ยนแปลงความไวในการทำหน้าที่ของบาโรรีเซพเตอร์ ซึ่งเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะหมดสติชั่วขณะ (syncope) ซึ่งภาวะหมดสติชั่วขณะอาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดการบาดเจ็บ และส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลงได้

การทำหน้าที่ของระบบหายใจ ผู้สูงอายุจะมีการยืดขยายของกระดูกซี่โครงได้ไม่เต็มที่ จากการมีแคลเซียมเกาะบริเวณกระดูกอ่อนของซี่โครง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจลดลง อากาศที่เหลือค้างในปอดจึงเพิ่มขึ้น การระบายอากาศของถุงลมลดลง ทำให้ปริมาณออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงลดต่ำลง อาจทำให้เกิดภาวะสับสน ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง และอาจเกิดการหกล้มได้

การเสื่อมสลายของกระดูก ผู้สูงอายุมีการสูญเสียแร่ธาตุแคลเซียมออกจากกระดูกมากขึ้น โดยเฉพาะในผู้หญิงเมื่อหมดประจำเดือนจะเกิดอัตราการสลายแร่ธาตุของกระดูกเร็วขึ้น จึงเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกพรุน และกระดูกหัก ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการหกล้มได้ง่าย และเกิดความเสื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่

3. พยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลว ทำให้ความสามารถในการใช้ออกซิเจนลดลง ส่งผลให้เกิดอาการต่างๆ ตามมา ได้แก่ หายใจเหนื่อย หายใจลำบาก อ่อนเพลีย ทำให้ผู้สูงอายุมีความทนในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง (ผ่องพรรณ, 2553)

4. ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน มีโรคเรื้อรังหลายโรค จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความเจ็บป่วยที่รุนแรง และมีการฟื้นฟูช้า ความรุนแรงของความเจ็บป่วยจึงมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของบุศรา, ผ่องพรรณ, และวิลาวรรณ (2554) ที่พบว่าความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในช่วงแรกรับและก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

($p < .01$) และผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับความรุนแรงของโรคจากการประเมินด้วยเกณฑ์ของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association) ในระดับที่ต่างกันจะมีความสามารถในการทำหน้าที่หรือความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันต่างกัน (Witham, Argo, Johnston, Struthers, & Murdo, 2006) โดยระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวน้อยจะมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายมากกว่าผู้ที่มีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวมาก เนื่องจากระยะของภาวะหัวใจล้มเหลวที่แบ่งตามความรุนแรงของอาการ และความสามารถในการทำกิจกรรมจะแสดงถึงประสิทธิภาพการใช้ออกซิเจนสูงสุดของร่างกาย (VO_{2max})

5. สภาพสมอง ในการทำกิจกรรมต่างๆ สมองมีความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากต้องใช้สมองในส่วนของความจำ การวิเคราะห์ข้อมูล การรับรู้ การคิด การตัดสินใจ และการลงมือกระทำ หากสมองมีการสูญเสียหน้าที่จะส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุลดลง พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพร่องของสมองมีความสัมพันธ์กับการสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (บุศรา, ผ่องพรรณ, และวิลาวรรณ, 2554) อีกทั้งยังพบว่าการลดลงของคะแนนการทดสอบสมรรถภาพสมอง (Modified Mini-Mental State Examination) ทุกๆ 10 คะแนน จะส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลงถึงร้อยละ 33 (Hebert, Brayne, & Spiegelhalter, 1999) สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับความเสื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุในประเทศสิงคโปร์ที่พบว่าภาวะสมองเสื่อม (dementia) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง (Ang, Au, Yap, & Ee, 2006)

6. ภาวะโภชนาการ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ซึ่งภาวะโภชนาการที่เหมาะสมนั้นจะต้องมีการรับประทานอาหารที่เหมาะสม รวมไปถึงการมีสุขภาพในช่องปากที่ดีด้วย หากผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากที่ดี สามารถเคี้ยว หรือกลืนอาหารได้ตามปกติ และมีการรับประทานอาหารที่เหมาะสม อาหารนั้นก็ช่วยเสริมสร้างกล้ามเนื้อให้แข็งแรง จากการศึกษาของดีซาลโวซึ่งศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของความสามารถในการทำหน้าที่กับภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน พบว่าสุขภาพในช่องปากและปริมาณวิตามินเคที่ร่างกายได้รับสามารถใช้เป็นตัวทำนายความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายได้ (Desalvo, 2010)

7. การพลัดตกหกล้ม เป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ (Hebert, Brayne, & Spiegelhalter, 1999) ผู้สูงอายุมีการเสื่อมถอยของร่างกายตามวัยรวมไปถึงกล้ามเนื้อและกระดูก เมื่อเกิดการพลัดตกหกล้มจะยิ่งส่งผลกระทบต่อกล้ามเนื้อและกระดูกมากขึ้น อีกทั้งอาจจะส่งผลกระทบต่ออวัยวะที่ได้รับการกระทบกระเทือน

จากการหกล้มอีกด้วย การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุจึงส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุลดลง

ปัจจัยด้านจิตใจและสังคม

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นการประเมินภาวะสุขภาพตนเองในภาพรวมของผู้สูงอายุ สามารถบ่งบอกภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจแบบองค์รวมของผู้สูงอายุได้ ว่ามีความคิดไปในเชิงบวกหรือเชิงลบต่อภาวะสุขภาพของตนเอง โดยพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน หรือความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ (บุศรา, ผ่องพรรณ, และวิลาวรรณ, 2554)

2. การอาศัยอยู่โดยลำพัง ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวทำให้ขาดการดูแล ไม่ได้รับความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ ขาดการสนับสนุนจากสังคม ทำให้ร่างกายไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม ส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเสื่อมมากขึ้น ดังเช่นการศึกษาวิจัยที่พบว่า การที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่โดยลำพังเป็นปัจจัยส่งเสริมให้การทำหน้าที่ของร่างกายยิ่งเสื่อมลง (Hebert, Brayne, & Spiegelhalter, 1999)

3. ภาวะทางจิตใจ จากการศึกษาพบว่าคะแนนความซึมเศร้าเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความสามารถในการออกกำลังกาย และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหัวใจล้มเหลว (Witham, Argo, Johnston, Struthers, & Murdo, 2006)

2.4 การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่

การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายสามารถประเมินได้หลายวิธี ทั้งจากทางตรงและทางอ้อม

การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ทางตรง คือ การวัดประสิทธิภาพการใช้ ออกซิเจน สูงสุด (VO_{2max}) โดยใช้เครื่องมือที่สามารถวิเคราะห์การใช้ ออกซิเจน และคาร์บอนไดออกไซด์ที่ออกมาทันที สามารถวิเคราะห์ค่าการใช้ ออกซิเจนสูงสุดของร่างกายได้จาก ปริมาตรของเลือดที่หัวใจสูบออกมาแต่ละครั้ง คูณด้วยอัตราการเต้นของชีพจร และคูณผลต่าง ออกซิเจนของหลอดเลือดแดงและดำ มีหน่วยเป็นลิตรต่อนาที หรือมิลลิลิตรต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อนาที หากวัดเป็นจำนวนเท่าของการใช้ออกซิเจนขณะพัก มีหน่วยเป็น metabolic equivalent task (MET) โดย 1 MET คือ ปริมาณการใช้ออกซิเจนขณะพัก ซึ่งเท่ากับ 3.5 มิลลิลิตรต่อ

น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ต่อนาที่ (วิศาล, 2546) การวัดความสามารถในการทำหน้าที่ทางตรงเป็นวิธีที่มีความแม่นยำ แต่ไม่ได้รับความนิยมในทางปฏิบัติ เนื่องจากมีขั้นตอนที่ซับซ้อน และมีค่าใช้จ่ายสูง การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ทางอ้อม สามารถประเมินได้หลากหลายวิธี ดังนี้

1. ดัชนีบาร์เซล เอดีแอล (Barthel ADL index) หรือแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สร้างขึ้นโดยบาร์เซลและมาร์โฮนี (Barthel & Mahoney อ้างตามธีรรัตน์ สุปรินดา และยุพาพิน, 2555) แปลเป็นภาษาไทยและปรับเพื่อให้เหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้สูงอายุไทยโดยสุทธิชัยและคณะ (สุทธิชัย, ชัยยศ, และไพบุลย์, 2542) เป็นแบบประเมินที่เป็นมาตรฐาน ใช้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน โดยประเมินจากกิจกรรมที่บ่งชี้ถึงความสามารถในการดำเนินชีวิตได้อย่างอิสระในบ้าน ประกอบด้วย การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม คือ การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดใบหน้า การเคลื่อนย้ายจากที่นอนมานั่ง การเข้าใช้ห้องสุขา การเดินหรือเคลื่อนที่ภายในบ้าน การขึ้นลงบันได การสวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ การกลืน บัสสาวะและอุจจาระ ดัชนีบาร์เซล เอดีแอล ได้รับการประเมินคุณค่าในการใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุไทย ซึ่งพบว่าสามารถใช้ได้ (สุทธิชัย, 2541) จึงมีการใช้กันอย่างแพร่หลายในการประเมินผู้สูงอายุ โดยประเมินว่าผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมเหล่านั้นได้ด้วยตนเองทั้งหมด ทำได้โดยต้องมีผู้อื่นช่วยหรือทำด้วยตนเองไม่ได้เลย ซึ่งหากต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่นจะแสดงถึงภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุ แบบประเมินนี้มีคำถามจำนวน 10 ข้อ ในแต่ละข้อจะเป็นแบบเลือกตอบ มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-20 คะแนน หากคะแนนรวมน้อยแสดงถึงการที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมาก และคะแนนรวมที่มากแสดงถึงสามารถช่วยเหลือตนเองได้มาก พึ่งพาผู้อื่นน้อย (ผ่องพรรณ, 2554) ซึ่งเคยมีการนำไปใช้และผ่านการทดสอบความเที่ยง โดยนำไปประเมินความสามารถการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง 10 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น (interrater reliability) เท่ากับ .85 (สมนึก, สิริวรรณ, และกฤษณี, 2554)

2. ดัชนีวัดความสามารถในการทำกิจกรรมของดุก (The Duke Activity Status Index [DASI]) เป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย จากความสามารถในการออกซิเจนสูงสุด แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ เกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การดูแลตนเอง การฟื้นฟูสภาพ การทำงานในบ้านและกิจกรรมต่างๆ จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายที่วัด โดยใช้แบบประเมินนี้ กับความสามารถในการใช้ออกซิเจนสูงสุด พบว่ามีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง ($r = .62, p = .001$) (Rankin, Briffa, Morton, & Hung, 1996)

3. แบบประเมินความสามารถการทำหน้าที่ของร่างกาย (The Veterans Specific Activity Questionnaire [VSAQ]) ของเมเยอร์ โด เฮอร์เบิร์ต ไรบิส, และโพรเอลเซอร์ (อ้างตามวิชานีย์, 2554) เป็นแบบประเมินความสามารถในการใช้ออกซิเจนทางอ้อม เพื่อประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้ ครอบคลุมในด้านกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวของร่างกาย กิจกรรมอดิเรก กิจกรรมงานบ้าน และการออกกำลังกาย โดยเปรียบเทียบค่าของการใช้ออกซิเจนสูงสุดกับระดับความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ มีหน่วยเป็น METs อยู่ระหว่าง 1-13 METs ในข้อคำถามแรกมีจำนวน MET ต่ำที่สุด เท่ากับ 1 MET และค่อยๆ เพิ่มขึ้นจนถึง 13 METs ซึ่งเรนคิน บริฟฟา มอร์ดัน และฮัง (Rankin, Briffa, Morton, & Hung, 1996) ได้นำแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (VSAQ) มาทดสอบพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้ออกซิเจนสูงสุดในผู้ป่วยโรคหัวใจที่ระดับปานกลาง ($r = .66, p = .001$) สำหรับในประเทศไทยได้มีการแปลเป็นภาษาไทยและทำการทดสอบหาระดับความเชื่อมั่นโดยพิมพ์ใจ (2547) ซึ่งได้นำไปทดสอบกับผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวด้วยวิธีคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson: KR-20) พบว่ามีระดับความเชื่อมั่นที่ .85 ซึ่งอยู่ในระดับสูง และมีการนำไปใช้กันอย่างแพร่หลาย

4. แบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมของเรนคินและคณะ (Specific Activity Questionnaire [SAQ]) เป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายโดยอ้อมในผู้ป่วยโรคหัวใจ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับกิจกรรมที่ทำในแต่ละวันจำนวน 13 ข้อ ซึ่งในแต่ละกิจกรรมจะสอดคล้องตรงกันกับ METs อยู่ระหว่าง 2-9 METs ในแต่ละข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบระหว่าง "ใช่" หรือ "ไม่ใช่" คะแนนจากการใช้แบบประเมินนี้จะตรงกับข้อสุดท้ายที่ผู้ป่วยตอบว่าใช่ จากการนำแบบประเมินนี้มาทดสอบพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้ออกซิเจนสูงสุดในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ระดับปานกลาง ($r = .77, p = .001$) (Chryssanthopoulos, Dritsas, & Cokkinos, 2005)

5. การประเมินด้วยระยะทางที่สามารถเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที (Six-Minute Walk Test [6MWT]) เป็นการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยการให้เดินบนพื้นราบในระยะเวลา 6 นาที และวัดระยะทางที่สามารถเดินได้ ระยะทางที่สามารถเดินได้มากขึ้นแสดงถึงความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายที่ดีขึ้น จากผลการศึกษาระบบทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) เกี่ยวกับการใช้วิธีนี้ในการวัดความสามารถในการทำหน้าที่ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้ออกซิเจนสูงสุดในระดับปานกลาง และสามารถใช้เป็นตัวแทนความสามารถในการทำหน้าที่ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ไม่สามารถเดินได้มากกว่า 490 เมตร (Pollentier et al., 2010)

6. แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย สร้างขึ้นโดย ประชิตร์ (2556) ซึ่งสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นแบบประเมินความสามารถในการใช้ออกซิเจนทางอ้อม ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวัน การทำงานบ้าน การออกกำลังกาย และการมีกิจกรรมที่เป็นงานอดิเรก มีหน่วยวัดเป็น METs ในข้อคำถามแรกมีจำนวนพลังงานที่ใช้ทำกิจกรรมต่ำที่สุด และค่อยๆ เพิ่มขึ้น ถ้าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งในข้อนั้นที่มี METs เท่ากัน แสดงว่ามีจำนวน METs เท่ากับข้อนั้น คำถามจะสิ้นสุดเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งในข้อคำถามได้ และจำนวน METs ที่สามารถทำได้จริง คือ จำนวน METs ที่ตรงกับกิจกรรมในข้อที่ทำได้เป็นข้อสุดท้าย โดย จำนวน METs ที่มากกว่า แสดงถึงความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายที่มากกว่า แบบประเมินนี้มีความคล้ายกับแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของพิมพ์ใจ (2547) แต่กิจกรรมในข้อคำถามมีความสอดคล้องกับผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มที่ต้องการศึกษามากกว่า ได้มีการนำไปทดสอบค่าความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยโรคหัวใจได้เท่ากับ 0.76 (ประชิตร์, 2556)

สำหรับการพัฒนาชุดการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel ADL index) หรือแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ที่ปรับปรุงโดยสุทธิชัยและคณะ และได้ดัดแปลงแบบประเมินความสามารถการทำหน้าที่ของร่างกายของประชิตร์ (2556) โดยปรับกิจกรรมให้มีความสอดคล้องกับลักษณะกิจกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมากขึ้น เป็นแบบประเมินความสามารถในการใช้ออกซิเจนทางอ้อม เปรียบเทียบค่าของการใช้ออกซิเจนสูงสุดกับระดับความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ มีหน่วยเป็น METs เป็นแบบประเมินที่ใช้งานง่าย ประเมินโดยการสอบถามจากผู้สูงอายุ หรือผู้ดูแลถึงความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ไม่ต้องเตรียมอุปกรณ์เพื่อทำการทดสอบ ไม่ต้องควบคุมโดยแพทย์ และไม่อันตรายต่อผู้สูงอายุ

2.5 การดูแลเพื่อป้องกันหรือชะลอการเสื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

การส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งมีปัจจัยส่งเสริมให้มีการเสื่อมถอยความสามารถในการทำหน้าที่มากกว่าผู้สูงอายุทั่วไป ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาและรวบรวมคำแนะนำ ข้อเสนอแนะจากหลักฐานเชิงประจักษ์มาปรับใช้ และพัฒนาชุดการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

จากรูปแบบการป้องกันกระบวนการเสื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่ (prevention of functional decline process model) ที่พัฒนาขึ้น โดยสภาที่ปรึกษารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขของออสเตรเลีย (AHMAC, 2004; 2007) ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติที่มีเป้าหมายเพื่อป้องกันหรือลดปัจจัยเสี่ยงของการเสื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยมีหลักการ คือ ประเมินและจัดการกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเสื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ (1) ด้านการเคลื่อนไหวและการดูแลตนเอง (2) ด้านโภชนาการ (3) การกลืนปัสสาวะและอุจจาระ (4) ด้านผิวหนัง และ (5) การรับรู้และสุขภาพทางอารมณ์ และจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจากฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ ThaiLIS, proQuest, PubMed, CINAHL, Google Scholar, Science Direct, PSU knowledge bank, CMU e-Theses การสืบค้นจากวารสารทางการแพทย์ เว็บไซต์ ห้องสมุด และจากเอกสารอ้างอิง โดยกำหนดคำสำคัญหลักที่ใช้ในการสืบค้นตามหลัก PICO โดย P (population) คือ กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ functional decline elderly, elderly and heart failure I (intervention) คือ แนวทางการจัดการกับปัญหา ได้แก่ แนวปฏิบัติ (practice guideline), โปรแกรม, การดูแลต่อเนื่อง (continuing care), การดูแลที่บ้าน (home care), การจัดการอาการ, C (comparison) คือ กลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ, และ O (outcome) คือ ผลลัพธ์ ได้แก่ ความสามารถในการทำหน้าที่ (functional ability) กำหนดช่วงเวลาในการสืบค้นตั้งแต่ ค.ศ.2002-2013 จัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ และเกรดของข้อเสนอแนะตามหลักเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute, 2008) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีโรคร่วมอื่นๆ ที่ไม่ใช่โรคเกี่ยวกับหัวใจร่วมด้วย (ชนากรณ์, 2553; Abete et al., 2013) ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มการดูแลในด้านการควบคุมโรคร่วมเพื่อให้การดูแลครอบคลุมยิ่งขึ้น และได้ปรับแนวคิดดังกล่าวเพื่อให้การดูแลมีความเฉพาะ และสอดคล้องกับการส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมากขึ้น จึงมีองค์ประกอบหลักในการดูแล 6 ด้าน คือ (1) ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย (2) ด้านการรับประทานอาหารและยา (3) ด้านการขับถ่าย (4) ด้านผิวหนัง (5) ด้านอารมณ์และจิตใจ และ (6) ด้านการควบคุมโรคร่วม มีรายละเอียดดังนี้

ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ผู้ดูแลควรให้การดูแลดังนี้

1. สังเกต ประเมิน ติดตามอาการ และบันทึกอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวที่เกิดขึ้นทั้งขณะที่ทำกิจกรรม และขณะพัก ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า หายใจเหนื่อย หรือหายใจสั้นๆ ขณะทำกิจกรรม หายใจลำบากขณะพัก หายใจลำบากขณะนอนราบ อาการบวม การเพิ่มขึ้นของ

น้ำหนักตัว และอาการเจ็บแน่นหน้าอก (ระดับ 1/เกรด A/ Lainscak, 2011; ระดับ 1/เกรด A/ Lindenfeld et al., 2010; ระดับ 1/เกรด A; McMurray et al., 2012) และแนะนำให้จัดบันทึกทุกครั้งที่มีอาการ เพื่อนำข้อมูลในแต่ละวันมาเปรียบเทียบ (ระดับ 2/เกรด B/ ชนากรณ์, 2553)

2. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมต่างๆ ตามความสามารถ เช่น กิจวัตรประจำวัน ด้วยตนเองให้มากที่สุด เพื่อป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อลีบ และช่วยชะลอความสามารถในการทำหน้าที่ (ระดับ 1/เกรด A/ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2551)

3. ส่งเสริมการใช้หลักการสงวนพลังงานในการทำกิจกรรม โดยในระหว่างการทำกิจกรรม เช่น อาบน้ำ แต่งตัว เดิน แนะนำให้มีการพักเป็นระยะเพื่อเป็นการสงวนพลังงาน ลดการใช้พลังงานในสิ่งที่ไม่จำเป็น เช่น การนั่งอาบน้ำแทนการยืน ใช้ฝักบัวแทนการอาบน้ำด้วยขัน (สุพิศตรา, 2555)

4. ดูแลให้ผู้สูงอายุหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่มีการออกแรงเกร็งกล้ามเนื้อ (isometric physical activity) เช่น การออกแรงดึงหรือดันวัตถุอยู่กับที่ การยกของหนัก เพราะทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้น (ระดับ 1/เกรด A/ National Heart Foundation of Australia, 2011)

5. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุออกกำลังกาย เพื่อเป็นการเพิ่มความสามารถในการใช้ออกซิเจนสูงสุดของร่างกาย เพื่อเสริมสร้างและคงไว้ซึ่งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปยังอวัยวะส่วนปลาย ส่งผลให้มีความสามารถในการทำหน้าที่เพิ่มขึ้น (ระดับ 1/เกรด A/ Clevenger, 2012) การออกกำลังกายที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวนั้นยังคงมีการศึกษากันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนว่าการออกกำลังกายแบบใดดีที่สุด แต่อย่างไรก็ตามการออกกำลังกายในผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะต้องคำนึงถึงพยาธิสภาพของโรคสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ ปัจจัยเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นขณะออกกำลังกาย ซึ่งหลักในการออกกำลังกายที่สมาคมเวชศาสตร์การกีฬาแห่งสหรัฐอเมริกา (American College of Sports Medicine [ACSM], 2009) ได้เสนอให้ใช้คือ หลักการฟิตท์ (FITT) มีรายละเอียดดังนี้

5.1 ความถี่ในการออกกำลังกาย (frequency of exercise: F) คือ การกำหนดจำนวนครั้งในการออกกำลังกายต่อ 1 สัปดาห์ ซึ่งผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวควรออกกำลังกายอย่างน้อย 3-5 วันต่อสัปดาห์ โดยในช่วงแรกควรเริ่มออกกำลังกายที่ความถี่น้อยๆ ก่อนจากนั้นจึงค่อยๆ เพิ่มความถี่ขึ้น (ระดับ 1/เกรด A/ Adsett & Mullins, 2010; ระดับ 1/เกรด A/ Lindenfeld et al., 2010)

5.2 ความหนักในการออกกำลังกาย (intensity of exercise: I) คือ การกำหนดขีดความสามารถในการออกกำลังกายที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางที่ดี ไม่เกิดอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อน ความหนักในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจ

ล้มเหลวควรอยู่ในระดับต่ำถึงระดับปานกลาง (ระดับ 3/เกรด A/ ปาลีรัฐ, 2554; ระดับ 1/เกรด A/ Adsett & Mullins, 2010; ระดับ 1/เกรด B/ Chien, Lee, Wu, Chen, & Wu, 2008) โดยเริ่มจากระดับต่ำก่อนแล้วจึงค่อยเพิ่มระดับความหนักในการออกกำลังกายตามความสามารถของผู้สูงอายุ (ระดับ 3/เกรด A/ ปาลีรัฐ, 2554) ความหนักในการออกกำลังกายสามารถประเมินได้หลายวิธี ดังนี้

5.2.1 การประเมินจากความสามารถในการใช้ออกซิเจนจากการเผาผลาญพลังงานในร่างกาย (METs) หรือปริมาณออกซิเจนสูงสุดที่ร่างกายนำไปใช้ (maximum ventilatory oxygen consumption: Vo₂ max) โดยการเปรียบเทียบการทำกิจกรรมกับความสามารถในการใช้ออกซิเจนของร่างกาย มีหน่วยเป็น METs เช่น นั่งรับประทานอาหาร 1.2 METs, ยืน 1.2 METs, เดินขึ้นบันได 4.7 METs (Jette, Sidney, & Blumchen, 1990) โดยกำหนดให้ความหนักระดับต่ำคือมีค่าน้อยกว่า 3 METs ความหนักระดับปานกลางอยู่ในช่วง 3-6 METs และความหนักระดับสูงคือมากกว่า 6 METs (ACSM, 2009)

5.2.2 การประเมินจากอัตราการเต้นเป้าหมายของหัวใจในการออกกำลังกาย (target heart rate [THR]) ความหนักในการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลางคือ 40-70% ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด (maximum heart rate [MHR]) (ระดับ 1/เกรด B/ Chien, Lee, Wu, Chen, & Wu, 2008) ซึ่งอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดคำนวณได้จาก 220 - อายุ ดังนั้นหากต้องการออกกำลังกายให้อยู่ในระดับความหนักต่ำถึงปานกลางจึงควรมีอัตราการเต้นของหัวใจไม่เกิน $60 \times (220 - \text{อายุ}) / 100$ (ACSM, 2009) แต่การประเมินด้วยวิธีนี้มีข้อจำกัด คือ เป็นการประเมินที่ขึ้นอยู่กับอายุเพียงอย่างเดียว โดยไม่ได้ประเมินจากความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายตามความเป็นจริงในแต่ละบุคคล และมีข้อจำกัดในผู้ที่ได้รับยาหรือการรักษาที่มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอัตราการเต้นของหัวใจ (ACSM, 2010)

5.2.3 การประเมินจากอัตราการเต้นของหัวใจ จากหลักในการสอนโปรแกรมการออกกำลังกายที่บ้านซึ่งเป็นความหนักในระดับต่ำถึงปานกลาง ได้เสนอให้ใช้หลักการคำนวณง่ายๆ คือ ใช้อัตราการเต้นของหัวใจในขณะที่พักบวกเพิ่มไปไม่เกิน 30 ครั้งต่อนาที ยกเว้นในกรณีที่มีการรับประทานยาที่มีผลลดอัตราการเต้นของหัวใจ เช่น ยาในกลุ่มเบต้าบล็อกเกอร์ (Beta blocker) ลดเหลือ 15 ครั้งต่อนาที (ระดับ 1/เกรด A/ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549) ยกตัวอย่าง เช่น หากจับชีพจรขณะพักก่อนที่จะออกกำลังกายได้ 60 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจขณะออกกำลังกายไม่ควรเกิน $60 + 30 = 90$ ครั้งต่อนาที

5.2.4 การประเมินจากการรับรู้ความเหนื่อยขณะออกกำลังกาย (rating of perceived exertion [RPE]) เป็นการประเมินความรู้สึกของผู้ออกกำลังกายเกี่ยวกับความเหนื่อยล้า ซึ่งจะสัมพันธ์กับอัตราการเต้นของหัวใจขณะออกกำลังกาย แบบประเมินที่นิยมใช้ คือ แบบประเมินความเหนื่อยของบอร์ก (Borg's REP scale) โดยแบบประเมินแบบเดิมจะเป็นตัวเลข

ตั้งแต่ 6 แสดงถึงความหนักในการออกกำลังกายน้อยมากๆ ไปจนถึง 20 คะแนน ซึ่งหมายถึงรู้สึกเหนื่อยที่สุด แสดงถึงการออกกำลังกายที่มีความหนักมาก ส่วนในแบบประเมินที่ได้ปรับปรุงและใช้ในปัจจุบันเป็นค่าคะแนนจาก 0-10 ทำให้ใช้ได้ง่ายขึ้น พบว่ามีงานวิจัยหลายชิ้นแสดงให้เห็นว่าระดับความเหนื่อยมีความสัมพันธ์เชิงเส้นกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น ชีพจร ปริมาณการใช้ออกซิเจน และความหนักในการออกกำลังกาย (แน่น้อย, 2548) ซึ่งในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ควรออกกำลังกายในระดับคะแนนความเหนื่อยแบบเดิมประมาณ 11-14 คะแนน ไม่ควรมากกว่า 14 คะแนน (ระดับ 1/ เกรด A/ ชมรมฟื้นฟูหัวใจ, ระดับ 1/ เกรด A/ 2553; Adsett, & Mullins, 2010) เมื่อเทียบกับแบบปัจจุบันจะอยู่ในช่วง 2-3 คะแนน โดยการประเมินวิธีนี้เหมาะสำหรับผู้ที่นับชีพจรไม่ได้หรือได้รับยาที่มีผลทำให้อัตราการเต้นของหัวใจมีการเปลี่ยนแปลง

5.2.5 การประเมินจากความสามารถในการพูด (talk test) คือการประเมินจากความสามารถในการพูดขณะที่กำลังออกกำลังกาย โดยหากยังสามารถพูดประโยคสั้นๆ นาน 2-3 วินาทีได้ แสดงว่าความหนักในการออกกำลังกายอยู่ในระดับที่เหมาะสม แต่หากไม่สามารถพูดได้แสดงว่าออกกำลังกายหนักเกินไป (พิมพกา, 2555; ACSM, 2009)

การประเมินความหนักของการออกกำลังกายไม่ว่าจะใช้วิธีการใดในการประเมินสิ่งที่สำคัญที่สุดในการประเมินก็คือ ความรู้สึกของผู้ที่ออกกำลังกายเอง หากมีความรู้สึกว่าเหนื่อยมากเกินไปแสดงว่าออกกำลังกายในระดับที่หนักเกินความสามารถของตน และหากไม่รู้สึกเหนื่อยเลยแสดงว่าออกกำลังกายในระดับที่เบาเกินไป (บรรลุ, 2549) สำหรับในการพัฒนาชุดการดูแลในครั้งนี้ผู้วิจัยแนะนำให้ประเมินระดับความหนักในการออกกำลังกายด้วยการประเมินจากความสามารถในการพูด (talk test) เนื่องจากการประเมินด้วยวิธีดังกล่าวมีความง่าย สะดวกสำหรับผู้สูงอายุ และไม่มีผลกระทบจากการได้รับยารักษาโรคหัวใจบางชนิด

5.3 ระยะเวลาในการออกกำลังกาย (time or duration of exercise) คือช่วงเวลาที่เหมาะสมในการออกกำลังกายแต่ละครั้งที่ส่งผลที่ดีต่อระบบหายใจและหัวใจในการเพิ่มความสามารถในการใช้ออกซิเจนสูงสุดของร่างกาย ซึ่งในระยะเริ่มแรกของการออกกำลังกายควรใช้ระยะเวลาสั้นๆ ประมาณ 10-20 นาที และค่อยๆ เพิ่มขึ้นเป็นครั้งละ 30-40 นาที (ระดับ 1/ เกรด A/ Adsett & Mullins, 2010) ตามความสามารถของตนเอง การออกกำลังกายแต่ละครั้งควรมีการอบอุ่นร่างกาย (warm up) (ระดับ 1/ เกรด A/ Clevenger, 2012; ระดับ 1/ เกรด A/ Lindenfeld et al., 2010) ด้วยการบริหารส่วนต่างๆ ของร่างกายเบาๆ ประมาณ 10 นาที (ชมรมฟื้นฟูหัวใจ, 2553) ก่อนทุกครั้ง เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อม และลดการบาดเจ็บของร่างกาย และหลังจากออกกำลังกายควรมีการผ่อนคลายร่างกาย (cool-down) (ระดับ 1/ เกรด A/ Clevenger, 2012; ระดับ 1/ เกรด A/ Lindenfeld et al., 2010) ประมาณ 5-10 นาที (ระดับ 1/ เกรด A/ ชมรมฟื้นฟูหัวใจ, 2553) ด้วยการยืดเหยียดอยู่กับที่ แกว่งแขน หรือวิธีอื่นๆ ร่วมกับการหายใจลึกๆ (ภัทรารุช, 2553) ไม่ควรหยุดออกกำลังกาย

กายทันที เพื่อเป็นการปรับสภาพร่างกายให้ค่อยๆ กลับเข้าสู่ภาวะปกติ และช่วยให้เลือดตามส่วนต่างๆ ของกล้ามเนื้อไหลกลับสู่หัวใจได้ดีขึ้น

5.4 ประเภทของการออกกำลังกาย (type of exercise) ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุกลุ่มนี้ คือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก เนื่องจากการออกกำลังกายที่มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่อง ช่วยเพิ่มสมรรถภาพของหัวใจหรือระบบไหลเวียนโลหิตเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ออกซิเจนสูงสุดของร่างกาย ช่วยเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ และมีความปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้ จากผลการศึกษากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ซึ่งศึกษาจากงานวิจัยแบบทดลอง (RCT) จำนวน 10 เรื่อง พบว่าการออกกำลังกายเองที่บ้าน (home-based exercise) ในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยการออกกำลังกายแบบแอโรบิกเพียงอย่างเดียว หรือร่วมกับการออกกำลังกายแบบแรงต้าน (resistance exercise) ในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ถึง 9 เดือน ร่วมกับการให้ความรู้ และติดตามผู้ป่วย สามารถเพิ่มความสามารถในการออกกำลังกาย และความสามารถในการทำหน้าที่หรือการทำกิจกรรมต่างๆ ของร่างกายได้อย่างปลอดภัย ไม่เกิดอันตราย (ระดับ 1/เกรด B/ Chien, Lee, Wu, Chen, & Wu, 2008) ชนิดของการออกกำลังกายที่เหมาะสม คือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก ได้แก่ การเดิน การปั่นจักรยาน การบริหารกล้ามเนื้อ (ระดับ 1/เกรด A/ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2551; ระดับ 1/เกรด A/ Adsett & Mullins, 2010; ระดับ 1/เกรด B/ Chien, Lee, Wu, Chen, & Wu, 2008; ระดับ 1/เกรด A/ McMurray et al., 2012) หรือการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2545) ดังนี้

การเดิน เริ่มด้วยการเดินช้าๆ แล้วจึงค่อยๆ เพิ่มความเร็วขึ้น ในระยะเริ่มแรกควรเดินในแนวราบก่อน จากนั้นอาจต่อด้วยการเดินขึ้นบันไดหรือเดินขึ้นเนิน แต่ต้องมีการสังเกตอาการในระหว่างที่ออกกำลังกายด้วย

ทำย่อเข่าแบบมีที่เกาะ ให้ผู้สูงอายุใช้มือทั้งสองข้างเกาะบริเวณฝาผนังหรืออุปกรณ์เกาะอื่นๆ จากนั้นค่อยๆ ย่อเข่าลงช้าๆ แล้วค่อยๆ ยืดเข่าขึ้นอยู่ในท่าตรง ทำซ้ำๆ ประมาณ 10 ครั้ง

ทำยืนยกขา ให้ผู้สูงอายุยกขาข้างใดข้างหนึ่งขึ้นด้านข้างลำตัวอย่างช้าๆ ขนานกับพื้น แล้วค่อยๆ ลดขาลงอยู่ในท่ายืนตรง ทำซ้ำๆ ประมาณข้างละ 10 ครั้ง

ทำนอนหงายยกขา ให้ผู้สูงอายุนอนหงาย วางแขนกับพื้นตั้งฉากกับลำตัว จากนั้นยกขาทั้ง 2 ข้างพร้อมกันจนตั้งฉากกับพื้น หรือตามความสามารถของผู้สูงอายุ แล้วค่อยๆ ลดขาลงแนบกับพื้น ทำซ้ำๆ ประมาณ 10 ครั้ง

ทำนอนหงายถีบจักรยาน ควรมีเบาะบางๆ หรือผ้าห่มรองบริเวณหลัง ให้ผู้สูงอายุนอนหงาย และใช้ขาถีบจักรยานในอากาศ

ทำยกแขน ผู้สูงอายุสามารถนั่งหรือยืนก็ได้ แยกแขนทั้งสองข้างให้ขนานกับพื้น แล้วยกขึ้นเหนือศีรษะให้หลังมือจรดกัน แล้วค่อยๆ ลดลงสู่ท่าเดิม ทำซ้ำๆ ประมาณ 10 ครั้ง

ควรงดการออกกำลังกายเมื่อมีอาการดังต่อไปนี้ (ระดับ 1/ เกรด A/ ชมรมฟื้นฟูหัวใจ, 2553; ระดับ 1/ เกรด A/ Adsett & Mullins, 2010; Piepoli et al., 2011)

- เจ็บแน่นหน้าอก
- น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากกว่า 1.8 กิโลกรัม ภายใน 1-3 วัน ที่ผ่านมา
- ความดันโลหิตตัวบนลดลงเมื่อออกกำลังกาย
- อัตราการเต้นของหัวใจขณะพักมากกว่า 100 ครั้ง/นาที
- ความดันโลหิตมากกว่า 200/100 มิลลิเมตรปรอท
- เจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือมีไข้
- คื่นที่ผ่านมานอนไม่หลับ จนรู้สึกอ่อนเพลียมาก
- รู้สึกเครียดมาก
- สภาพอากาศร้อนหรือหนาวเกินไป

ข้อควรปฏิบัติก่อนการออกกำลังกาย (ระดับ 1/ เกรด A/ ชมรมฟื้นฟูหัวใจ, 2553; สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549) มีดังนี้

- สวมใส่เสื้อผ้าที่สบายๆ ไม่หลวมหรือคับเกินไป
- สวมรองเท้าที่รู้สึกสบาย หรือสวมถุงเท้าและรองเท้ากีฬา
- ไม่ควรออกกำลังกายหลังรับประทานอาหารทันที ควรเว้นระยะเวลา

อย่างน้อย 1-2 ชั่วโมง หลังรับประทานอาหาร

- นำยาอมใต้ลิ้นติดตัวไว้ทุกครั้งที่ออกกำลังกาย
- ควรบอกญาติหรือผู้ดูแลไว้ด้วยว่าจะไปออกกำลังกายบริเวณใด

ข้อบ่งชี้ในการหยุดออกกำลังกาย หากผู้สูงอายุมีอาการดังต่อไปนี้ขณะออกกำลังกาย ให้หยุดออกกำลังกายและให้นั่งพักทันที (ระดับ 1/ เกรด A/ ชมรมฟื้นฟูหัวใจ, 2553; สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549)

- เจ็บแน่นหน้าอก
- เวียนศีรษะ มึนงง คลื่นไส้ อาเจียน
- รู้สึกเหนื่อยมากจนพูดไม่ออก
- หายใจสั้นและถี่มาก
- เหงื่อออกมาก
- อัตราการเต้นของหัวใจลดลงมากกว่า 10 ครั้ง/นาที

ในกรณีที่มืออาการเจ็บแน่นหน้าอกให้อมยาใต้ลิ้น ถ้าไม่หายสามารถอมซ้ำได้ทุก 5 นาที 3 ครั้ง ครั้งละ 1 เม็ด หากมีอาการมึนงง เวียนศีรษะให้นั่งพักก้มศีรษะลงบริเวณระหว่างเข่าสองข้าง หรือนอนพักยกขาสูง (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว คือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก ได้แก่ การเดิน การปั่นจักรยาน ระยะเริ่มแรกของผู้ที่เริ่มออกกำลังกายควรใช้ระยะเวลาสั้นๆ 10-20 นาที หรือตามความสามารถของตนเอง จากนั้นจึงค่อยๆ เพิ่มขึ้นเป็นครั้งละ 30-40 นาที และควรออกกำลังกาย 3-5 ครั้ง/สัปดาห์ ระดับความหนักในการออกกำลังกายควรอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง โดยเริ่มจากระดับน้อยๆ แล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้นตามความสามารถของแต่ละบุคคล ซึ่งในการออกกำลังกายทุกครั้งควรมีการอบอุ่นร่างกาย และการผ่อนคลายร่างกาย เพื่อเป็นการค่อยๆ เตรียมความพร้อมและปรับสภาพร่างกายในการออกกำลังกาย และควรส่งเสริมการออกกำลังกายที่ผู้สูงอายุชอบ หรือส่งเสริมให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายร่วมกับเพื่อนหรือครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายได้โดยไม่เบื่อ และต่อเนื่อง (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549)

6. กิจกรรมทางเพศ ปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์เป็นปัญหาหนึ่งที่ผู้ป่วยไม่มั่นใจที่จะมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรสอย่างที่เคยเป็น และพบบ่อยในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ส่วนหนึ่งมาจากความต้องการทางเพศที่ลดลง ภาวะทางจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความเครียด ความกลัวว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้นหากมีเพศสัมพันธ์ บางรายอาจมีปัญหาสมรรถภาพทางเพศลดลงจากอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว และการทำปฏิกิริยาของยาบางชนิดที่ใช้รักษาภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจหยุดรับประทานยา และงดการมีกิจกรรมทางเพศ และการประเมิน ให้คำแนะนำ หรือให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยในเรื่องนี้ยังมีอยู่น้อย ส่งผลให้ทั้งผู้ป่วย และคู่สมรสไม่ได้รับคำแนะนำที่เหมาะสม ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ลดลง (ระดับ 1/เกรด A/ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2551; ระดับ 1/เกรด A/ Lainscak, 2011) ซึ่งการมีเพศสัมพันธ์มีปริมาณการใช้ออกซิเจนสูงสุดของร่างกาย 4.5-5.5 เท่าของปริมาณการใช้ออกซิเจนสูงสุดของร่างกายขณะพัก ผู้สูงอายุที่สามารถเดินขึ้นบันไดได้ 8-10 ชั้น ได้โดยไม่มีอาการหอบเหนื่อย หรือหยุดกลางคันจึงสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ปกติ ซึ่งการรักษาด้วยยาไนโตรกลีเซอริน หรือยาอมใต้ลิ้นสามารถลดอาการหายใจลำบาก และอาการเจ็บหน้าอกขณะมีเพศสัมพันธ์ได้ (ระดับ 1/เกรด A/ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2551; ระดับ 1/เกรด A/ Lainscak, 2011)

7. ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 7-8 ชั่วโมง
8. จัดสิ่งแวดล้อม สิ่งของบริเวณบ้านให้เป็นระเบียบเรียบร้อย เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ (สุพัตรา, 2555) เช่น จัดวางสิ่งของให้เป็นระเบียบ ไม่วางสิ่งของตามทางเดิน จัดให้ผู้สูงอายุนอนบริเวณชั้นล่างของบ้าน จัดให้มีราวจับในห้องน้ำเพื่อป้องกันการลื่นหรือหกล้ม

ด้านการรับประทานอาหารและยา

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารให้เหมาะสมกับภาวะหัวใจล้มเหลว รวมถึงการรับประทานยาตามคำสั่งของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ จะช่วยลดหรือชะลอการกำเริบของอาการภาวะหัวใจล้มเหลวได้ (ส่องพรธม, 2553) เมื่อไม่มีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น อาการหายใจเหนื่อย อ่อนเพลีย จึงทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ดีขึ้นหรือไม่เสื่อมถอยไปมากกว่านี้ ผู้ดูแลจึงควรให้การดูแลผู้สูงอายุดังนี้

1. ควบคุมน้ำหนักตัวทุกวัน (ระดับ 1/ เกรด A/ Lainscak et al., 2011; ระดับ 1/ เกรด A/ Suter, Gorski, Hennessey, & Suter, 2012) โดยชั่งน้ำหนักในช่วงเวลาเดียวกันทุกวัน คือ หลังจากขับถ่ายในช่วงเช้าหลังตื่นนอน ก่อนรับประทานอาหาร เสื้อผ้าที่สวมใส่ขณะชั่งน้ำหนักควรเป็นชุดที่มีน้ำหนักเบาใกล้เคียงกันทุกครั้ง และควรใช้เครื่องชั่งน้ำหนักเครื่องเดียวกัน เพื่อนำน้ำหนักในแต่ละวันมาประเมินเปรียบเทียบ (ระดับ 1/ เกรด A/ Lainscak et al., 2011)

2. การควบคุมภาวะโภชนาการ น้ำหนักตัวที่มากเกินไปหรือน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลให้หัวใจมีการทำงานที่หนักขึ้น จึงควรมีการควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม (ระดับ 1/ เกรด A/ McMurray et al., 2012) โดยให้ค่าดัชนีมวลกาย (body mass index [BMI]) อยู่ในช่วง 23-24.9 กก./ม² อีกทั้งผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่รุนแรงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากอาการของโรค ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร แน่นท้อง ซึ่งหากมีน้ำหนักตัวลดลงมากจะส่งผลให้อาการของโรคแย่ลง (ระดับ 1/ เกรด A/ Yancy et al., 2013) หากน้ำหนักตัวลดลงมากกว่า 5 กก. หรือมากกว่าร้อยละ 7.5 ของน้ำหนักตัวเดิม ภายในระยะเวลา 6 เดือน หรือมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) น้อยกว่า 18.5 กก./ม² จึงควรเพิ่มปริมาณของกล้ามเนื้อด้วยการเพิ่มจำนวนมื้ออาหารที่ย่อยง่าย และการออกกำลังกาย (ระดับ 1/ เกรด A/ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2551) และหากพบว่าน้ำหนักเพิ่มมากกว่า 2 กิโลกรัม ใน 3 วัน ให้จำกัดปริมาณน้ำและโซเดียมอย่างเคร่งครัด หรือปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเองตามคำแนะนำที่ได้รับจากแพทย์หรือพยาบาล (ระดับ 1/ เกรด A/ McMurray et al., 2012)

3. การจำกัดเกลือ การจำกัดเกลือหรือโซเดียมในอาหารจะช่วยป้องกันและลดอาการบวม อาหารปกติในแต่ละวันจะมีปริมาณโซเดียมประมาณ 3-7 กรัม แต่สำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูงหรือโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดแดงน้อยกว่า 2 กรัม/วัน (ระดับ 1/เกรด A/ National Heart Foundation of Australia, 2011) แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถที่จะทราบปริมาณของเกลือในอาหารได้แน่นอน อาจเนื่องจากไม่ได้ประกอบอาหารด้วยตนเอง และการคาดคะเนปริมาณโซเดียมในอาหารนั้นเป็นไปได้ยาก จึงควรแนะนำให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มหรืออาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง ได้แก่ อาหารกระป๋อง อาหารดอง ปลาเค็ม กะปิ กุ้งแห้ง ไข่เค็ม แงส้ม แงไตปลา น้ำบูดู ไม่ควรเติมสารปรุงรสที่มีรสเค็มเพิ่มลงในอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว ได้แก่ น้ำปลา เกลือ ผงชูรส เต้าเจี้ยว ซีอิ๊ว เป็นต้น (สถาบันหัวใจ โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท, 2554) ควรตรวจสอบปริมาณเกลือหรือโซเดียมจากฉลากที่แสดงส่วนประกอบทางโภชนาการของอาหารสำเร็จรูปเพื่อพิจารณาก่อนที่จะตัดสินใจบริโภค (ระดับ 1/เกรด A/ Lindenfeld et al., 2010) จากการศึกษาของเลนนี่และคณะ ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมด้านโภชนาการที่ช่วยลดอาการในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรง พบว่าการจำกัดเกลือ ร่วมกับการส่งเสริมให้รับประทานอาหารที่มีสารไลโคปีน (lycopene) และกรดไขมันโอเมกา 3 (omega-3 fatty acid) สามารถช่วยลดอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวได้ (ระดับ 1/เกรด A/ Lennie et al., 2013) ซึ่งการลดการคั่งของเกลือด้วยการควบคุมอาหารเพียงอย่างเดียวจะได้ผลในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ไม่รุนแรง แต่หากมีอาการที่รุนแรงจะต้องใช้การรักษาด้วยยาร่วมด้วย

4. การจำกัดน้ำ ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง มีอาการหอบเหนื่อยมาก จำต้องเข้ายาสบสภาวะขนาดสูง ผู้ที่มีโรคไตที่มีการคั่งของน้ำและเกลือคั่งได้ง่ายร่วมด้วย หรือมีภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (hyponatremia) ควรมีการจำกัดปริมาณน้ำดื่มไม่เกิน 1.5 ลิตร/วัน (ระดับ 1/เกรด A/ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2551) เนื่องจากการได้รับน้ำในปริมาณที่มากเกินไปทำให้เกิดการเจือจางความเข้มข้นของโซเดียมในเลือด ส่งผลให้เกิดภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ ทำให้มีอาการเหนื่อยล้า อ่อนแรง เมื่ออาหาร ส่วนในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่มีอาการระดับเล็กน้อยถึงปานกลางไม่จำเป็นต้องจำกัดน้ำอย่างเคร่งครัด (ระดับ 1/เกรด A/ McMurray et al., 2012)

5. หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงจะทำให้ระดับไขมันในเลือดสูงขึ้น เกิดการสะสมของไขมันบริเวณผนังหลอดเลือด เกิดจิงไหลผ่านหลอดเลือดไม่สะดวก (รุ่งลัดดาและจิตติมา, 2548) ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจและอวัยวะต่างๆ ไม่เพียงพอ หัวใจต้องทำหน้าที่สูบฉีดเลือดหนักขึ้น และเกิดอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวกำเริบได้ จึงควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์ติดมัน ไขมันจากสัตว์ ไข่แดง เครื่องในสัตว์ สมอสัตว์ กะทิ อาหารทะเลบางชนิด เช่น กุ้ง ปลาหมึก หอยนางรม เป็นต้น หลีกเลี่ยงอาหารที่ใช้ไขมันในการปรุง อาหารที่ทอดหรือผัด ควรใช้น้ำมันที่ได้จากพืชแทนน้ำมัน

จากสัตว์ ได้แก่ น้ำมันดอกทานตะวัน น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันรำข้าว หลีกเลี่ยงการใช้ น้ำมันที่มีไขมันอิ่มตัวสูง ได้แก่ น้ำมันจากสัตว์ น้ำมันพืชบางชนิด เช่น น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม และควรรับประทานอาหารที่ปรุงโดยการต้ม นึ่ง อบ หรือย่าง แทนอาหารที่ผ่านการทอดหรือผัด เช่น ก๋วยทอด ปาท่องโก๋ ไข่ทอด เป็นต้น (สถาบันหัวใจ โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท, 2554)

6. อ่านฉลากโภชนาการก่อนตัดสินใจซื้ออาหาร เพื่อตรวจสอบปริมาณ โซเดียม และส่วนประกอบอื่นๆ ในอาหาร (ระดับ 1/ เกรด A/ Lindenfeld et al., 2010)

7. รับประทานข้าว แป้ง และธัญพืชที่ไม่ผ่านการขัดสี ได้แก่ ข้าวกล้อง ขนมหังโฮลวีท ข้าวโอ๊ต ถั่วเหลือง ถั่วเขียว ถั่วดำ (สถาบันหัวใจ โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท, 2554)

8. เลือกรับประทานอาหารที่ปรุงจากปลาทะเล ซึ่งมีน้ำมันปลา หรือกรดไขมันโอเมกา 3 (omega-3 fatty acid) เนื่องจากสามารถช่วยลดอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวได้ (ระดับ 1/ เกรด A/ Lennie et al., 2013)

9. ส่งเสริมให้รับประทานอาหารที่มีโปแทสเซียมและแคลเซียมสูง (ระดับ 1/ เกรด A/ Lindenfeld et al., 2010) ได้แก่ ก๋วยเตี๋ยว มะละกอ ส้ม ปลาตัวเล็ก นมพร่องมันเนย เป็นต้น เพื่อช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของกระดูก และเพิ่มสารอาหารดังกล่าวจากการสูญเสียทางปัสสาวะในรายที่ได้รับยาขับปัสสาวะ

10. รับประทานอาหารที่ย่อยง่าย อ่อนนุ่ม และหลีกเลี่ยงอาหาร เนื้อสัตว์ที่ ย่อยยาก หรืออาหารที่มีลักษณะแข็งจนเกินไป เพราะจะทำให้เกิดอาการท้องผูก และต้องใช้แรงเบ่ง มากขึ้นขณะขับถ่าย ส่งผลให้หัวใจทำงานหนักขึ้น ไม่ควรรับประทานครั้งละมากๆ เพราะจะทำให้ หัวใจทำงานหนักจนเกินไป (รุ่งลัดดาและจิตติมา, 2548) เนื้อสัตว์ที่ย่อยง่าย ได้แก่ เนื้อปลา

11. รับประทานอาหารที่มีกากใยมาก ได้แก่ อาหารจำพวกผักและผลไม้ ซึ่งส่วนใหญ่จัดเป็นคาร์โบไฮเดรตที่ไม่สามารถดูดซึมได้ จึงช่วยลดหรือชะลอการดูดซึมน้ำตาลและ โคลเลสเตอรอลจากอาหารชนิดอื่นได้ (วิมลรัตน์, 2552) อีกทั้งยังช่วยให้ง่ายต่อการขับถ่าย และไม่ทำ ให้หัวใจทำงานหนัก

12. หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของหัวใจ ได้แก่ ชา กาแฟ และงดเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ทุกชนิด (ระดับ 1/ เกรด A/ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2551) เนื่องจากเครื่องดื่มเหล่านี้มีสารที่ไปกระตุ้นให้หัวใจทำงานหนักขึ้น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ เหล้า เบียร์ ไวน์ มีผลทำให้ไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำมาก (very low density lipoprotine [VLDL]) และการสร้างไตรกลีเซอไรด์ในเลือดมีระดับสูงขึ้น (สุรัตน์อ้างตามวิมลรัตน์, 2552)

13. คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยา (ระดับ 1/ เกรด A/ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2551) ผู้ดูแลควรตรวจสอบความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการรับประทานยาผิดหรือขาดยา หากผู้สูงอายุมียาจำนวนมาก ควรทำตารางการรับประทานยาให้ชัดเจน ผู้ดูแลควรทราบชื่อยา ขนาดยา วิธีการใช้ สรรพคุณของยา และสังเกตผลข้างเคียงของยาแต่ละตัวของผู้สูงอายุด้วย

ด้านการขับถ่าย

ภาวะหัวใจล้มเหลวทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจห้องล่างซ้ายลดลง ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงบริเวณไตลดลงด้วย จึงเกิดกลไกการปรับตัวของร่างกายขึ้น โดยเรนิน แองจิโอเทนซิน 2 (renin angiotensin II) และแอลโดสเตอโรน (aldosterone) เพิ่มขึ้น ทำให้การดูดซึมน้ำกลับของน้ำและโซเดียมจากไตเพิ่มขึ้น ปริมาณปัสสาวะจึงลดลง (สมเกียรติ, 2550) ซึ่งเป็นอาการที่แสดงถึงภาวะหัวใจล้มเหลวที่แย่ง จึงมีการรักษาด้วยยาขับปัสสาวะ เพื่อลดปริมาณน้ำที่มากเกินไปในร่างกาย (ผ่องพรรณ, 2553) ซึ่งช่วยลดหน้าที่ในการบีบตัวของหัวใจ ดังนั้นการเฝ้าระวังภาวะน้ำเกินโดยการประเมินปริมาณปัสสาวะในผู้สูงอายุโรคหัวใจล้มเหลวจึงเป็นสิ่งสำคัญ

การเสื่อมสภาพของร่างกายในวัยสูงอายุส่งผลให้การเคลื่อนไหวของลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ของผู้สูงอายุลดลง จึงมักเกิดอาการท้องผูกได้ง่าย (วิไลวรรณ, 2554) ซึ่งอาการท้องผูกหมายถึง การที่อุจจาระมีจำนวนลดลง ลักษณะแข็ง แห้ง เบ่งถ่ายยาก และมีความถี่ในการถ่ายอุจจาระลดลงจากปกติ (ลิวรรณ, 2553) ผู้สูงอายุจึงต้องออกแรงเบ่งในการขับถ่ายอุจจาระ ส่งผลให้หัวใจต้องทำงานหนักและมีความต้องการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น (รุ่งลัดดาและจิตติมา, 2548) ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคหัวใจล้มเหลวเกิดอาการเจ็บหน้าอกตามมา จึงควรให้การดูแลดังนี้

1. สอบถามและสังเกตเพื่อประเมินความบ่อยในการปัสสาวะในเวลากลางคืน หากปัสสาวะในตอนกลางคืนบ่อยจะทำให้ผู้สูงอายุพักผ่อนไม่เพียงพอ ควรปรึกษาแพทย์เพื่อปรับยาขับปัสสาวะ (ระดับ 1/ เกรด A/ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2551) หรือร่วมกันหาแนวทางจัดการ

2. สอบถามเกี่ยวกับอาการท้องผูก การออกแรงในการเบ่งถ่ายอุจจาระ และแนะนำให้หลีกเลี่ยงการออกแรงเบ่งเพราะจะทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้น

3. ควรดื่มน้ำให้เพียงพอวันละ 6-8 แก้ว และควรดื่มน้ำอุ่นในตอนเช้าเพื่อกระตุ้นการทำงานของลำไส้ (ลิวรรณ, 2553)

4. ควรฝึกการจับถ่ายอุจจาระทุกเช้าให้เป็นเวลา เวลาที่เหมาะสม คือ ช่วงเวลาหลังอาหารเช้า ควรใช้เวลาสำหรับการจับถ่ายประมาณ 20 นาที ไม่ควรเร่งรีบ (ลิวรรณ, 2553)

5. หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดอาการท้องผูก เช่น ชา หรืออาหารที่มีแก๊สมาก

6. ควรรับประทานอาหารที่มีเส้นใยมาก ๆ ได้แก่ ผัก และผลไม้ ธัญพืช ถั่ว น้ำผลไม้ เช่น น้ำมะนาว น้ำส้ม น้ำลูกพรุน น้ำมะขาม เพื่อป้องกันอาการท้องผูก (ลิวรรณ, 2553; ระดับ 1/ เกรด A/ National Heart Foundation of Australia, 2011)

7. หากมีอาการท้องผูกควรปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลเพื่อรับยาระบาย และรับประทานยาระบายตามแพทย์สั่ง ไม่ควรซื้อยามารับประทานเองเพราะยาบางตัวจะมีผลต่อการทำหน้าที่ของหัวใจ

8. จัดสิ่งแวดล้อมที่ผู้สูงอายุใช้ในการจับถ่ายให้สะอาด และมีความเป็นส่วนตัว (ลิวรรณ, 2553)

9. ดูแลให้ผู้สูงอายุมีจิตใจแจ่มใส ผ่อนคลาย หลีกเลี่ยงความวิตกกังวล ความเครียด เนื่องจากพบว่าอาการท้องผูกในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับความเครียดในด้านจิตใจมาก (ลิวรรณ, 2553)

ด้านผิวหนัง

จากภาวะหัวใจล้มเหลวที่ส่งผลให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงที่ไตลดลง ทำให้มีการดูดกลับของน้ำและโซเดียมมากขึ้น เมื่อปริมาณโซเดียมในน้ำนอกเซลล์เพิ่มขึ้น แรงดันออสโมติกของพลาสมาจะเพิ่มขึ้นด้วย ส่งผลให้เกิดการกระตุ้นต่อมใต้สมองส่วนหลังหลั่งฮอร์โมนแอนติไดยูเรติก ซึ่งจะไปเสริมหน้าที่ของไตในการดูดน้ำกลับ ทำให้เกิดการคั่งของเลือดในหลอดเลือดตามอวัยวะส่วนปลาย เกิดอาการบวมกดปุ่มของผิวหนังบริเวณแขน ขา ซึ่งอาการบวมแสดงถึงความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวได้ การประเมินอาการบวมของผิวหนังจึงเป็นสิ่งที่ควรตระหนักในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (ผ่องพรรณ, 2553) นอกจากอาการบวมบริเวณผิวหนังจะเป็นอาการที่ต้องสังเกตแล้ว จะต้องประเมินสี อุณหภูมิของผิวหนังด้วย ซึ่งหากผิวหนังเย็น ซีด หรือเขียวคล้ำ แสดงถึงการที่เนื้อเยื่อต่างๆ ได้รับเลือดไม่เพียงพอ อีกทั้งในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ มีความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง การเคลื่อนไหวร่างกายจึงลดลง เมื่อมีอาการบวมของผิวหนังประกอบกับในวัยสูงอายุจะมีผิวหนังที่บางลง ความเหนียวของผิวหนังเพิ่มขึ้น เซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลง เจริญช้าลง อัตราการสร้างเซลล์ใหม่ลดลง การทำงานของตัวรับการกระตุ้นที่ผิวหนังลดลงทำให้การรับรู้ความ

เจ็บปวดที่ผิวหนังลดลง (Dugdale, 2012) จึงเกิดแผลบริเวณผิวหนังได้ง่าย ดังนั้นผู้ดูแลควรดูแลผิวหนังของผู้สูงอายุ ดังนี้

1. สังเกตและประเมินอาการบวม ซึ่งเป็นอาการที่แสดงถึงภาวะน้ำเกิน (ระดับ 1/ เกรด A/ Lindenfeld et al., 2010) ส่วนใหญ่จะบวมบริเวณหลังเท้า ข้อเท้า แขน ขา เมื่อบวมมากขึ้นจะพบในตำแหน่งที่สูงขึ้น วิธีประเมินให้ใช้ปลายนิ้วหัวแม่มือกดลงบริเวณผิวหนังแล้วยกขึ้น จากนั้นประเมินว่ามีลักษณะบวมมากน้อยเพียงใด หากไม่มีอาการบวมกดปุ่ม แสดงว่า ไม่มีน้ำคั่งในร่างกาย หากมีอาการบวมกดปุ่มที่เท้า ข้อเท้า แสดงว่า เริ่มมีน้ำคั่งในร่างกาย ควรจำกัดปริมาณโซเดียมในอาหาร และจำกัดน้ำอย่างเข้มงวด และหากบวมกดปุ่มบริเวณเท้า ข้อเท้า และเข่า แสดงว่า มีน้ำคั่งในร่างกายมาก ควรแจ้งพยาบาลทันที (ระดับ 2/ เกรด A/ ธนากรณ์, 2553)
2. แนะนำการดูแลผิวหนังทั่วไปโดยเฉพาะบริเวณผิวหนังที่บวม หากมีการสัมผัสหรือเช็ดถูควรกระทำด้วยความนุ่มนวล ใช้วัสดุนุ่มๆ รองรับบริเวณผิวหนังที่บวม เช่น หมอน (ผ่องพรรณ, 2554)
3. ควรใช้ผลิตภัณฑ์ในการทำความสะอาดผิวหนังที่มีความเป็นด่างอ่อนๆ เช่น สบู่สำหรับเด็ก (ระดับ 1/ เกรด A/ AHMAC, 2007)
4. ควรมีการทาครีมบำรุงผิว หรือน้ำมันที่หาได้จากท้องถิ่น เช่น น้ำมันมะกอก น้ำมันมะพร้าว เพื่อช่วยให้ผิวหนังมีความชุ่มชื้น ไม่แห้ง
5. หากมีอาการคันควรใช้ผ้าชุบน้ำเย็นลูบตามผิวหนังเบาๆ และหลีกเลี่ยงการเกา เพราะจะเกิดแผลได้ (ผ่องพรรณ, 2554)

ด้านอารมณ์และจิตใจ

การดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวนั้น นอกจากจะมีการดูแลทางด้านร่างกายแล้วยังมีความจำเป็นต้องดูแลทางด้านจิตใจอีกด้วย ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น เกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง มีความคับข้องใจ (ผ่องพรรณ, 2553) มีความวิตกกังวล หรือมีภาวะเครียดได้ พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เมื่อมีอาการของภาวะซึมเศร้าจะส่งผลมีคุณภาพชีวิตที่แยลง มีการดูแลตนเองลดลง ทำให้เกิดอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวตามมา (Yancy et al., 2013) อีกทั้งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นยังทำให้เกิดการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกเพิ่มมากขึ้น อาจส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวที่แยลง (Jurgens , Dumas , & Messina อ้างตามจันทิมา, 2555) ผู้ดูแลหรือบุคคลในครอบครัวจึงต้องให้ความสำคัญในการดูแล ส่งเสริมด้านอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุ ดังนี้

1. ควรให้การสนับสนุนทางอารมณ์และจิตใจจากครอบครัว (ระดับ 1/เกรด A/ McMurray et al., 2012) โดยผู้ดูแลควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว สังเกตประเมินอารมณ์ และจิตใจของผู้สูงอายุ

2. เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ระบายถึงสิ่งที่รู้สึกกังวล หรือไม่สบายใจ พร้อมทั้งรับฟัง ให้คำปรึกษา และให้กำลังใจ

3. แนะนำให้ผู้สูงอายุฝึกควบคุมอารมณ์ตนเอง หลีกเลี่ยงอารมณ์โกรธ เนื่องจากการโกรธจะส่งผลให้หัวใจทำงานหนัก และเกิดการแน่นหน้าอกได้

4. สนับสนุน และส่งเสริมกิจกรรมการผ่อนคลายด้วยตนเอง (ระดับ 3/เกรด A/ ปาลีรัฐ, 2554) หรือแนะนำวิธีที่ช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวลแบบไม่ใช้ยาให้แก่ผู้สูงอายุ หรือผู้ดูแล (Lindenfeld et al., 2010) โดยดูแลให้มีการผ่อนคลายด้วยการใช้เทคนิคต่างๆ เช่น การนั่งสมาธิ การสวดมนต์ การปฏิบัติตามคำสอนของศาสนา การเพิกเฉย การเบี่ยงเบนความสนใจ (สุพัตรา, 2555)

ดนตรีบำบัด ดนตรีสามารถดึงดูความสนใจของผู้สูงอายุ เบี่ยงเบนความสนใจจากสิ่งทำให้เกิดความวิตกกังวล ทำให้เกิดความเพลิดเพลิน ช่วยให้เกิดการผ่อนคลายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ลักษณะของดนตรีที่ช่วยในการผ่อนคลาย คือ มีระดับเสียงที่ต่ำ ทุ้ม นุ่มนวล จังหวะช้า (ระดับ 2/ เกรด A/ พิมพร, 2546)

การฝึกลมหายใจ โดยการหายใจแบบลึก (deep breathing) เป็นวิธีที่ง่ายและสะดวก ช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย ทำให้มีสมาธิดีขึ้น มีจิตใจที่สงบ และช่วยลดความวิตกกังวล สามารถทำได้โดยหายใจเข้า ช้าๆ ลึกๆ ทางจมูกและค่อยๆ ผ่อนลมหายใจออกทางปาก ช้าๆ ประมาณ 10 นาที (ระดับ 2/ เกรด A/ จริญญา, 2549)

5. ส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายเป็นประจำ เนื่องจากการออกกำลังกาย จะช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย

6. ส่งเสริมการรับรู้ให้แก่ผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุได้รับรู้สิ่งรอบตัวตามความเป็นจริง ได้แก่ ฝึกให้รู้วัน เดือน ปี เวลา โดยติดปฏิทินเพื่อแสดงวัน เดือน ปี ดินนาฬิกาที่มีตัวเลขขนาดใหญ่ มองเห็นชัดเจน สอบถามถึงสภาพอากาศ ฤดูกาล สอบถามว่ารับประทานอาหารเช้าหรือยัง รับประทานอาหารเช้าอะไรบ้าง หรือให้ผู้สูงอายุเล่าประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมา (ลิวรรณ, 2553) เพื่อเป็นการกระตุ้นสติปัญญา และส่งเสริมการรับรู้

การควบคุมโรคร่วม

ประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีโรคร่วมที่ไม่ใช่โรคเกี่ยวกับหัวใจมากกว่าหรือเท่ากับ 2 โรค และพบว่ามากกว่าร้อยละ 25 ที่มีโรคร่วม หรือโรคที่เกิดขึ้นมาพร้อมๆ กันมากกว่าหรือเท่ากับ 6 โรค ดังนั้นการดูแล หรือการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวจึงควรอยู่ภายใต้การจัดการโรคร่วมเหล่านั้นด้วย โรคร่วมที่พบส่วนใหญ่ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และภาวะไขมันในเลือดสูง (ชนากรณ์, 2553; Abete et al., 2013) จึงต้องมีการปรับพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรคร่วมด้วย ดังนี้

1. ผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วยควรมีการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม คือ ไม่ควรเกิน 130/80 มิลลิเมตรปรอท (ระดับ 1/เกรด A/ Lindenfeld et al., 2010) โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช่นเดียวกับที่ได้กล่าวไว้ในข้างต้น ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง และทำจิตใจให้ผ่อนคลาย หลีกเลี่ยงความเครียด (ผ่องพรรณ, 2553)

2. ผู้ที่มีไขมันในเลือดสูงร่วมด้วย ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันชนิดอิ่มตัว อาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง ดังที่ได้กล่าวไว้แล้วข้างต้น ร่วมกับการออกกำลังกายเป็นประจำ และรับประทานยาลดไขมันในเลือดตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด

3. ผู้ที่มีโรคไตเรื้อรังร่วมด้วย ควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยควรดูแลให้รับประทานอาหารเพิ่มจากที่กล่าวไว้ดังนี้

3.1 รับประทานอาหารโปรตีนที่มีคุณภาพดีในปริมาณจำกัดตามคำแนะนำของแพทย์ ได้แก่ อาหารจำพวกเนื้อสัตว์ เช่น ไช้ขาว เนื้อปลา เนื้อไก่ เนื้อหมู เป็นต้น หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่เป็นโปรตีนคุณภาพต่ำ ได้แก่ โปรตีนที่ไม่ใช่เนื้อสัตว์ เช่น ถั่ว ธัญพืช เต้าหู้ โปรตีนเกษตร เป็นต้น (ระดับ 1/เกรด A/ สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2555)

3.2 หลีกเลี่ยงอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง เช่น ปลาเค็ม อาหารตากแห้ง กะปิ ผักดอง ปลาร้า เต้าเจี้ยว เกลือ น้ำปลา ขนมกรุบกรอบ (ระดับ 1/เกรด A/ สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2555) ดังข้างต้นที่ได้กล่าวไว้แล้ว

3.3 หลีกเลี่ยงอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง และเลือกรับประทานอาหารที่มีโพแทสเซียมต่ำหรือปานกลางแทน อาหารที่มีปริมาณโพแทสเซียมต่ำ ได้แก่ สับปะรด มังคุด แอปเปิ้ล มะม่วง สาลี่ เงาะ ใบกระเพรา ชะอม ตำลึง ต้นหอม ถั่วงอก ผักกาดหอม ผักกวางตุ้ง เป็นต้น อาหารที่มีปริมาณโพแทสเซียมปานกลาง ได้แก่ องุ่น ส้มโอ ลิ้นจี่ ทับทิม ลูกท้อ ลำไย กะหล่ำปลี ข้าวโพดอ่อน หน่อไม้ แดงกวา ผักกาดขาว ผักบุ้ง ผักชี เห็ดนางฟ้า เป็นต้น ส่วนอาหารที่มีโพแทสเซียมสูงที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ กล้วย ขนุน อินทผาลัม ลูกพรุน มะละกอ ทูเรียน ส้ม แดงโม

น้ำผลไม้ กะหล่ำปลีม่วง กระชาย กระถิน กระเทียม จิง แครอท จมูกข้าว พักทอง มะเขือเทศ สะตอ เห็ดฟาง สะเดา เป็นต้น (ระดับ 1/ เกรด A/ สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2555)

3.4 หลีกเลี่ยงอาหารที่มีปริมาณฟอสฟอรัสสูง ได้แก่ นมและผลิตภัณฑ์จากนม เช่น นมเปรี้ยว โยเกิร์ต นมข้นหวาน ไอศกรีม กาแฟ ชา เป็นต้น ไข่แดง ขนมหวานไทย เบเกอรี่ ถั่วและผลิตภัณฑ์ที่มีถั่ว เช่น ถั่วต้ม ถั่วคั่ว น้ำเต้าหู้ นมถั่วเหลือง เต้าฮวย งา ลูกเดือย ข้าวกล้อง ธัญพืช เป็นต้น น้ำอัดลม เครื่องดื่มบำรุงกำลัง (ระดับ 1/ เกรด A/ สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2555)

3.5 หลีกเลี่ยงอาหารที่มีพิวรีนสูง เนื่องจากผู้ที่มีการทำงานของไตลดลงจะมีการขับของเสียออกจากร่างกายได้ลดลง ส่งผลให้นำไปสู่การเกิดโรคเก๊าต์ ข้ออักเสบ นิ้วในไต และเพิ่มความเสื่อมของไต อาหารที่มีพิวรีนสูง ได้แก่ เครื่องในสัตว์ ปลาสด ปลาอินทรี ปลาทุบ หอยขม กะปิ ปลาซาร์ดีน ไข่ปลา ถั่วต่างๆ ยอดผัก หน่อไม้ ใบขี้เหล็ก เป็นต้น (ระดับ 1/ เกรด A/ สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2555)

3.6 ควรดูแลให้ดื่มน้ำไม่เกิน 1.5 ลิตรต่อวัน เพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน (ระดับ 1/ เกรด A/ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2551)

4. ผู้ที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วยควรให้การดูแลดังนี้

4.1 ดูแลให้หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสหวานหรือมีปริมาณน้ำตาลสูง ได้แก่ ขนมหวาน ผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น เงาะ ทูเรียน ขนุน ลองกอง ลำไย องุ่น ผลไม้กระป๋อง ผลไม้กวน ผลไม้ดอง ผลไม้แช่อิ่ม เป็นต้น น้ำหวาน น้ำอัดลม น้ำผึ้ง ซ็อกโกแลต น้ำชา กาแฟ (วิมลรัตน์, 2552) เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม

4.2 ควรตรวจสอบระดับน้ำตาลในเลือดและรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือดตามคำสั่งของแพทย์อย่างเคร่งครัด

4.3 แนะนำให้พกกลูคომิติตัวไว้ และสังเกตอาการที่แสดงถึงภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ มือสั่น ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น หากมีอาการดังกล่าวสามารถรับประทานลูกอมได้ทันทีเพื่อเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือด (วิมลรัตน์, 2552)

4.4 ไม่ควรออกกำลังกายเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 300 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (ระดับ 1/ เกรด A/ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2551)

การให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทั้ง 6 ด้าน ให้แก่ผู้ดูแลและช่วยให้ผู้ดูแลมีแนวทางและสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้สามารถควบคุมไม่ให้เกิดอาการภาวะหัวใจล้มเหลว หรือภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ซึ่งจะส่งผลให้สามารถคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ได้ แต่นอกจากการให้คำแนะนำดังกล่าวแล้ว ควรมีการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ผู้วิจัยสามารถรับรู้ เข้าใจบริบท สิ่งแวดล้อม หรือวิถีชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแลเมื่ออยู่ที่บ้าน ซึ่งจะช่วยให้ผู้วิจัยสามารถให้คำแนะนำที่สามารถนำไปปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ได้จริงอย่างต่อเนื่อง และตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ดูแล

3. แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

3.1 นิยามของผู้ดูแล

คำว่า ผู้ดูแล มีผู้ที่ได้ให้ความหมายไว้มากมาย ซึ่งเป็นความหมายที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน มีทั้งผู้ดูแลซึ่งหมายถึงบุคคลในครอบครัว และผู้ดูแลที่ไม่ใช่บุคคลในครอบครัว สำหรับการศึกษานี้จะเน้นผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัว ซึ่งมีผู้ที่ให้ความหมายไว้ ดังนี้

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กันทางสายเลือดหรือทางเครือญาติ ที่อาศัยอยู่ร่วมกันกับผู้สูงอายุ และให้การช่วยเหลือ ดูแลในเรื่องต่าง ๆ รวมทั้งให้การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจเป็นประจำหรือมากที่สุด (เบญจลักษณ์, 2550)

ผู้ดูแลหลัก หมายถึง ญาติผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง เพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย กิจวัตรประจำวัน อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่นๆ ในครอบครัว (วงจันทร์, 2554)

จากการประชุมวิชาการ เรื่องการดูแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง พ.ศ. 2555 ได้สรุปไว้ว่า ญาติผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจาก โรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยความต้องการดังกล่าวที่เกิดขึ้นนั้นต้องได้รับการตอบสนองหรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง (สมนึก, สุปรินดา, สมทรง, สุกร, และมณี, 2555)

เครือข่ายศูนย์ให้การดูแลแก่ผู้ดูแล (Family Caregiver Alliance national center on caregiving) ได้กล่าวถึงผู้ดูแลว่า หมายถึง ผู้ที่ให้การช่วยเหลือต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการทำกิจกรรมใน

ชีวิตประจำวัน หรือการดูแลเมื่อมีการเจ็บป่วย ซึ่งอาจจะเป็นคู่สมรส สมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือเพื่อนบ้านก็ได้ (Family Caregiver Alliance national center on caregiving, 2012)

สำหรับในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยขอให้คำนิยามของคำว่า ผู้ดูแล ว่าหมายถึง ผู้ที่เป็นสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ที่คอยช่วยเหลือ ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นประจำสม่ำเสมอ และมีความต่อเนื่อง โดยดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน และดูแลให้ผู้สูงอายุมิพดกิจกรรมที่เหมาะสมกับภาวะโรค

3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลของผู้ดูแล

การที่ผู้ดูแลจะดูแลผู้ป่วย ซึ่งรวมถึงผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้มีประสิทธิภาพเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพได้นั้น มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ดังนี้

1. เพศ เพศที่แตกต่างกันจะมีความเชื่อ ค่านิยม ลักษณะในการดูแลที่ต่างกัน ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักเป็นเพศหญิง (สมนึก, สุปริดา, สมทรง, ศุภร, และมณี, 2555) เนื่องจากผู้หญิงเป็นเพศที่มีความนุ่มนวล และมีค่านิยมให้เป็นเพศที่คอยดูแลสมาชิกในครอบครัว และจากพื้นฐานความเชื่อทางสังคม การปลูกฝังค่านิยมทางวัฒนธรรมที่มักคาดหวังให้สมาชิกเพศหญิงในครอบครัวต้องทำหน้าที่ในการดูแล ทั้งในฐานะที่เป็นมารดา ภรรยา และการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย ส่วนเพศชายมักทำหน้าที่ช่วยเหลือจัดการด้านค่าใช้จ่าย การเดินทาง หรือเรื่องอื่นๆ มากกว่าการให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง (ศศิพัฒน์, 2552) บทบาทการดูแลจึงเป็นของผู้หญิงเป็นส่วนใหญ่

2. การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแล (เพ็ญวิสาข์, 2555) เนื่องจากเมื่อผู้ดูแลต้องรับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยทำให้ต้องใช้เวลามากในการดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งการมีผู้ช่วยเหลือในการดูแล จะช่วยให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ดี มีกำลังใจในการแก้ปัญหา และเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ได้ดี มีความเครียดลดลง นำไปสู่การเรียนรู้ต่างๆ เพื่อที่จะนำมาใช้ในการดูแล ส่งผลให้การดูแลมีประสิทธิภาพ

3. สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารของของผู้ดูแล การมีสัมพันธภาพที่ดีจะทำให้ผู้ดูแลมีความผูกพัน มีแรงจูงใจ ในการดูแลมากขึ้น (ประกอบพร, 2550) จึงมีผลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล

4. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแล จากผลการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ประกอบพร, 2550) พบว่าภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.18$)

หากผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพที่ดีจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่หากสภาพร่างกายหรือจิตใจเบี่ยงเบนไปจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีข้อจำกัดในการดูแลผู้อื่นเช่นกัน

5. สถานภาพสมรส ผู้ดูแลที่มีสถานภาพสมรส หรือมีครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบ มีคู่สามี ภรรยา หรือบุตรที่ต้องให้การดูแล ทำให้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุลดลง (เอกพงษ์, 2552) ส่งผลต่อความสามารถและประสิทธิภาพในการดูแล แต่หากผู้ดูแลที่ยังไม่มีข้อจำกัดในสถานภาพ จะมีความเป็นอิสระมากกว่าและสามารถดูแลผู้สูงอายุได้เต็มที่มากกว่าผู้ดูแลที่มีสถานภาพสมรส

6. อาชีพ ผู้ดูแลที่มีอาชีพหรืองานประจำจะรู้สึกว่บทบาทของผู้ดูแลเป็นบทบาทที่เพิ่มภาระงานแก่ตนเอง ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า และส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดูแล (สมจิตร, 2548) อีกทั้งผู้ดูแลที่ต้องออกไปทำงานนอกบ้านจะทำให้มีเวลาในการดูแลผู้สูงอายุลดลง (เอกพงษ์, 2552)

7. ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล ถ้าผู้ดูแลมีความเครียดในบทบาทที่ต่ำ จะทำให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวต่อการเผชิญบทบาทในการเป็นผู้ดูแลได้ดี มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่หากผู้ดูแลมีความเครียดในบทบาทมากจะส่งผลให้ความพร้อมในการดูแลลดลง ซึ่งการให้ความรู้ฝึกทักษะให้แก่ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ และรับมือกับบทบาทนี้ได้ (เพ็ญวิสาข์, 2555)

8. ความเข้มแข็งในการมองโลก คือ การเห็นคุณค่าในตนเอง และการเชื่อมั่นว่าตนเองจะสามารถทำได้สำเร็จ ซึ่งความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแล เมื่อผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะสามารถเผชิญกับความเครียดหรือปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม มองปัญหาว่าเป็นสิ่งที่ท้าทาย ทำให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วย (ประกอบพร, 2550)

9. การเข้าถึงทรัพยากร คือ การได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารและทรัพยากรต่างๆ เช่น การได้รับความรู้ในการดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจากเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข มีความสัมพันธ์ทางบวกกับบทบาทของผู้ดูแลหรือครอบครัวในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (วิชัย, พงศนิรันดร์, ณรงค์ศักดิ์, และธนัช, 2554)

3.3 บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังนั้นย่อมมีการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม และเพื่อเป็นการคงไว้ซึ่งสภาพของร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลจึงมีบทบาทที่สำคัญในการตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยมีบทบาท (เล็ก, 2549; ศศิพัฒน์, 2552) ดังนี้ คือ

1. บทบาทการดูแลที่ตอบสนองด้านร่างกาย คือ การดูแลเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันทั่วไป ดูแลเรื่องอาหาร ที่อยู่อาศัย จัดหาเครื่องใช้ ดูแลด้านอนามัยส่วนบุคคล และการดูแลเมื่อมีการเจ็บป่วยเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยทั่วไปครอบครัว หรือผู้ดูแลจะมีบทบาทในการพาไปพบแพทย์ ดูแลเรื่องค่ารักษาพยาบาล และให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง เอาใจใส่ นำคำแนะนำจากแพทย์มาปฏิบัติดูแลกับผู้สูงอายุ ได้แก่ การประกอบอาหารตามคำแนะนำของแพทย์ ลดความเค็มในอาหาร การกระตุ้นให้ผู้สูงอายุออกกำลังกาย การดูแลให้ผู้สูงอายุรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น และผู้ดูแลจะต้องมีการสังเกตอาการผิดปกติของผู้สูงอายุเป็นประจำ หากพบว่ามีอาการผิดปกติจะต้องรีบพาไปพบแพทย์ ในกรณีที่ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะฟุ้งเฟ้อหรือมีโรคเฉพาะและต้องการการจัดการด้านอาหารเป็นพิเศษ เช่น การให้อาหารทางสายยาง การควบคุมอาหารเฉพาะโรค เช่น อาหารที่มีปริมาณเกลือต่ำในผู้สูงอายุโรคหัวใจล้มเหลว ครอบครัวหรือผู้ดูแลจะให้การดูแลเฉพาะและแยกชัดเจนจากการดูแลเรื่องอาหารสำหรับสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัว

2. บทบาทการดูแลที่ตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ร่วมกับภาวะโรคเรื้อรังที่ส่งผลต่ออารมณ์และจิตใจ ทำให้เกิดความวิตกกังวล เครียด เบื่อหน่าย และซึมเศร้า บทบาทการดูแลที่ตอบสนองในด้านนี้ส่วนใหญ่เป็นเรื่องการเคารพผู้สูงอายุ ซึ่งถือว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่าของครอบครัว การแสดงออกถึงความรัก ความเอาใจใส่ การชื่นชมยินดีเมื่อผู้สูงอายุประสบความสำเร็จในการทำกิจกรรมต่างๆ การสนับสนุนงานอดิเรกที่ผู้สูงอายุชอบ ชักชวนผู้สูงอายุทำกิจกรรมร่วมกัน พาไปประกอบกิจกรรมทางศาสนา การเข้าใจในธรรมชาติของผู้สูงอายุ เข้าใจการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

3. บทบาทการดูแลที่ตอบสนองความต้องการด้านเศรษฐกิจ บทบาทด้านนี้ ได้แก่ การรับผิดชอบเรื่องค่าใช้จ่ายทั้งภายในครอบครัว และค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้สูงอายุ การช่วยดูแลทรัพย์สิน และผลประโยชน์ต่างๆ การวางแผนการออมเงิน การดูแลเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ซึ่งบทบาทในด้านนี้อาจมีความซ้ำซ้อนกับบทบาทในการตอบสนองความต้องการในด้านอื่นๆ ด้วย

4. บทบาทในการตอบสนองความต้องการด้านสังคม เป็นบทบาทที่สำคัญอีกบทบาทหนึ่งของผู้ดูแลหรือครอบครัว คือ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว ส่งเสริมให้รับรู้ข่าวสารของสังคม สนับสนุนให้มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา หรือกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับผู้อื่นตามความเหมาะสม ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้พบปะญาติๆ เพื่อนๆ ชมรม สมาคมต่างๆ บทบาทการตอบสนองในด้านนี้จะมีความแตกต่างกันตามลักษณะพื้นที่ โดยผู้สูงอายุในเขตเมืองมีโอกาสได้รับฟังข่าวสาร เช่น การดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ และอ่านหนังสือพิมพ์มากกว่าผู้สูงอายุในชนบท ส่วนผู้สูงอายุในชนบทจะได้รับการส่งเสริมให้เข้าร่วมกิจกรรมในรูปแบบที่เป็นกิจกรรมในชุมชน

สำหรับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวนั้นควรจะทำให้ความสำคัญในทุกๆ ด้าน โดยเฉพาะด้านร่างกาย ซึ่งจากภาวะของโรคที่หากดูแลไม่เหมาะสมจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น อาการเหนื่อย อาการบวม จึงมีความจำเป็นที่ผู้ดูแลต้องให้การดูแลในเรื่องต่างๆ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารและยา การควบคุมปริมาณน้ำ การควบคุมปริมาณโซเดียม การขับถ่าย เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น นอกจากนี้ทางด้านร่างกายแล้ว การดูแลทางด้านสังคม อารมณ์ และจิตใจ ก็มีความสำคัญเช่นกัน โดยพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะมีความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่น (ผ่องพรรณ, 2553) จึงเกิดความวิตกกังวล ความเครียด และยังพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่แย่ลง และเกิดอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวตามมา (Yancy, 2013) ผู้ดูแลจึงต้องส่งเสริมให้ทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว ลูกๆ หลานๆ แสดงออกถึงความรัก ความเอาใจใส่ ส่งเสริมการทำกิจกรรมทางศาสนา ส่งเสริมกิจกรรมที่ทำให้เกิดการผ่อนคลาย การที่ผู้ดูแลหรือครอบครัวให้การดูแลผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดีทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมั่นใจและเชื่อมั่นว่าครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ แต่ในภาวะที่ผู้สูงอายุมีภาวะโรคเรื้อรัง ช่วยเหลือตนเองได้ลดลง ผู้ดูแลจึงต้องรับภาระบทบาทในการดูแลที่เพิ่มขึ้น การช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีศักยภาพเข้มแข็งและสามารถดูแลผู้สูงอายุได้จึงเป็นสิ่งสำคัญ

4. การประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการรายกรณีในชุดการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

4.1 แนวคิดการจัดการรายกรณี

การจัดการรายกรณี เป็นส่วนหนึ่งของการจัดการโรค เน้นในการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงสูง มีโรคร่วมหลายโรค มีความซับซ้อนในการดูแล หรือมีความต้องการได้รับการดูแลระยะยาว

เป็นการดูแลที่มุ่งให้เกิดความต่อเนื่องในการรักษาพยาบาล มีการประสานงานเพื่อให้เกิดความเข้าใจร่วมกันในทีมสุขภาพ โดยผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่ประสานความร่วมมือในการประเมินวางแผน อำนวยความสะดวก สนับสนุน และสร้างทางเลือกที่เหมาะสมกับความต้องการทางสุขภาพของแต่ละบุคคล เพื่อส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ที่ทั้งต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (ศิริอร, 2556)

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการจัดการรายกรณีมาประยุกต์ใช้ โดยให้ความหมายของการจัดการรายกรณีว่า เป็นการจัดการหรือให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับความต้องการทางภาวะสุขภาพในผู้ที่มีความต้องการได้รับการดูแลระยะยาว มีความซับซ้อนในการดูแล โดยพยาบาลมีบทบาทการจัดการวางแผนการดูแลให้ตรงกับความต้องการที่จำเป็นด้านสุขภาพ บทบาทการจัดการประสานงาน และบทบาทการจัดการเชิงผลลัพธ์ทางคลินิก เพื่อให้เกิดการดูแลที่เหมาะสมกับผู้รับบริการในแต่ละบุคคล

4.2 บทบาทของผู้จัดการรายกรณี

ผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบจัดการรายกรณี โดยมีบทบาท (ศิริอร, 2556) ดังนี้

1. บทบาทการจัดการ เป็นบทบาทหลักของผู้จัดการรายกรณี ทั้งในด้านการจัดการตามจำเป็นและความต้องการของผู้รับบริการ การจัดการทรัพยากร การจัดการข้อมูล และการจัดการผลลัพธ์

1.1. บทบาทการจัดการกับความต้องการตามความจำเป็นด้านบริการสุขภาพของผู้รับบริการ โดยต้องตระหนักว่าการจัดการกับความต้องการตามความจำเป็นครอบคลุมผู้ป่วย ครอบครัว และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด เช่น ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ผู้บริหารเครือข่ายสุขภาพ โดยการประเมินและรวบรวมความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้อง นำมาวางแผน เพื่อดำเนินการปฏิบัติจัดการให้สอดคล้องกับความต้องการ โดยยึดหลักการจัดการความต้องการที่จำเป็นซึ่งอยู่บนพื้นฐานของมาตรการการรักษาพยาบาล ไม่ใช่ทรัพยากรที่ใช้ในการรักษาที่เกินจริง เป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้ผู้รับบริการตัดสินใจเลือก และต่อรองการรับบริการได้อย่างเหมาะสมเป็นธรรมกับทุกฝ่าย

1.2 บทบาทด้านการจัดการประสานงานผู้เกี่ยวข้อง เป็นบทบาทการจัดการเพื่อให้เกิดการประสานความร่วมมือของทีมหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น ทีมสุขภาพ ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน ผู้จัดการรายกรณีต้องมีความสามารถในการสื่อสารในการรับฟังความต้องการ

หรือปัญหา และการสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลและสร้างความเข้าใจร่วมกัน มีความสามารถในการจูงใจ มีความสามารถในการกระตุ้น เสริมพลังอำนาจให้แก่สมาชิกทีม

1.3 บทบาทด้านการจัดการทรัพยากร เป็นบทบาทที่สำคัญอีกบทบาทหนึ่งของผู้จัดการรายกรณี ผู้จัดการรายกรณีต้องมีความสามารถในการแสวงหาแหล่งทรัพยากร หรือแหล่งทุนที่เกี่ยวข้อง มีความสามารถในการเจรจาต่อรองกับเจ้าของทุนหรือผู้มีอำนาจการตัดสินใจจัดการทรัพยากรให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย และพร้อมต่อการอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานของสมาชิกทีม ผู้จัดการรายกรณีต้องมีความสามารถในการทบทวนการใช้ทรัพยากรเพื่อบริหารจัดการ ควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้เกิดความคุ้มค่ามากที่สุด

1.4 บทบาทด้านการจัดการข้อมูล ผู้จัดการรายกรณีควรมีความสามารถในการบริหารจัดการข้อมูลในทุกกระบวนการ ตั้งแต่การตรวจความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล การลงบันทึกข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การนำเสนอข้อมูลเพื่อรายงานผลการปฏิบัติงานและการใช้ข้อมูลเพื่อเจรจาต่อรอง

1.5 บทบาทการบริหารจัดการเชิงผลลัพธ์ บทบาทดังกล่าวนี้เป็นบทบาทที่สำคัญมาก เนื่องจากบ่งชี้ได้ว่าการจัดการรายกรณีประสบความสำเร็จตามเป้าหมายหรือไม่ การประเมินเชิงผลลัพธ์นั้น ผู้จัดการรายกรณีต้องมีความสามารถประเมินครอบคลุมทุกด้าน ได้แก่ Clinical outcomes, Cost outcomes, Revenue outcomes

2. บทบาททางคลินิก ต้องเป็นผู้ที่สามารถรวบรวมประเมินวิเคราะห์ระบุความต้องการ และระบุปัญหาของผู้ป่วย สามารถระบุทางเลือกที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างไร ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องควรเป็นบุคคลใดบ้าง และควรใช้แหล่งบริการทางสุขภาพ และทรัพยากรจากที่ใดบ้าง เพื่อนำมาวางแผนและดำเนินงานในกระบวนการประสานและการสื่อสารเพื่อการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับบุคลากรในวิชาชีพสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด ดังนั้นอย่างน้อยผู้จัดการรายกรณีต้องทราบภาพรวมเกี่ยวกับกระบวนการรักษา และความหมายของศัพท์เฉพาะที่สำคัญของโรคและการรักษาพยาบาลที่สำคัญ บทบาททางคลินิกมีความจำเป็นสำหรับการดำเนินบทบาทในผู้พิทักษ์สิทธิ์อย่างมีประสิทธิภาพเนื่องจากบทบาททางคลินิกช่วยให้ผู้จัดการรายกรณีสามารถทราบได้ว่าการดูแลที่เหมาะสมที่สุด

3. บทบาทในการพิทักษ์สิทธิ์ ผู้จัดการรายกรณีต้องมีความสามารถในการเรียกร้องเพื่อพิทักษ์สิทธิ์ โดยมีทางเลือกรักษาพยาบาลที่เหมาะสมที่สุดให้แก่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ผู้จัดการรายกรณีต้องมีบทบาทในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีเอกสิทธิ์ในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาพยาบาลที่ดีที่สุดด้วยตนเอง และต้องมีบทบาทส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าสู่สภาวะให้มากที่สุด

4. บทบาทตัดสินใจเชิงจริยธรรม เนื่องจากการจัดการรายกรณีมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนและมีค่าใช้จ่ายสูงสำหรับการรักษาพยาบาล

ผู้จัดการรายกรณีต้องสร้างสมดุลให้เกิดคุณภาพการดูแลและต้องควบคุมค่าใช้จ่ายให้มีความคุ้มค่ามากที่สุด ในแง่กระบวนการรักษาพยาบาล ต้องมีบทบาทในการให้ข้อมูลที่เพียงพอทุกครั้งก่อนให้ผู้ป่วย เช่น ใบบินยอมในการรักษาพยาบาล ในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่ก้าวสู่ระยะสุดท้ายของการดำเนินของโรคต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูง ดังนั้นในระยะดังกล่าวผู้จัดการรายกรณีต้องมีบทบาทในการตัดสินใจในเชิงจริยธรรมที่ดี เพื่อสร้างความสมดุลและแก้ไขปัญหาหรือข้อขัดแย้งทางจริยธรรม

4.3 กระบวนการพยาบาลในการจัดการรายกรณี

กระบวนการทางการพยาบาลในการจัดการรายกรณีมีลักษณะที่คล้ายกับกระบวนการพยาบาล ซึ่งมีกระบวนการดังนี้ (ศิริอรและพิเชต, 2556) คือ

1. การค้นหาหรือการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดโรค หรือกลุ่มที่เป็นโรคที่ต้องได้รับการจัดการรายกรณีอยู่แล้ว เพื่อจัดการให้ผู้ป่วยได้เข้าสู่การวินิจฉัยโรคระยะต่างๆ
2. การประเมินความจำเป็นในการเข้าสู่ระดับการรับบริการสุขภาพที่เหมาะสม การวินิจฉัย และได้รับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
3. การจัดการรายกรณี โดยการป้องกันและควบคุมการดำเนินของโรค การกำเริบของโรค ลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อน ให้การดูแลที่ต่อเนื่อง เน้นในเรื่องความคุ้มค่า คุ้มค่าในการใช้ทรัพยากร
4. การจัดการรายกรณี โดยใช้บริการมาตรฐานสุขภาพ คือ การเข้าถึงบริการการตรวจวินิจฉัย ความจำเป็น และความเหมาะสมของการจัดบริการดูแลรักษาพยาบาล การใช้ทรัพยากรตามความจำเป็น
5. การจัดการให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม และมีความสามารถในการดูแลตนเองโดยเสริมสร้างทักษะในการจัดการตนเองให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว
6. การประสานการดูแลเพื่อส่งต่อการรักษาทั้งภายใน และภายนอกเครือข่ายบริการสุขภาพ เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง
7. นำเสนอผลลัพธ์การจัดการรายกรณีและคุณภาพการบริการ โดยมีการประเมินผลลัพธ์ใน 2 ด้าน ดังนี้
 - 7.1 ผลลัพธ์ด้านค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย เช่น ค่าเดินทาง ค่าเสียโอกาส ค่าเสียเวลา ค่าใช้จ่ายในการรักษา เป็นต้น
 - 7.2 ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการดูแล ได้แก่ ผลลัพธ์เฉพาะ เช่น ภาวะแทรกซ้อน ระดับความดันโลหิต ผลลัพธ์ทั่วไป เช่น อุบัติการณ์ อัตราการกลับเข้ารับการรักษา ความชุก, ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

8. จัดการระบบบริการการดูแลครบวงจรทั้งในระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ ได้แก่ ระบบสารสนเทศที่ใช้ในการบริการทั้งใน และนอกสถานบริการ เพื่อเป็นคลังข้อมูลจัดเก็บข้อมูลที่จำเป็นของผู้ป่วยเป็นรายกรณี เช่น ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง โรคประจำตัว โรคร่วม ประวัติการรักษา การให้ความรู้ในการจัดการ

9. การจัดการข้อมูล คือ การป้อนข้อมูลสุขภาพและการพยาบาล การนำข้อมูลมาใช้ในการจัดการความรู้ การสร้างฐานข้อมูลขนาดเล็กเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการการดูแลรักษา

4.4 การประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการรายกรณีสำหรับชุดการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

จากแนวคิดการจัดการรายกรณีซึ่งเป็นการให้การดูแลในผู้ที่มีความเสี่ยงสูง มีความซับซ้อนในการดูแล หรือมีความต้องการได้รับการดูแลระยะยาว เป็นการดูแลที่มุ่งให้เกิดความต่อเนื่อง (ศิริอรและพิเชต, 2556) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาในผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหลังจากได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระยะ 1-6 เดือน ซึ่งหากได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสมและไม่ต่อเนื่องจากผู้ดูแลจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน อาจต้องกลับเข้ารับการรักษา อีกทั้งยังทำให้เกิดความเสื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่ และเกิดเป็นภาวะทุพพลภาพตามมาได้ ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการจัดการรายกรณีมาปรับใช้ร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองตามหลักห้าเอ (5 A's) (Registered Nurses' Assosiation of Ontario, 2010) ให้แก่ผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้สูงอายุได้ด้วยตนเอง หลักห้าเอ (5 A's) ประกอบด้วย (1) การประเมิน (assess) (2) การให้คำแนะนำ (advise) (3) การกำหนดข้อตกลงร่วมกัน (agree) (4) การให้การช่วยเหลือ (assist) และ (5) การติดตามและประเมินผล (arrange) จากแนวคิดดังกล่าวผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ทำหน้าที่ในการประเมิน วางแผน อำนวยความสะดวก สนับสนุน และสร้างทางเลือกที่เหมาะสมกับความต้องการทางสุขภาพของแต่ละบุคคล โดยบทบาทการจัดการรายกรณีที่ผู้วิจัยนำไปใช้เป็นหลักคือ บทบาทการจัดการ ซึ่งต้องมีการจัดการวางแผนการดูแลให้ตรงกับความต้องการที่จำเป็นด้านสุขภาพของผู้ดูแลและผู้ป่วยแต่ละรายอย่างครอบคลุม บทบาทการจัดการประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พยาบาล ผู้ดูแล ผู้ป่วย โดยประสานงานเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ต้องนำมาวางแผนการดูแล มีการกระตุ้น สนับสนุนความรู้ และเสริมพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล และบทบาทการจัดการเชิงผลลัพธ์ ซึ่งผลลัพธ์ที่ต้องการในการศึกษาครั้งนี้คือ ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะ

หัวใจล้มเหลว และความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ ส่วนกระบวนการของแนวคิดการจัดการรายกรณีร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองตามหลักห้าเอ (5 A's) ที่ผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้มีดังนี้

1. การประเมินสภาพรายบุคคล ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยประเมินภาวะแทรกซ้อน อาการ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ จากข้อมูลทางการแพทย์ที่ได้รับจากพยาบาล ความสามารถในการทำหน้าที่ และการสนับสนุนให้ผู้ดูแลได้ประเมินการดูแลของตนเอง สะท้อนปัญหาของการดูแลที่ผ่านมา โดยประเมินปัญหาจากการดูแลผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ใน 6 ด้าน คือ (1) ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย (2) ด้านการรับประทานอาหารและยา (3) ด้านการขับถ่าย (4) ด้านผิวหนัง (5) ด้านอารมณ์และจิตใจ และ (6) ด้านการควบคุมโรคร่วม เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาแนวทางในการวางแผนการดูแลร่วมกันต่อไป

2. การวางแผนการดูแลร่วมกับผู้ดูแล เมื่อทราบถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และทราบปัญหาในการดูแลที่ผ่านมาจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ใน 6 ด้าน จึงนำปัญหาเหล่านั้นมาวางแผนหาแนวทางการดูแลร่วมกันกับผู้ดูแล โดยสนับสนุนในด้านความรู้ คำแนะนำการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ผู้วิจัยได้รวบรวมจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งประกอบด้วย การดูแลใน 6 ด้าน คือ (1) ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย (2) ด้านการรับประทานอาหารและยา (3) ด้านการขับถ่าย (4) ด้านผิวหนัง (5) ด้านอารมณ์และจิตใจ และ (6) ด้านการควบคุมโรคร่วม โดยเน้นให้ผู้ดูแลหรือครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน ตัดสินใจ เพื่อให้การวางแผนการดูแลสอดคล้องกับวิถีชีวิต สภาพแวดล้อมในการดูแลผู้สูงอายุแต่ละราย จากนั้นสนับสนุนให้มีการตั้งเป้าหมายในการดูแลประจำสัปดาห์ร่วมกัน

3. การดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยการติดตามความสามารถในการดูแลหลังจากได้รับการให้ความรู้ คำแนะนำในการดูแล ติดตามความสำเร็จของเป้าหมายที่ผู้ดูแลตั้งไว้ รวมไปถึงปัญหาและอุปสรรคจากการดูแลของผู้ดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวใน 6 ด้าน คือ (1) ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย (2) ด้านการรับประทานอาหารและยา (3) ด้านการขับถ่าย (4) ด้านผิวหนัง (5) ด้านอารมณ์และจิตใจ และ (6) ด้านการควบคุมโรคร่วม และติดตามอาการ ความสามารถในการทำหน้าที่ และภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุจากการสอบถาม การบันทึกอาการต่างๆ ของผู้ดูแล โดยการติดตามทางโทรศัพท์ รวมถึงการติดต่อประสานงานเพื่อขอความช่วยเหลือจากวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

4. การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก โดยผลลัพธ์ทางคลินิกที่จะประเมินในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวใน 6 ด้าน คือ (1) ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย (2) ด้านการรับประทานอาหารและยา (3) ด้านการขับถ่าย (4) ด้านผิวหนัง (5) ด้านอารมณ์และจิตใจ และ (6) ด้านการควบคุมโรคร่วม และประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ ซึ่งหากผู้ดูแลยังไม่สามารถปฏิบัติการดูแลได้หรือผู้สูงอายุโรคหัวใจล้มเหลวกลุ่มติดบ้านมีอาการที่รุนแรง หรือมีภาวะแทรกซ้อนมากขึ้นจะมีการประสานงานไปยังทีมสุขภาพเพื่อให้ได้รับการรักษาต่อไป

แนวคิดการจัดการรายกรณีเป็นแนวคิดที่มีความเหมาะสมในการนำไปเป็นแนวทางการนำชุดการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเป็นกลุ่มที่เพิ่งได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมาไม่นาน หากได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสม และไม่ต่อเนื่องจากผู้ดูแล อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ซึ่งการจัดการรายกรณีจะช่วยให้เกิดการดูแลที่ครอบคลุม สามารถจัดการได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละรายได้

สรุปผลการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายไปในทางที่เสื่อมลง การทำงานของระบบอวัยวะต่างๆ ของร่างกายจึงมีประสิทธิภาพลดลง รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือดด้วย ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดโรคเรื้อรัง และภาวะหัวใจล้มเหลวได้มากกว่าวัยอื่น ซึ่งพยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลว ทำให้เกิดอาการต่างๆ ตามมา ได้แก่ อาการหายใจเหนื่อย หายใจลำบาก เหนื่อยง่าย ซึ่งส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวลดลง มีความสามารถหรือศักยภาพในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันลดลง จนต้องมีการพึ่งพาผู้อื่นบางส่วน จึงมีความจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันบางอย่างจากผู้อื่น ผู้ดูแลจึงมีความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้เพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ ซึ่งหากมีการดูแลที่ไม่เหมาะสมอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความเสื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่จนมีภาวะทุพพลภาพ

จากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมหลักในการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้เป็น 6 ด้าน คือ ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานอาหารและยา ด้านการขับถ่าย ด้านผิวหนัง ด้านอารมณ์และจิตใจ และด้านการควบคุมโรคร่วม และนำไป

พัฒนาเป็นชุดการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำ
หน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้แนวคิดการจัดการรายกรณีเป็นแนวทางในการ
ส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะ
หัวใจล้มเหลว เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีความเหมาะสมในแต่ละบุคคล และมีความต่อเนื่องในการดูแล

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (developmental research) และกึ่งทดลอง (quasi-experimental) แบบวัดก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม (one group pre-post test design) ซึ่งแบ่งเป็น 2 ระยะ โดยระยะพัฒนาชุดการดูแลเป็นการศึกษาแบบเชิงพัฒนา และระยะนำชุดการดูแลไปใช้และประเมินผลเป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลชุดการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหลังจากได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระยะตั้งแต่ 1-6 เดือนแรก และผู้ดูแลผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหลังได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายในระยะเวลาตั้งแต่ 1-6 เดือน และผู้ดูแล โดยมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด คุณสมบัติของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว
3. มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 2 หรือ 3 ตามการแบ่งระดับความรุนแรงของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (The New York Heart Association)
4. ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายในระยะเวลาตั้งแต่ 1-6 เดือน

หากในระหว่างการวิจัย ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตจนไม่สามารถเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะให้สิ้นสุดการเข้าร่วมวิจัย

คุณสมบัติของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีดังนี้

1. เป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่บ้านอย่างต่อเนื่อง
2. มีทัศนคติเชิงบวกยอมรับสามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้
3. สามารถอ่านเขียนหนังสือเป็นภาษาไทยได้
4. สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยการกำหนดค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.80 กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ที่ .05 และกำหนดค่าขนาดอิทธิพล โดยพิจารณาจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกัน (ชนากรณ์, 2553) ซึ่งหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเป็น 5.13 ($\sigma_1 = 1.46$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเท่ากับ 4.13 ($\sigma_2 = .83$) ซึ่งสามารถนำมาคำนวณค่าขนาดอิทธิพลจากสูตรของโคเฮน (Cohen, cited in Polit & Beck, 2012) ดังนี้

กำหนดให้ μ_1 คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

μ_2 คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

σ_1 คือ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง

σ_2 คือ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

$$ES = \frac{\mu_1 - \mu_2}{\sigma} \quad \sigma = \sqrt{(\sigma_1^2 + \sigma_2^2)/2}$$

$$\sigma = \sqrt{(1.46^2 + 0.83^2)/2}$$

$$\sigma = 1.19$$

$$\text{effect size} = \frac{5.13 - 4.13}{1.19}$$

$$= 0.84$$

เนื่องจากค่าขนาดอิทธิพลที่คำนวณจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนั้นอาจมีลักษณะที่ไม่เหมือนกับการศึกษาในครั้งนี้ทั้งหมด ผู้วิจัยจึงลดค่าขนาดอิทธิพลเป็น .08 จากนั้นจึงนำไปเปิด

ตารางขนาดตัวอย่างประมาณจากค่าขนาดอิทธิพลของค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม ซึ่งได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องใช้เท่ากับ 25 คนต่อกลุ่ม (Polit & Beck, 2012) และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก 10 เปอร์เซ็นต์ จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 28 คนต่อกลุ่ม แต่เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มีความเฉพาะของกลุ่มตัวอย่างที่ทำให้ยากต่อการเข้าถึง จึงมีจำนวนของกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าที่กำหนดไว้ โดยกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และผู้ดูแลที่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้มีจำนวนกลุ่มละ 26 คน

สถานที่ในการเก็บข้อมูล

การศึกษานี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยให้การพยาบาลตามชุดการดูแลที่บ้านผู้สูงอายุ ผ่านการติดต่อขอความร่วมมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลภายในจังหวัดสตูล ซึ่งโดยปกติหลังจากที่มีการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวออกจากโรงพยาบาลจะไม่มีการส่งต่อการดูแลผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ แต่จะมีการนัดผู้ป่วยเพื่อมาติดตามผลที่คลินิกผู้ป่วยนอกภายหลังจากจำหน่ายทุก 1-4 สัปดาห์ โดยระยะห่างของการนัดแต่ละครั้งขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย และการปรับการรักษาของแพทย์ การพยาบาลตามปกติที่ผู้ป่วยได้รับที่คลินิกผู้ป่วยนอก คือ การได้รับคำแนะนำเป็นรายบุคคลจากพยาบาลหลังการพบแพทย์เป็นระยะเวลาสั้นๆ เป็นเนื้อหาเกี่ยวกับยาที่แพทย์สั่งและวันนัดครั้งถัดไป เนื่องจากมีผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลจำนวนมาก โดยในแต่ละวันจะมีผู้ป่วยมารับบริการ 30-60 คน และมีพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ในการให้คำแนะนำผู้ป่วยภายหลังจากพบแพทย์จำนวน 1-2 คน

วิธีดำเนินการ

การศึกษานี้แบ่งวิธีดำเนินการเป็น 2 ระยะ คือ

1. ระยะพัฒนาชุดการดูแล มีส่วนประกอบดังนี้

1.1 ทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับเนื้อหาคำแนะนำและกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยผู้วิจัยนำหลักการของแนวปฏิบัติการป้องกันความเสื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่ในผู้สูงอายุของสภาที่ปรึกษารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออสเตรเลีย (AHMAC, 2004, 2007) ร่วมกับการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวตามหลักการสืบค้นของ PICO โดย P (population) คือ กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ functional decline elderly, elderly and heart failure

I (intervention) คือ แนวทางจัดการกับปัญหา ได้แก่ แนวปฏิบัติ (practice guideline), โปรแกรม, การดูแลต่อเนื่อง (continuing care), การดูแลที่บ้าน (home care), การจัดการอาการ, C (comparison) คือ กลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ, และ O (outcome) คือ ผลลัพธ์ ได้แก่ ความสามารถในการทำหน้าที่ (functional ability) คำหลักในการสืบค้น คือ ความสามารถในการทำหน้าที่, หัวใจล้มเหลว, หัวใจวาย, Functional Ability, Functional Capacity, Functional Ability and Heart Failure, Heart Failure and Elder เป็นต้น กำหนดช่วงเวลาในการสืบค้นตั้งแต่ปี ค.ศ. 2002-2013 จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ ThaiLIS, proQuest, PubMed, CINAHL, Google Scholar, Science Direct, PSU knowledge bank, CMU e-Theses คู่มือ เอกสาร บทความ งานวิจัยต่างๆ โดยจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ และเกรดของข้อเสนอแนะตามหลักเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute, 2008) ซึ่งได้หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 20 เรื่อง ประกอบด้วย งานวิจัยที่มีการทบทวนอย่างเป็นระบบ (ระดับ 1) จำนวน 3 เรื่อง งานที่เป็นแนวปฏิบัติทั้งในและต่างประเทศ จำนวน 12 เรื่อง งานวิจัยที่เป็นแบบกึ่งทดลอง (ระดับ 2) จำนวน 4 เรื่อง งานวิจัยที่ศึกษาเปรียบเทียบก่อนและหลังโดยไม่มีกลุ่มควบคุม 1 เรื่อง และจากตำรา หนังสือต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จากนั้นผู้วิจัยจึงนำเนื้อหาคำแนะนำที่ได้จากการสืบค้นไปบูรณาการให้เหมาะสมกับชุดการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ซึ่งได้เนื้อหาคำแนะนำและกิจกรรมการดูแลที่ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ (1) ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย (2) ด้านการรับประทานอาหารและยา (3) ด้านการขับถ่าย (4) ด้านผิวหนัง (5) ด้านอารมณ์และจิตใจ และ (6) ด้านการควบคุมโรคร่วม

1.2 จัดทำแผนการสนับสนุนผู้ดูแลพร้อมคู่มือของผู้วิจัย (ภาคผนวก ข) โดยนำแนวคิดการจัดการรายกรณี ซึ่งเป็นการดูแลในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือมีความต้องการได้รับการดูแลระยะยาว โดยพยาบาลมีบทบาทในการส่งเสริมการดูแลให้เหมาะสมกับความต้องการทางสุขภาพของแต่ละบุคคล อีกทั้งยังครอบคลุมถึงการสนับสนุนการจัดการตนเองตามหลักห้าเอ (5 A's) คือ (1) การประเมิน (2) การให้คำแนะนำ (3) การกำหนดข้อตกลงร่วมกัน (4) การให้ความช่วยเหลือ และ (5) การติดตามและประเมินผล และคัดแปลงกระบวนการจัดการรายกรณีเป็น 4 ขั้นตอน คือ (1) การประเมินสภาพรายบุคคล (2) การวางแผนการดูแลร่วมกับผู้ดูแล (3) การดูแลอย่างต่อเนื่อง และ (4) การประเมินผลลัพธ์

1.3 จัดทำแบบบันทึกสำหรับผู้วิจัยในการติดตามผู้ดูแลและผู้สูงอายุ (ภาคผนวก ข) เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการประเมิน ติดตามผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและผู้ดูแลในแต่ละรายกรณีเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ โดยติดตามใน 6 ด้าน คือ (1) ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย (2) ด้านการรับประทานอาหารและยา (3) ด้านการขับถ่าย (4) ด้านผิวหนัง (5) ด้านอารมณ์และจิตใจ และ (6) ด้านการควบคุมโรคร่วม

1.4 จัดทำคู่มือสำหรับผู้ดูแลในการจัดการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (ภาคผนวก ข) โดยการนำเนื้อหาคำแนะนำที่ได้จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์มาจัดทำคู่มือ ใ้รูปร่างประกอบ สัญลักษณ์ และภาษาที่เข้าใจง่าย ภายในคู่มือประกอบด้วย ความรู้เบื้องต้นของภาวะหัวใจล้มเหลว อาการของภาวะหัวใจล้มเหลว คำแนะนำในการดูแลทั้ง 6 ด้าน ที่สอดคล้องกับแผนการสนับสนุนผู้ดูแล รวมทั้งมีแบบบันทึกเป้าหมายการดูแลประจำสัปดาห์ แบบบันทึกน้ำหนักตัว และอาการภาวะหัวใจล้มเหลว

หลังจากพัฒนาชุดการดูแล ผู้วิจัยนำส่วนประกอบของชุดการดูแลทั้งหมดส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้อง ความเหมาะสม และนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาแก้ไขปรับปรุง นำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ 1 ราย เพื่อประเมินความเป็นไปได้ ปัญหา อุปสรรคของการใช้ชุดการดูแล และนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง

2. ระยะนำชุดการดูแลไปใช้และประเมินผล ภายหลังจากการพัฒนาผู้วิจัยได้นำชุดการดูแลมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 26 ราย ประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล และความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ ภายหลังได้รับการพยาบาลตามชุดการดูแลครบ 6 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย (ภาคผนวก ข) คั้งนี้ คือ ชุดการดูแลที่พัฒนาขึ้นเพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ประกอบด้วยแผนการสนับสนุนผู้ดูแลพร้อมคู่มือสำหรับผู้วิจัย แบบบันทึกสำหรับผู้วิจัยในการติดตามผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ภายในแผนสนับสนุนผู้ดูแลประกอบด้วยคำแนะนำกิจกรรมการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พัฒนาขึ้นจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องร่วมกับแนวคิดการป้องกันการเสื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ของสภาที่ปรึกษารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขขอสตรีเอเชีย (AHMAC, 2004, 2007) ร่วมกับการใช้แนวคิด

การจัดการรายกรณีมาเป็นแนวทางในการนำชุดการดูแลไปใช้ เพื่อมุ่งผลลัพธ์ในการเพิ่มความสามารถให้แก่ผู้ดูแลในการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ใน 6 ด้าน คือ (1) ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย (2) ด้านการรับประทานอาหารและยา (3) ด้านการขับถ่าย (4) ด้านผิวหนัง (5) ด้านอารมณ์และจิตใจ และ (6) ด้านการควบคุมโรคร่วม และมีคู่มือสำหรับผู้ดูแลในการจัดการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล (ภาคผนวก ก) ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแล และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแล (ภาคผนวก ก) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของผู้ดูแลในการให้การดูแล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นแบบประเมินที่วัดการรับรู้พฤติกรรมตนเองในการดูแลของผู้ดูแล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกิจกรรมในการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ทั้ง 6 ด้าน คือ (1) ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย (2) ด้านการรับประทานอาหารและยา (3) ด้านการขับถ่าย (4) ด้านผิวหนัง (5) ด้านอารมณ์และจิตใจ และ (6) ด้านการควบคุมโรคร่วม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ประกอบด้วย 44 ข้อ ซึ่งแบ่งการให้คะแนนเป็น 3 ระดับ คือ

ไม่ปฏิบัติเลย	เท่ากับ 0 คะแนน
ปฏิบัติบ้างนานๆ ครั้ง	เท่ากับ 1 คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ	เท่ากับ 2 คะแนน

คะแนนรวมที่มากที่สุดเท่ากับ 88 คะแนน และคะแนนรวมที่น้อยที่สุดเท่ากับ 0 คะแนน แบ่งผลการประเมินของพฤติกรรมการดูแลในการคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็น 4 ระดับ คือ

- 0-22 คะแนน หมายถึง การปฏิบัติการดูแลอยู่ในระดับที่น้อย
 23-44 คะแนน หมายถึง การปฏิบัติการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง
 45-66 คะแนน หมายถึง การปฏิบัติการดูแลอยู่ในระดับดี
 67-88 คะแนน หมายถึง การปฏิบัติการดูแลอยู่ในระดับดีมาก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (ภาคผนวก ก) ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ข้อมูล เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ระยะเวลาของการมีภาวะหัวใจล้มเหลว ระดับความรุนแรงของโรค

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL index) เป็นแบบประเมินที่ใช้วัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั้งก่อนและหลังได้รับชุดการดูแล กิจกรรมที่ประเมิน ได้แก่ การอาบน้ำ การทำความสะอาดร่างกายหลังขับถ่าย การรับประทานอาหาร การเดินขึ้นบันได เป็นต้น คะแนนเต็ม 20 คะแนน คะแนนที่มากกว่าแสดงถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่มากกว่า

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถการทำหน้าที่ของร่างกาย ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบประเมินของประสิทธิ์ (2556) เพื่อให้กิจกรรมในแบบประเมินมีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น เป็นแบบประเมินความสามารถในการใช้ออกซิเจนทางอ้อม ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวัน การทำงานบ้าน การออกกำลังกาย และการมีกิจกรรมที่เป็นงานอดิเรก มีหน่วยวัดเป็น METs ในข้อคำถามแรกมีจำนวนพลังงานที่ใช้ทำกิจกรรมต่ำที่สุด และค่อยๆ เพิ่มขึ้น ถ้าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งในข้อนั้นที่มี METs เท่ากัน แสดงว่ามีจำนวน METs เท่ากับข้อนั้น คำถามจะสิ้นสุดเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งในข้อคำถามต่อไปได้ และจำนวน METs ที่สามารถทำได้จริง คือ จำนวน METs ที่ตรงกับกิจกรรมในข้อที่ทำได้เป็นข้อสุดท้าย โดย จำนวน METs ที่มากกว่าแสดงถึงความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายที่มากกว่า

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเนื้อหากิจกรรมที่เป็นคำแนะนำในการดูแลผู้สูงอายุ แผนการสนับสนุนผู้ดูแลพร้อมคู่มือสำหรับผู้วิจัย คู่มือสำหรับผู้ดูแลในการจัดการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว แบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL index) และแบบประเมินความสามารถการทำหน้าที่ของร่างกาย จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ 1 ท่าน และพยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลติดตามผู้ป่วยที่บ้าน 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของเครื่องมือ ความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของเนื้อหา จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ และตรวจสอบดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) ของเนื้อหากิจกรรมที่เป็นคำแนะนำในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วยคำแนะนำ 6 ด้าน คือ (1) ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย (2) ด้านการรับประทานอาหารและยา (3) ด้านการขับถ่าย (4) ด้านผิวหนัง (5) ด้านอารมณ์และจิตใจ และ (6) ด้านการควบคุมโรคร่วม โดยให้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสม ความถูกต้องของแต่ละข้อคำแนะนำ ที่ได้พัฒนาขึ้นด้วยการลงความเห็น ซึ่งกำหนดความเห็นเป็น 4 ระดับ คือ

- 1 หมายถึง ไม่ถูกต้องหรือเหมาะสมเลย
- 2 หมายถึง ต้องปรับปรุงอย่างมากจึงจะถูกต้องและเหมาะสม
- 3 หมายถึง ถูกต้องและเหมาะสมแต่ต้องปรับแก้เล็กน้อย
- 4 หมายถึง ถูกต้องและเหมาะสมมาก

นอกจากการแสดงความคิดเห็นที่แบ่งเป็น 4 ระดับ แล้วผู้เชี่ยวชาญจะให้ข้อเสนอแนะ หรือคำแนะนำเพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุง จากนั้นจึงรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญทุกคนมาคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ 1.0 ซึ่งถือว่ามีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่เกณฑ์ดี (ประกาย, 2548) และปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

2. การตรวจสอบความเที่ยง คือ การตรวจสอบความสม่ำเสมอ หรือความคงที่ของค่าที่ได้จากการวัด ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยนำไปตรวจสอบด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest) กับผู้ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างทั้งที่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 10 คน โดยให้ทำแบบประเมินซ้ำห่างกัน 1 วัน (บุญใจ, 2553) จากนั้นนำมาหาค่าความสัมพันธ์ภายในชั้น (Intraclass correlation coefficient [ICC]) ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์

ความสัมพันธ์ภายในชั้น (ICC) เท่ากับ .97 และ .98 ตามลำดับ และในส่วนของแบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยง โดยนำไปใช้กับผู้ดูแลจำนวน 10 คน และนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาได้เท่ากับ .85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการนำชุดการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวไปใช้ ร่วมกับการนำกระบวนการและบทบาทการจัดการรายกรณีมาเป็นแนวทางใช้ชุดการดูแลนี้เพื่อประเมินประสิทธิภาพ มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับการอนุมัติจากทางโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าคลินิกผู้ป่วยนอกเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
2. หลังจากได้รับอนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจึงเข้าพบผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตามกำหนดเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดในการศึกษาวิจัย การพิทักษ์สิทธิและเชิญชวนเข้าร่วมการวิจัย ผู้ที่ตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยจะได้รับการลงชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัย และประสานกับพยาบาลประจำคลินิกเพื่อขอข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อนำไปวางแผนการดูแลต่อไป
3. เตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัย ซึ่งผู้ช่วยวิจัยคือพยาบาลวิชาชีพจำนวน 2 คน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ช่วยวิจัยมีบทบาทในการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังให้การพยาบาลตามชุดการดูแล มีการเตรียมความพร้อมผู้ช่วยวิจัยโดยผู้วิจัยอธิบายการใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ประกอบด้วยแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL) และแบบประเมินความสามารถการทำหน้าที่ของร่างกาย จากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองเก็บข้อมูลจริงในผู้สูงอายุที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 คน และผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลในคนเดียวกันแล้วเอามา

เปรียบเทียบค่าความแตกต่าง จนเข้าใจตรงกัน หากพบข้อใดไม่ตรง ผู้วิจัยอธิบายทำความเข้าใจซ้ำ จนผู้ช่วยวิจัยเข้าใจตรงกัน

ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

ชุดการดูแลสัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วยขั้นตอนการประเมินสภาพรายบุคคล และการวางแผนการดูแลร่วมกับผู้ดูแล มีการปฏิบัติดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่บ้านของผู้สูงอายุ ทักทาย และพูดคุยสร้างสัมพันธภาพ

2. ผู้ช่วยวิจัยประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการซักประวัติ สอบถามอาการ ภาวะแทรกซ้อนในปัจจุบัน ตรวจวัดความดัน โลหิต ชีพจร ประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ด้วยการสอบถามความสามารถในการทำกิจกรรมด้วยตนเองของผู้สูงอายุโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL index) และแบบประเมินความสามารถการทำหน้าที่ของร่างกาย รวมถึงสาเหตุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยครั้งที่ผ่านมาจากผู้สูงอายุและผู้ดูแล

3. ผู้วิจัยประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล โดยให้ผู้ดูแลตอบแบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อประเมินการดูแลของผู้ดูแลที่ผ่านมานี้ 6 ด้าน คือ (1) ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย (2) ด้านการรับประทานอาหารและยา (3) ด้านการขับถ่าย (4) ด้านผิวหนัง (5) ด้านอารมณ์และจิตใจ และ (6) ด้านการควบคุมโรคร่วม และกระตุ้นให้ผู้ดูแลประเมินตนเอง เล่าปัญหา และอุปสรรคจากการดูแลที่ผ่านมา เพื่อนำไปเป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลร่วมกัน

4. ผู้วิจัยประเมินความรู้ ความเข้าใจเบื้องต้นของผู้ดูแลเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว และให้ความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว อาการของภาวะหัวใจล้มเหลว ผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และความสำคัญในการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและผู้ดูแล โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพื่อให้เกิดความเข้าใจมากขึ้น

5. ผู้วิจัยวางแผนการดูแลร่วมกับผู้ดูแล โดยการส่งเสริม ให้ความรู้ คำแนะนำ และฝึกทักษะ โดยมีคู่มือสำหรับผู้ดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นสื่อประกอบ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถจัดการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เหมาะสม สอดคล้องกับผล

การประเมินในเบื้องต้น และตรงกับความต้องการของผู้ดูแลและผู้สูงอายุ เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น หากพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาที่ควรได้รับการดูแลจากสหวิชาชีพ ผู้วิจัยจะทำหน้าที่ประสานงานไปยังพยาบาลประจำคลินิกเพื่อจัดการให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสม

6. ผู้วิจัยเสริมสร้างพลังให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทั้ง 6 ด้าน ตามที่ได้ร่วมกันวางแผนการดูแล โดยการพูดคุยให้กำลังใจ และชื่นชมในสิ่งที่ผู้ดูแลปฏิบัติได้เหมาะสม และร่วมกันหาแนวทางแก้ไขในกิจกรรมที่ปฏิบัติได้ไม่สมบูรณ์

7. ผู้วิจัยตั้งเป้าหมายการดูแลร่วมกันกับผู้ดูแล โดยนำการดูแลที่ต้องการปรับให้เหมาะสมมาตั้งเป็นเป้าหมายประจำสัปดาห์ และให้ผู้ดูแลบันทึกเป้าหมายนั้นลงในแบบบันทึกการปฏิบัติตามเป้าหมายในคู่มือสำหรับผู้ดูแล

8. ผู้วิจัยมอบคู่มือสำหรับผู้ดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวให้แก่ผู้ดูแล พร้อมทั้งอธิบายวิธีการบันทึกแบบบันทึกต่างๆ ที่อยู่ในคู่มือ

9. ผู้วิจัยบันทึกปัญหาในการดูแลของผู้ดูแลในแต่ละด้าน เป้าหมายของผู้ดูแล ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่ได้จากการประเมิน และกิจกรรมการพยาบาลในครั้งนี้นของผู้วิจัยลงในแบบบันทึกสำหรับผู้วิจัยในการติดตามความก้าวหน้าการจัดการดูแลของผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ชุดการดูแลสัปดาห์ที่ 2-5 ประกอบด้วยขั้นตอนการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจะติดตามเพื่อประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลว่ามีปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ และถูกต้องหรือไม่ พร้อมทั้งติดตามอาการของผู้สูงอายุ สอบถามถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ร่วมกันหาแนวทางแก้ไข กระตุ้นให้ผู้ดูแลติดตามความสำเร็จของเป้าหมายประจำสัปดาห์ ตั้งเป้าหมายประจำสัปดาห์ใหม่ ให้กำลังใจ และให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลผ่านทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง หากพบว่ามีปัญหาที่ควรได้รับการดูแลจากแพทย์หรือสหวิชาชีพ ผู้วิจัยจะทำหน้าที่ประสานงานไปยังพยาบาลประจำคลินิกเพื่อจัดการให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสม

ชุดการดูแลสัปดาห์ที่ 6 เป็นขั้นตอนการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก มีกิจกรรมดังนี้

1. ผู้วิจัยพบผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่บ้าน พுகุยและ
ทักทาย
2. ผู้วิจัยประเมินติดตามความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลว่าเป็นไปตาม
แผน เป้าหมายที่วางไว้หรือไม่ สอบถามปัญหาและอุปสรรคจากการดูแลทั้ง 6 ด้าน และสอบถาม
อาการของผู้สูงอายุที่ผ่านมา
3. พுகุยสอบถามความรู้สึของผู้ดูแลเกี่ยวกับความสามารถในการดูแล
ของตนเอง และความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุหลังจากได้รับชุดการดูแล
4. ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกในด้านผู้ดูแล โดยให้ผู้ดูแลทำแบบประเมิน
ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะ
หัวใจล้มเหลว เพื่อประเมินการดูแลของผู้ดูแลหลังได้รับชุดการดูแลใน 6 ด้าน คือ (1) ด้านกิจกรรม
และการออกกำลังกาย (2) ด้านการรับประทานอาหารและยา (3) ด้านการขับถ่าย (4) ด้านผิวหนัง
(5) ด้านอารมณ์และจิตใจ และ (6) ด้านการควบคุมโรคร่วม
5. ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกในด้านผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดย
ผู้ช่วยวิจัยประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ด้วยการ
สอบถามความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจากผู้ดูแลจาก
แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL index) และแบบประเมิน
ความสามารถการทำหน้าที่ของร่างกาย หลังจากได้รับชุดการดูแลเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์
6. ผู้วิจัยสรุปผลความสามารถของผู้ดูแลในการคงไว้ซึ่งความสามารถใน
การทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มี
ภาวะหัวใจล้มเหลวหลังจากให้การดูแลตามชุดการดูแลให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายुरับทราบ และเน้นย้ำ
ให้คงการดูแลที่เหมาะสมต่อไป ในกรณีที่พบว่าผู้สูงอายุมิภาวะแทรกซ้อนหรือมีการดูแลที่ไม่
เหมาะสมผู้วิจัยจะประสานงานไปยังพยาบาลประจำคลินิกอายุรกรรม เพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาที่
ต่อเนื่องต่อไป

การศึกษานำร่อง

ผู้วิจัยนำชุดการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่ง
ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ไปทดลองดำเนินการเก็บ
รวบรวมข้อมูลตามที่ได้วางแผนไว้กับผู้ดูแลจำนวน 1 คน และผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มี
คุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 คน จากนั้นนำปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่าง

ดำเนินการ คือ เดิมจะมีการเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 1, 2 และ 6 แต่เมื่อทำการศึกษานำร่องพบว่า การเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 1 นั้นผู้วิจัยก็สามารถประเมินผู้ดูแลและผู้สูงอายุ รวมทั้งให้คำแนะนำได้อย่างครอบคลุมแล้ว จึงได้ปรับให้สัปดาห์ที่ 2 เป็นการติดตามทางโทรศัพท์แทนการเยี่ยมบ้าน และปรับเปลี่ยนแผนการสนับสนุนผู้ดูแลให้มีความกระชับยิ่งขึ้นก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจริงต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุมัติทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ ภายหลังได้รับการอนุมัติแล้วผู้วิจัยจึงทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่ต้องการ จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนในการดูแลตามชุดการดูแล และระยะเวลาในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น นอกจากนี้ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยต่อก็สามารถบอกเลิก และออกจากการศึกษาได้ จากนั้นผู้ที่ตอบรับเข้าร่วมวิจัยจะต้องลงลายมือชื่อในใบพิทักษ์สิทธิ (ภาคผนวก ก) และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะถูกรับเป็นความลับ หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถติดต่อเพื่อสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูลในการประเมินผลลัพธ์การดูแล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินในระยะประเมินผลมาวิเคราะห์ทางสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย
2. คะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวโดยรวมและรายด้านจากผู้ดูแล 26 คน คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL index) และคะแนนความสามารถการทำหน้าที่ของร่างกาย จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 26 คน นำมาเปรียบเทียบผลก่อนและหลังใช้ชุดการดูแล 6 สัปดาห์ โดยข้อมูลที่ได้มีการกระจายแบบโค้งปกติจึงวิเคราะห์ด้วยสถิติแบบพาราเมตริกชนิดที่คู่ (Paired t-test) ยกเว้นข้อมูลคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในด้านการขับถ่าย ด้านอารมณ์และจิตใจ และด้านการควบคุมโรคร่วม ที่มีการแจกแจงแบบไม่เป็นโค้งปกติจึงวิเคราะห์ด้วยสถิติวิลคอกซอน (Wilcoxon Signed Ranks test)

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา ซึ่งได้พัฒนาและประเมินผลชุดการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยได้นำชุดการดูแลไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและผู้ดูแลตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ 1 กลุ่ม วัดผลเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับการดูแล โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลตามชุดการดูแลเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 องค์ประกอบของชุดการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ส่วนที่ 3 การประเมินผลชุดการดูแล

3.1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังได้รับการดูแล

3.2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับการดูแลตามชุดการดูแล ประกอบด้วย 2 รายการ คือ

3.2.1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับการดูแลตามชุดการดูแล

3.2.2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับการดูแลตามชุดการดูแล

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นเพศหญิงและเพศชายจำนวนเท่ากัน มีอายุเฉลี่ย 70.08 ปี (SD = 6.44) นับถือศาสนาพุทธและอิสลามจำนวนเท่ากัน ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 69.3 รองลงมา คือ ไม่ได้เรียนหนังสือร้อยละ 26.9 กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งมีสถานภาพคู่ ร้อยละ 57.7 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 76.9 ทั้งหมดมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย มีไขมันในเลือดสูงร่วมด้วย ร้อยละ 50 และมีโรคเบาหวานร่วมด้วย ร้อยละ 34.6 ระดับความรุนแรงตามการแบ่งระยะภาวะหัวใจล้มเหลวของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (The New York Heart Association) โดยแบ่งตามระดับความรุนแรงของอาการ และข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ประมาณครึ่งหนึ่งอยู่ในระดับ 2 ร้อยละ 53.8 คือ มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเล็กน้อย มีอาการเหนื่อยเมื่อทำกิจกรรมตามปกติ และอยู่ในระดับ 3 ร้อยละ 46.2 คือ มีอาการเหนื่อยเมื่อทำกิจกรรมที่น้อยกว่าปกติ เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ส่วนใหญ่อยู่ในระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมากกว่าหรือเท่ากับ 1 เดือน แต่ไม่ถึง 2 เดือน ร้อยละ 46.2 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ (N=26)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	13	50
หญิง	13	50
อายุ		
(Min = 60, Max = 85, M = 70.08, SD = 6.44)		
ศาสนา		
พุทธ	13	50
อิสลาม	13	50
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	7	26.9
ประถมศึกษา	18	69.3
มัธยมศึกษา	1	3.8
สถานภาพสมรส		
คู่	15	57.7
หม้าย	11	42.3
อาชีพ		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	3	11.5
รับจ้าง	1	3.8
เกษตรกร	2	7.7
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	20	76.9
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
น้อยกว่า 5,000 บาท	4	15.4
ตั้งแต่ 5,000 – 10,000 บาท	12	46.2
ตั้งแต่ 10,001 – 15,000 บาท	4	15.4
มากกว่า 15,000	6	23.1

ตาราง 1 (ต่อ)

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ (N=26)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
โรคร่วมอื่นๆ *		
ความดันโลหิตสูง	26	100.0
ไขมันในเลือดสูง	13	50.0
เบาหวาน	9	34.6
เส้นเลือดหัวใจตีบ	3	11.5
หอบหืด	3	11.5
ไตเรื้อรัง	3	11.5
เก๊าต์	1	3.9
ไทรอยด์	1	3.9
ระยะเวลาที่ทราบว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว		
น้อยกว่า 1 ปี	2	7.7
1-5 ปี	21	80.8
มากกว่า 5 ปี	3	11.5
ระดับความรุนแรงของโรค		
ระดับ 2	14	53.8
ระดับ 3	12	46.2
ระยะเวลาหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล		
1 < 2 เดือน	12	46.2
2 < 3 เดือน	8	30.8
3 < 4 เดือน	4	15.4
4 < 5 เดือน	2	7.7

* หมายถึง ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลทั้งหมด 26 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.8 มีอายุเฉลี่ย 43.58 (SD = 12.94) มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 34.6 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 41-50 ร้อยละ 30.8 นับถือศาสนาพุทธและอิสลามจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80.8 ระดับการศึกษาของผู้ดูแลส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 61.6

มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 38.5 ส่วนใหญ่มีรายได้ในครอบครัวเพียงพอและเหลือเก็บ ร้อยละ 50 และเกือบครึ่งหนึ่งมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุเป็นบุตร ร้อยละ 42.3 ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในช่วงมากกว่า 1 ถึง 5 ปี ร้อยละ 38.5 ส่วนใหญ่มีบุคคลอื่นช่วยดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 73.1 และเคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 61.5 ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล (N=26)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	5	19.20
หญิง	21	80.80
อายุ (Max = 72, Min = 20, M = 43.58, SD=12.94)		
20-30	3	11.5
31-40	9	34.6
41-50	8	30.8
51-60	2	7.7
> 60	4	15.4
ศาสนา		
พุทธ	13	50.0
อิสลาม	13	50.0
สถานภาพสมรส		
โสด	5	19.2
คู่	21	80.8
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	16	61.6
มัธยมศึกษา	4	15.4
อนุปริญญา	3	11.5
ปริญญาตรี	3	11.5

ตาราง 2 (ต่อ)

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล (N=26)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	6	23.1
รับจ้าง	5	19.2
เกษตรกรรม	10	38.5
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3	11.5
อื่นๆ	2	7.7
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
น้อยกว่า 5,000	3	11.5
5,000-10,000	8	30.8
10,001-15,000	9	34.6
มากกว่า 15,000	6	23.1
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ	4	15.4
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	9	34.6
เพียงพอและเหลือเก็บ	13	50.0
ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ		
สามี/ภรรยา	6	23.1
บุตร	11	42.3
ลูกสะใภ้	7	26.9
หลาน	2	7.7
ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุ (ปี)		
(Min = 0.2, Max = 15, M = 4.39, SD = 3.99)		
≤ 1	8	30.8
> 1-5	10	38.5
> 5	8	30.8

ตาราง 2 (ต่อ)

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล (N=26)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การมีบุคคลอื่นช่วยเหลือผู้สูงอายุ		
มี	19	73.1
ไม่มี	7	26.9
ประสบการณ์ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว		
เคย	16	61.5
ไม่เคย	10	38.5

ส่วนที่ 2 องค์ประกอบของชุดการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

องค์ประกอบของชุดการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีองค์ประกอบดังนี้

1. แผนการสนับสนุนผู้ดูแลพร้อมทั้งคู่มือสำหรับผู้วิจัย ประกอบด้วยแผนที่จะช่วยสนับสนุนให้ผู้ดูแลจัดการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและขั้นตอนในการให้การพยาบาลของผู้วิจัย พัฒนาขึ้นจากแนวคิดกระบวนการจัดการรายกรณีร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเองตามหลักห้าเอ (5 A's) ที่ประกอบด้วย การประเมิน การให้คำแนะนำ การกำหนดข้อตกลงร่วมกัน การให้ความช่วยเหลือ และการติดตามและประเมินผล อีกทั้งมีเนื้อหาในการให้คำแนะนำการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการป้องกันความเสื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่ของสภาพที่ปริกษารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ออสเตรเลีย (AHMAC, 2004; 2007) ร่วมกับการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ประกอบด้วยคำแนะนำ 6 ด้าน คือ (1) ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย (2) ด้านการรับประทานอาหารและยา (3) ด้านการขับถ่าย (4) ด้านผิวหนัง (5) ด้านอารมณ์และจิตใจ และ (6) ด้านการควบคุมโรคร่วม ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.0 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ แผนการสนับสนุนผู้ดูแลใช้

ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ประกอบด้วยการเยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1 และ 6 และติดตามทางโทรศัพท์ 4 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2-5 มีรายละเอียด ดังนี้

แผนการสนับสนุนผู้ดูแล สัปดาห์ที่ 1: ประเมินสภาพผู้สูงอายุรายบุคคล โดยประสานงานกับพยาบาลประจำคลินิกเพื่อเข้าถึงข้อมูลทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินภาวะสุขภาพ และความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ สุขภาพของผู้สูงอายุ และประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทั้ง 6 ด้าน เพื่อค้นหาทักษะการดูแลที่ยังไม่เหมาะสม จากนั้นวางแผนการดูแลร่วมกัน ให้ความรู้ คำแนะนำ ฝึกทักษะการดูแลที่ตรงกับความต้องการของผู้ดูแล ตั้งเป้าหมายการดูแลร่วมกัน และมอบคู่มือสำหรับผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

แผนการสนับสนุนผู้ดูแล สัปดาห์ที่ 2-5: เป็นการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยติดตามความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุผ่านทางโทรศัพท์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ด้วยการกระตุ้นให้ประเมินและติดตามเป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุ กระตุ้นให้ผู้ดูแลทำตามเป้าหมายการดูแลที่ยังไม่สำเร็จหรืออาจตั้งเป้าหมายประจำสัปดาห์เพิ่ม ให้คำปรึกษาและคำแนะนำในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มเติม

แผนการสนับสนุนผู้ดูแล สัปดาห์ที่ 6: เป็นขั้นตอนการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก โดยผู้วิจัยประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล และประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุภายหลังจากได้รับชุดการดูแล

2. คู่มือสำหรับผู้ดูแลในการจัดการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว 2) คำแนะนำการดูแลใน 6 ด้าน คือ (1) ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย (2) ด้านการรับประทานอาหารและยา (3) ด้านการขับถ่าย (4) ด้านผิวหนัง (5) ด้านอารมณ์และจิตใจ และ (6) ด้านการควบคุมโรคร่วม โดยผู้วิจัยจัดทำขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ใช้ภาษา และรูปภาพประกอบที่ทำให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น และ 3) แบบบันทึกต่างๆ 3 ส่วน คือ (1) แบบบันทึกอาการภาวะหัวใจล้มเหลวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยอาการที่ต้องบันทึกได้แก่ หายใจลำบาก หายใจเหนื่อยขณะนอนราบ หายใจเหนื่อยขณะทำกิจกรรม เจ็บแน่นหน้าอก ไอ แน่นท้อง คลื่นไส้ ปวดท้อง อ่อนเพลีย อาการบวม เป็นแบบบันทึกที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถบันทึกอาการและสามารถนำข้อมูลที่บ้านที่นั่นมาสังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงได้ (2) แบบบันทึกน้ำหนักตัวประจำวัน และ (3) แบบบันทึกการปฏิบัติตามเป้าหมายของผู้ดูแล

เพื่อให้ผู้ดูแลได้ตั้งเป้าหมายและประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในแต่ละสัปดาห์

ส่วนที่ 3 การประเมินผลชุดการดูแล

3.1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งโดยรวมและรายด้านก่อนและหลังได้รับชุดการดูแล พบว่าคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งโดยรวมและรายด้านเพิ่มขึ้นจากก่อนได้รับชุดการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตาราง 3 และ 4

ตาราง 3

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทีคู่ของคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังได้รับชุดการดูแลโดยรวม ($N = 26$)

ระยะเวลา	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	p value
ก่อนได้รับชุดการดูแล (Min = 37, Max = 83)	62.42	10.78		
หลังได้รับชุดการดูแล (Min = 68, Max = 87)	76.96	4.52	8.69	.000*

* $p < .001$

ตาราง 4

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวรายด้านก่อนและหลังได้รับการดูแล (N = 26)

ความสามารถในการดูแล	ก่อน	หลัง	Statistics- value	p value (2-tailed)
	M (SD)	M (SD)		
กิจกรรมและการออกกำลังกาย	11.54 (2.06)	14.12 (.91)	7.51 ^a	.000 *
การรับประทานอาหารและยา	19.38 (3.80)	24.81 (2.12)	8.84 ^a	.000 *
การขับถ่าย	11.27 (1.73)	13.04 (.87)	-3.87 ^b	.000 *
ผิวหนัง	5.54 (2.16)	8.04 (1.43)	6.7 ^a	.000 *
อารมณ์และจิตใจ	9.46 (2.47)	11.04 (.96)	-3.54 ^b	.000 *
การควบคุมโรคร่วม	5.23 (1.03)	5.92 (.27)	-2.81 ^b	.005**

หมายเหตุ: a = paired t-test, b = Wilcoxon Signed Rank test, * $p < .001$, ** $p < .01$

3.2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับการดูแลตามชุดการดูแล พบว่า คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุหลังได้รับการดูแลตามชุดการดูแลเพิ่มขึ้นจากก่อนได้รับการดูแล ($t = 5.25$, $p \text{ value} < .001$) ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทีคู่ของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับการดูแล (N = 26)

ระยะเวลา	M	SD	t	p-value
ก่อนได้รับการดูแลตามชุดการดูแล (Min = 6, Max = 20)	14.96	3.28	5.25	.000*
หลังได้รับการดูแลตามชุดการดูแล (Min = 11, Max = 20)	16.42	2.39		

* $p < .001$

3.3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับการดูแลตามชุดการดูแล พบว่าคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุหลังได้รับการดูแลตามชุดการดูแลมากกว่าก่อนได้รับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.56$, $p \text{ value} < .001$) ดังแสดงในตาราง 6 และพบว่า หลังได้รับการดูแลตามชุดการดูแลมีผู้สูงอายุที่สามารถทำกิจกรรมที่มีระดับพลังงานสูงขึ้นในจำนวนที่เพิ่มขึ้น ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 6

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทีคู่ของคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับการดูแลตามชุดการดูแล ($N = 26$)

ระยะเวลา	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p value</i>
ก่อนได้รับการดูแลตามชุดการดูแล	2.94	0.79	4.56	.000*
หลังได้รับการดูแลตามชุดการดูแล	3.42	1.06		

* $p < .001$

ตาราง 7

เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ ของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับการดูแลตามชุดการดูแลในการทำกิจกรรมในแต่ละระดับพลังงาน (N=26)

กิจกรรม	ระดับพลังงาน (METs)	จำนวนผู้สูงอายุที่ทำกิจกรรมได้ โดยไม่มีอาการเหนื่อย (ราย)	
		ก่อนได้รับ ชุดการดูแล (ร้อยละ)	หลังได้รับ ชุดการดูแล (ร้อยละ)
นั่งดูโทรทัศน์ นอนคุยโทรศัพท์	1.3	26 (100)	26 (100)
อ่านหนังสือ เขียนหนังสือ			
แต่งตัวโดยไม่หยุดพัก ซักผ้าด้วยมือ	2.0	26 (100)	26 (100)
ทำกับข้าว (ยืนเป็นส่วนใหญ่)			
รับประทานอาหาร แปรงฟัน	2.5	18 (69.23)	20 (76.92)
ล้างจาน ทำกับข้าว (เดินเป็นส่วน ใหญ่) รดน้ำต้นไม้			
เดินลงบันได 8 ชั้นโดยไม่หยุดพัก	3.0	15 (57.69)	18 (69.23)
ขัดหน้าต่าง			
กวาดบ้าน ถูฝุ่น ถูบ้าน เดินในบ้าน	3.5	12 (46.15)	17 (65.38)
ถอนหญ้า ตากผ้า กวาดใบไม้รอบ	4.5	2 (7.69)	7 (26.92)
บ้าน			
ยกถังน้ำ อุ้มหลานหรือหิ้วของ 9-20	5.0	0	1 (3.85)
กก.ปั่นจักรยานช้าๆ เดินหรือวิ่งเล่น			
กับสัตว์เลี้ยง	5.5	0	1 (3.85)
เดินเร็ว เดินขึ้นเนิน พรวนดิน ขุดดิน			
หิ้วของหนัก 20.5-29 กก.			

การอภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาและประเมินผลชุดการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคนไข้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผลการวิจัยซึ่งสามารถอภิปรายผลโดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. องค์ประกอบของชุดการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคนไข้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

2. การประเมินผลชุดการดูแล

2.1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคนไข้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังได้รับชุดการดูแล

2.2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับการดูแลตามชุดการดูแล

1. องค์ประกอบของชุดการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคนไข้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

องค์ประกอบของชุดการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคนไข้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แผนการสนับสนุนผู้ดูแลพร้อมคู่มือสำหรับผู้วิจัย และคู่มือสำหรับผู้ดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคนไข้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยนำแนวคิดการจัดการรายกรณีร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเองตามหลัก 5 A's มีการเยี่ยมบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์ และชุดการดูแลผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในชุดการดูแล ทำให้ชุดการดูแลที่พัฒนาขึ้นนี้มีเนื้อหาคำแนะนำและกิจกรรมในการดูแลที่ถูกต้อง มีคุณภาพ และสอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุและผู้ดูแล และสามารถนำไปใช้ได้จริง ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

1.1 ด้านเนื้อหากิจกรรมเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเป็นที่ยอมรับ อธิบายได้ว่า เนื้อหาคำแนะนำนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการดูแลเพื่อคนไข้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้หลักของ PICO ในการสืบค้น มีการจัดระดับของความน่าเชื่อถือและเกรดของข้อเสนอแนะของหลักฐานเชิงประจักษ์ตาม

เกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (2008) ซึ่งมีทั้งหลักฐานที่เป็นงานวิจัยที่มีการทบทวนอย่างเป็นระบบ งานวิจัยแบบกึ่งทดลอง แนวปฏิบัติ หนังสือ และตำราทั้งในและต่างประเทศ มีความทันสมัยขององค์ความรู้ ซึ่งประกอบด้วยการดูแล 6 ด้าน คือ (1) ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย (2) ด้านการรับประทานอาหารและยา (3) ด้านการขับถ่าย (4) ด้านผิวหนัง (5) ด้านอารมณ์และจิตใจ และ (6) ด้านการควบคุมโรคร่วม โดยหลักในการดูแล 5 ด้านแรก ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวปฏิบัติการป้องกันความเสื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่ของสภาพที่ปริกษารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออสเตรเลีย (AHMAC, 2004; 2007) ซึ่งให้ความสำคัญกับการป้องกันหรือลดปัจจัยเสี่ยงของความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุใน 5 ด้านดังกล่าว ส่วนในด้านการควบคุมโรคร่วม มีการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่จะมีโรคอื่นๆ ร่วมด้วย ซึ่งหากไม่มีการควบคุมก็จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา และทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความสามารถในการทำหน้าที่เสื่อมถอยมากขึ้น (ชนากรณ์, 2553; ฝ่องพรรณ, 2553; Abete et al., 2013) ชุดการดูแลนี้จึงมีเนื้อหาคำแนะนำที่มีคุณภาพ และมีความเฉพาะสำหรับการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

นอกจากเนื้อหาคำแนะนำในชุดการดูแลนี้จะมีความเฉพาะ ความถูกต้องของเนื้อหาแล้ว คำแนะนำในชุดการดูแลนี้ยังมีการปรับให้มีความสอดคล้องกับบริบทในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ที่บ้าน เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถนำคำแนะนำไปปฏิบัติได้จริง เช่น ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย มีการแนะนำให้ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันด้วยตนเอง การแนะนำให้ใช้หลักการสงวนพลังงาน เช่น แนะนำให้นั่งอาบน้ำแทนการยืนอาบน้ำ ใช้ฝักบัวอาบน้ำแทนการอาบน้ำด้วยขันน้ำ หรือให้พักเป็นระยะระหว่างการทำกิจกรรม (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2551) แนะนำและสาธิตการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละรายกรณี บางรายที่มีอาการเหนื่อย ไม่สามารถเดินได้ในระยะไกลจะแนะนำการออกกำลังกายภายในบ้าน การบริหารข้อบริหารกล้ามเนื้อ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2545) รวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อมที่ป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ได้แก่ จัดหาอุปกรณ์เสริมที่ช่วยย้าระดับของส้วมสูงขึ้น ติดตั้งราวจับ หรือนำเชือกมาใช้สำหรับผู้สูงอายุยึดจับในห้องน้ำ ดูแลให้ผู้สูงอายุนั่งเก้าอี้ขณะอาบน้ำ เป็นต้น ด้านการรับประทานอาหารและยา มีการสอนการอ่านฉลากโภชนาการในการเลือกซื้ออาหาร แนะนำเทคนิคในการลดปริมาณโซเดียม พร้อมทั้งยกตัวอย่างที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุโดยมีการเปรียบเทียบปริมาณโซเดียมในเครื่องปรุงรสแต่ละประเภท และแปลงหน่วยจากมิลลิกรัมเป็นหน่วยที่ผู้ดูแลใช้ในชีวิตประจำวัน ทำให้นำไปใช้ได้จริง เช่น ควรจำกัดโซเดียมไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน เท่ากับเกลือไม่เกิน 1 ช้อนชา น้ำปลาไม่เกิน 4 ช้อนชา ซุปก้อนไม่เกิน 1 ก้อน (สถาบันหัวใจโรงพยาบาลสมิติเวชสุขุมวิท, 2554) มีการประสานงานไปยังเภสัชกรในการปรับการรับประทานยา

ให้สอดคล้องกับมืออาหารในช่วงเดือนถือศีลอด ผู้ดูแลจึงสามารถดูแลให้ผู้สูงอายุรับประทานยาได้อย่างถูกต้องโดยไม่ขัดกับหลักของศาสนา

1.2 ด้านกระบวนการที่นำมาใช้ในชุดการดูแล โดยแผนการสนับสนุนผู้ดูแล เป็นแผนสำหรับผู้วิจัยใช้ในการสนับสนุนให้ผู้ดูแลจัดการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เนื้อหากิจกรรมผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกระบวนการจัดการรายกรณีร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองตามหลักห้าเอ (5 A's) ซึ่งการใช้กระบวนการจัดการรายกรณี ทำให้ผู้วิจัยสามารถประเมินสภาพ ค้นหาปัญหาที่แท้จริง จึงสามารถให้การดูแลได้ตรงกับความต้องการของผู้ดูแล และผู้สูงอายุแต่ละรายกรณี ผู้รับบริการจึงได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาที่ผ่านมาได้มีการนำการจัดการรายกรณีไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ผ่านระบบสนับสนุนให้ความรู้ สร้างสิ่งแวดล้อมกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม ร่วมค้นหาปัญหา และนำมาวางแผนให้ตรงกับความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อุษา, 2555) อีกทั้งการบูรณาการแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองตามหลักห้าเอ (5 A's) มาใช้ในการสนับสนุนการจัดการตนเองให้แก่ผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีแนวทางสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุให้ดีขึ้น และสามารถจัดการอาการเบื้องต้นได้ ทำให้ลดภาวะแทรกซ้อนของภาวะหัวใจล้มเหลวลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของชนากรณ์ (2553) ที่ศึกษาการนำกระบวนการจัดการตนเองไปใช้สนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่งสามารถจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบากได้ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบากต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แผนการสนับสนุนนี้ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ประกอบด้วยการเยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1 และ 6 ซึ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ไม่สามารถรักษาให้หายขาด และมีผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน จัดอยู่ในกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งการเยี่ยมบ้านเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านนั้นทำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือ คำแนะนำ และการดูแลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ครอบครัว และสภาพแวดล้อมอย่างแท้จริงและต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ได้รับคำแนะนำตามสภาพปัญหาที่แตกต่างกันในแต่ละรายกรณี อีกทั้งการให้บริการที่บ้านซึ่งเป็นสถานที่ที่ผู้รับบริการมีความคุ้นเคย ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นกันเองในการพูดคุย เกิดความคุ้นเคย ไร้กังวล และรู้สึกได้รับความเอาใจใส่ ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากพยาบาล (กองการพยาบาลสาธารณสุข, 2555) นอกจากนี้มีการติดตามทางโทรศัพท์ 4 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2-5

ซึ่งเป็นการติดตามและให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการประสานงานไปยังสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ตรงกับความต้องการ

นอกจากนี้ยังมีการมอบคู่มือสำหรับผู้ดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวให้แก่ผู้ดูแล ประกอบด้วยความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว คำแนะนำในการดูแลทั้ง 6 ด้าน และแบบบันทึกอาการ น้ำหนัก และเป้าหมายประจำสัปดาห์ โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ตัวอักษรขนาดใหญ่ มีรูปภาพประกอบ มีการใช้สัญลักษณ์และสีเพื่อเน้นย้ำคำแนะนำที่ควรปฏิบัติและควรหลีกเลี่ยง มีการยกตัวอย่างที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น ยกตัวอย่างอาหารที่มีไขมันท้องถิ่น เปรียบเทียบปริมาณโซเดียมในเครื่องปรุงรสเป็นช้อนชา อีกทั้งยังประกอบด้วยแบบบันทึกเป้าหมายการดูแลประจำสัปดาห์ แบบบันทึกน้ำหนักตัวและอาการภาวะหัวใจล้มเหลว จึงเป็นคู่มือที่ทำให้ผู้ดูแลมีแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุ สามารถประเมินติดตามการดูแลผู้สูงอายุ สามารถอ่านบททวนเพื่อทำความเข้าใจเพิ่มเติม หรือเปิดอ่านเพิ่มเมื่อเกิดความไม่มั่นใจ ข้อเสนอในการปฏิบัติ ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของธนากรณ์ (2553) ที่มอบคู่มือที่ประกอบด้วยแนวทางในการประเมินและการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง มีแบบบันทึกสำหรับติดตามอาการ ทำให้กลุ่มตัวอย่างนำไปอ่านบททวนและปฏิบัติเองที่บ้านได้

1.3 ด้านคุณภาพ อธิบายได้ว่า แผนการสนับสนุนผู้ดูแลพร้อมคู่มือสำหรับผู้วิจัย และคู่มือสำหรับผู้ดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และแบบประเมินที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ 1 ท่าน และพยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลติดตามผู้ป่วยที่บ้าน 2 ท่าน โดยตรวจสอบความเหมาะสมของเครื่องมือ ความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของเนื้อหา และให้ข้อคิดเห็นเพื่อให้มีความเหมาะสม สอดคล้องกับบริบทการดูแลที่บ้านมากขึ้น ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ อีกทั้งเนื้อหากิจกรรมเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวผ่านการตรวจสอบดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVD) ได้เท่ากับ 1.0 ซึ่งถือว่ามีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่เกณฑ์ดี (ประกาย, 2548) และผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยนำไปตรวจสอบด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest) มีค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ภายในชั้น (ICC) เท่ากับ .972 และ .979 ตามลำดับ และในส่วนของแบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวผู้วิจัยมีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาได้เท่ากับ .853 ดังนั้นชุดการดูแลนี้จึงมีคุณภาพทั้งในด้านความตรงเชิงเนื้อหา และความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ประสิทธิภาพของชุดการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

2.1 คะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหลังได้รับชุดการดูแลทั้งโดยรวมและรายด้านเพิ่มขึ้นจากก่อนได้รับชุดการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ดังนี้ จากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งเป็นเพศที่มีความนุ่มนวล และมีค่านิยมให้เป็นเพศที่คอยดูแลสมาชิกในครอบครัว และจากพื้นฐานความเชื่อทางสังคม การปลูกฝังค่านิยมทางวัฒนธรรมที่มักคาดหวังให้สมาชิกเพศหญิงในครอบครัวต้องทำหน้าที่ในการดูแล (สมนึก, สุปรีดา, สมทรง, ศุกร, และมณี, 2555) ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุเป็นบุตร ซึ่งเป็นสัมพันธ์ภาพที่มีความผูกพันกับผู้สูงอายุ ทำให้มีแรงจูงใจในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น (ประกอบพร, 2550) การศึกษาค้นคว้าพบว่าผู้ดูแลทั้งหมดอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้สูงอายุจึงสามารถดูแลผู้สูงอายุได้ตลอดเวลา อีกทั้งผู้ดูแลส่วนใหญ่มีบุคคลอื่นช่วยดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 73.1 ซึ่งการมีผู้ช่วยในการดูแลจะช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัว มีกำลังใจในการแก้ปัญหาหรือเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ได้ดี (เพ็ญวิเศษ, 2555) ระดับการศึกษาของผู้ดูแลส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 61.6 จึงมีความรู้ความสามารถในการอ่านคู่มือที่ได้จัดทำขึ้นมาโดยใช้ภาษา รูปภาพ และสัญลักษณ์ที่เข้าใจง่ายได้

แนวคิดและกระบวนการที่ใช้ในการพยาบาลตามชุดการดูแลได้ดัดแปลงจากกระบวนการและบทบาทของแนวคิดการจัดการรายกรณี ร่วมกับการนำแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองตามหลักห้าเอ (Registered Nurses' Association of Ontario, 2010) มาเป็นกลยุทธ์สนับสนุนให้แก่ผู้ดูแลเพื่อให้สามารถจัดการดูแลผู้สูงอายุได้ ซึ่งการให้การพยาบาลเป็นรายกรณีทำให้ผู้วิจัยสามารถประเมินปัญหา ภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุ ความสามารถในการดูแล ปัญหาอุปสรรคที่แท้จริงของผู้ดูแลได้ ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงการดูแลผู้สูงอายุของตนเองว่าอยู่ในระดับใด และควรมีการปรับการดูแลในด้านใด ซึ่งภายหลังการประเมินผู้วิจัยได้สนับสนุนในด้านความรู้ คำแนะนำที่ครอบคลุมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการร่วมวางแผน มีการสาธิต ฝึกทักษะ เช่น สาธิตทำในการออกกำลังกาย ฝึกการประเมินอาการบวม ฝึกจับชีพจร สอดคล้องตามความต้องการที่ประเมินได้ในเบื้องต้นและสภาพแวดล้อมของแต่ละรายกรณี มีการตั้งเป้าหมายร่วมกันกับผู้ดูแล เช่น ผู้ดูแลจะบริหารแขน ขาให้ผู้สูงอายุ หรือ จะดูแลให้ดื่มน้ำไม่เกิน 1 ขวดใหญ่ (1,500 มล.) (ภาคผนวก ข) ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมีส่วนร่วม จึงมีความพึงพอใจ ยินดี และมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติตามเป้าหมาย

การนำแนวคิดการจัดการรายกรณีมาปรับใช้ร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเองตามหลักห้าเอ (5 A's) ในช่วงต้นจึงส่งผลให้ผู้ดูแลมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุได้เหมาะสมมากขึ้น ซึ่งเห็นได้ชัดในด้านการรับประทานอาหารและยาและด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย เนื่องจากเป็นด้านที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง ภายหลังได้รับความรู้ คำแนะนำตามชุดการดูแลจึงมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องมากขึ้น ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลในด้านดังกล่าวอย่างชัดเจน

การให้บริการตามชุดการดูแลมีการเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 1 และ 6 ใช้เวลาครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง ทำให้ผู้วิจัยมีโอกาสเห็นถึงสภาพความเป็นอยู่ที่แท้จริงของผู้สูงอายุ สามารถประเมินภาวะสุขภาพ วางแผนการดูแลร่วมกัน และให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาของแต่ละบุคคลได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุแก่ผู้สูงอายุ มีการติดตาม ให้คำปรึกษาเพิ่มเติมผ่านทางโทรศัพท์ ซึ่งผู้ดูแลได้สะท้อนว่าการโทรศัพท์ติดตามในทุกสัปดาห์ และการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลโทรศัพท์มาปรึกษาผู้วิจัย ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกได้ถึงความเอาใจใส่จากพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุ รู้สึกมีความมั่นใจในการดูแลมากขึ้น และรู้ว่าถ้าเกิดมีปัญหาขึ้นมาจะสามารถโทรศัพท์ปรึกษาผู้วิจัยได้เสมอ ผู้วิจัยจะคอยให้ความช่วยเหลือ มีการประสานงานไปยังสหวิชาชีพเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลืออย่างเหมาะสม เช่น การประสานงานไปยังเภสัชกรเพื่อปรับวิธีการรับประทานยาในเดือนถือศีลอดของผู้สูงอายุมุสลิมให้สอดคล้องกับมื้ออาหาร ผู้ดูแลจึงดูแลผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง

การพยาบาลตามชุดการดูแลนี้จึงส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะ ความพยายามที่จะปฏิบัติให้สำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ สามารถปรับเปลี่ยนความรู้และความใจผิดๆ ที่ทำให้ผู้ดูแลปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุไม่เหมาะสม เช่น ผู้ดูแลมีความเข้าใจว่าการดูแลผู้ที่หัวใจล้มเหลวนั้นไม่ควรให้ทำกิจกรรมมากเพราะกลัวจะเกิดผลเสียต่อหัวใจเพิ่มขึ้น แต่ภายหลังได้รับความรู้ คำแนะนำจากผู้วิจัย ทำให้มีความเข้าใจและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำกิจวัตรประจำวันและออกกำลังกายตามความสามารถ ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการปรับพฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุในแต่ละด้านให้ดียิ่งขึ้น สามารถคิด ตัดสินใจในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสม เช่น เมื่อผู้สูงอายุมีอาการบวมผู้ดูแลจะควบคุมอาหารรสเค็มหรือจำกัดน้ำดื่มอย่างเคร่งครัดมากขึ้น อีกทั้งผู้วิจัยได้มอบคู่มือที่รวบรวมคำแนะนำในการดูแลทั้ง 6 ด้าน ที่ใช้ภาษาเข้าใจง่าย มีภาพและสัญลักษณ์ประกอบ มีการยกตัวอย่างที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุที่สามารถนำไปอ่าน ทบทวนเพิ่มเติมได้ ผู้ดูแลจึงสามารถปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้เหมาะสมขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลมีคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหลังได้รับชุดการดูแลเพิ่มขึ้นดังผลการวิจัย

ผลการศึกษาจากการให้การพยาบาลตามชุดการดูแลนี้สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารและทรัพยากรต่างๆ เช่น การได้รับความรู้ในการดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจากเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข มีความสัมพันธ์ทางบวกกับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (วิชัย, พงศนิรันดร์, ณรงค์ศักดิ์, และธัช, 2554) สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ที่พบว่า การส่งเสริมให้มีการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยการให้ความรู้ คำแนะนำในด้านต่างๆ เช่น การประเมินติดตามอาการ การชั่งน้ำหนัก อาหาร ยา ร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ สามารถลดความเชื่อที่ส่งผลไม่ดีต่อโรค เกิดความเชื่อ ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับโรคมากขึ้น และมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดีขึ้น เช่น มีการชั่งน้ำหนักทุกวัน การจำกัดเกลือและน้ำ การติดตามอาการ และการออกกำลังกาย (Jovicic, Holroyd-Leduc, & Straus, 2006) จึงสามารถยืนยันได้ว่า การที่ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเอง คำแนะนำ การฝึกทักษะในการดูแลผู้สูงอายุซึ่งทำให้ผู้ดูแลมีการติดตามอาการของผู้สูงอายุ มีความมั่นใจ สามารถตัดสินใจแก้ปัญหา และปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุได้เหมาะสม ส่งผลให้พฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุดีขึ้น

2.2 คะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ (1) คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (Barthel ADL) หลังได้รับชุดการดูแลเพิ่มขึ้นจากก่อนได้รับชุดการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.245, p < .001$) และ (2) คะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุหลังได้รับชุดการดูแลเพิ่มขึ้นจากก่อนได้รับชุดการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.56, p < .001$) ผู้สูงอายุบางรายที่ทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองอยู่แล้วก็สามารถปฏิบัติได้คงเดิม ไม่ลดลง อีกทั้งจากผลการวิจัยยังพบอีกว่า ภายหลังได้รับชุดการดูแลผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมในระดับพลังงานที่สูงกว่าเดิมได้ เช่น ก่อนได้รับชุดการดูแลมีผู้สูงอายุที่สามารถทำกิจกรรมในระดับพลังงาน 3.5 METs ได้แก่ การเดินภายในบ้าน กวาดบ้าน โดยไม่มีอาการเหนื่อยจำนวน 12 คน ซึ่งภายหลังได้รับชุดการดูแลมีผู้สูงอายุที่สามารถทำกิจกรรมในระดับพลังงาน 3.5 METs ได้เพิ่มขึ้นเป็น 17 คน อธิบายได้ว่า เนื้อหากิจกรรมคำแนะนำในชุดการดูแลเป็นคำแนะนำที่ช่วยคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ มีความเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความมั่นใจ สามารถจัดการอาการเบื้องต้นให้แก่ผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม จากก่อนได้รับชุดการดูแลพบว่าผู้ดูแลขาดความรู้ ไม่ทราบว่ามีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น บวมบริเวณขา หรือมีอาการหายใจลำบาก ควรจะจัดการกับอาการดังกล่าวอย่างไร แต่เมื่อได้รับความรู้ คำแนะนำ ได้ฝึกทักษะ ผู้ดูแลจึงมีความมั่นใจและสามารถจัดการอาการเบื้องต้นได้ ดังเช่นผู้สูงอายุรายหนึ่งที่มีอาการบวม กดบวม บริเวณหลังเท้าและขา ซึ่งส่งผลกระทบต่อทำให้เดินลำบาก ช่วยเหลือตนเองได้ลดลง แต่เมื่อผู้ดูแลจัดการอาการเบื้องต้น โดยลดปริมาณน้ำดื่มเหลือเพียง

1000 มล./วัน และลดการกินเค็มอย่างเคร่งครัด ทำให้อาการบวมลดลงจนสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ซึ่งอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่หรือกิจกรรมต่างๆ ลดลง (อุดมลักษณ์, 2548) ดังนั้น การที่ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุได้ดีขึ้น จึงส่งผลให้สามารถควบคุมหรือจัดการกับอาการได้ อาการเหนื่อยลดลง ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมต่างๆ ได้มากขึ้น จึงมีความสามารถในการทำหน้าที่เพิ่มขึ้นจากก่อนได้รับชุดการดูแล

นอกจากเนื้อหาในชุดการดูแลและมีความเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวแล้ว ชุดการดูแลนี้ยังประกอบด้วยคำแนะนำในการดูแลรักษาโรคร่วม ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทุกรายมีโรคร่วมอื่นๆ ด้วย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ โรคไขข้ออักเสบ ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจึงควรอยู่ภายใต้การจัดการโรคร่วมเหล่านั้นด้วย (ชนากรณ์, 2553; Abete et al., 2013) คำแนะนำเกี่ยวกับโรคร่วมต่างๆ ในชุดการดูแลจึงทำให้ผู้ดูแลให้การดูแลได้เหมาะสมกับโรคอื่นๆ ของผู้สูงอายุด้วย เช่น การรับประทานที่เหมาะสมกับโรคร่วมอื่นๆ การดูแลให้รับประทานยาเพื่อควบคุมโรคร่วมอย่างต่อเนื่อง เมื่อสามารถควบคุมโรคร่วมให้อยู่ในภาวะปกติได้จึงส่งผลให้อาการของผู้สูงอายุไม่แย่ง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน จึงคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ

การพยาบาลตามชุดการดูแลที่ให้การพยาบาลเป็นรายกรณี มีการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ได้เห็นสภาพแวดล้อมบริเวณบ้าน ได้เห็นวิถีชีวิตของผู้สูงอายุเมื่ออยู่ที่บ้าน ทำให้ทราบถึงปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุและผู้ดูแล ผู้วิจัยจึงสามารถให้คำแนะนำได้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ อีกทั้งคำแนะนำที่ผู้วิจัยให้ขึ้นเป็นคำแนะนำที่สอดคล้องกับสภาพผู้สูงอายุแต่ละราย จึงสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง เช่น ผู้สูงอายุที่ไม่มีอาการเหนื่อยเมื่อเดิน จะแนะนำให้ออกกำลังกายด้วยการเดินในระยะทางที่เพิ่มขึ้น แต่หากผู้สูงอายุที่มีอาการเหนื่อยเมื่อเดิน มีการแนะนำให้ออกกำลังกายภายในบ้านแทน เช่น ท่าแกว่งแขน ท่ายกแขน ท่ายกขา ผู้วิจัยยังได้ประเมินสภาพแวดล้อมของบ้าน ได้ให้คำแนะนำการจัดการสิ่งแวดล้อมบริเวณบ้านที่ช่วยป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ได้แก่ จัดหาอุปกรณ์เสริมที่ช่วยไ้ระดับของส้วมสูงขึ้น ติดตั้งราวจับหรือนำเชือกมาใช้สำหรับผู้สูงอายุยึดจับในห้องน้ำ ดูแลให้ผู้สูงอายุนั่งเก้าอี้ขณะอาบน้ำ เป็นต้น ทำให้ไม่เกิดการหกล้ม ซึ่งการพลัดตกหกล้มเป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ (Hebert, Brayne, & Spiegelhalter, 1999) หากเกิดการพลัดตกหกล้มจะยิ่งส่งผลกระทบต่อกล้ามเนื้อและกระดูกมากขึ้น ชุดการดูแลนี้จึงช่วยลดปัจจัยที่ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุลดลง สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งเป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เชิงอภิमान (systematic review and meta-analysis) ศึกษาผลของโปรแกรมที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของ

ผู้สูงอายุ พบว่า โปรแกรมที่มีการประเมินผู้สูงอายุ ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ให้การดูแลภายหลังการจำหน่าย โดยใช้ชุมชนเป็นพื้นฐาน และการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม สามารถเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุได้ (Beswick et al., 2008) สอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่ศึกษาผลของ โปรแกรมการเยี่ยมบ้านที่พบว่า โปรแกรมที่มีการเยี่ยมบ้านที่มีการประเมินหลายมิติร่วมกับการตรวจทางคลินิกสามารถลดการเสื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่ในผู้สูงอายุได้ (Huss, Stuck, Rubenstein, Egger, & Clough-Gorr, 2008)

จากการที่ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนตามชุดการดูแลและได้ให้การดูแลผู้สูงอายุตามชุดการดูแล ซึ่งเห็นได้จากบันทึกการตั้งเป้าหมายและปฏิบัติตามเป้าหมายที่วางไว้ของผู้ดูแล ทำให้เชื่อมั่นได้ว่าผลจากการศึกษาครั้งนี้เป็นผลจากการที่ผู้ดูแลได้ให้การดูแลผู้สูงอายุตามชุดการดูแลนี้ และการดูแลผู้สูงอายุตามชุดการดูแลนี้เองที่ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะ มีความเอาใจใส่ มีความมั่นใจ และมีความเชื่อในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ถูกต้อง จึงสามารถควบคุม จัดการอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้มากขึ้น จึงส่งผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหลังได้รับชุดการดูแลเพิ่มขึ้นจากก่อนได้รับชุดการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนาและกึ่งทดลอง โดยวัดผลเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการนำชุดการดูแลไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม มีวัตถุประสงค์ คือ เพื่อพัฒนาชุดการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และเพื่อประเมินผลความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล และความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว หลังจากได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในจังหวัดสตูล ภายในระยะเวลาตั้งแต่ 1-6 เดือน จำนวน 26 ราย และผู้ดูแลจำนวน 26 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลได้รับการพยาบาลตามชุดการดูแลเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ประกอบด้วยการเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 1 และ 6 และการติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 2-5 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ ชุดการดูแลที่พัฒนาขึ้นซึ่งประกอบด้วยแผนการสนับสนุนผู้ดูแลพร้อมคู่มือสำหรับผู้วิจัย (ในฐานะพยาบาล) และคู่มือสำหรับผู้ดูแล ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และแบบประเมินความสามารถการทำหน้าที่ของร่างกาย เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเนื้อหากิจกรรมเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.0 ทดสอบความเที่ยงของแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ มีค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ภายในชั้นเท่ากับ .97 และ .98 ตามลำดับ และแบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .85 วิเคราะห์ข้อมูลการประเมินผลชุดการดูแลด้วยสถิติบรรยาย สถิติทดสอบค่าที่คู่ และสถิติวิลคอกซอน

การประเมินผลการใช้ชุดการดูแล

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหลังได้รับชุดการดูแลเพิ่มขึ้นจากก่อนได้รับชุดการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากก่อนได้รับการดูแลตามชุดการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาที่ประเมินผลเฉพาะทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ ยังไม่ครอบคลุมในการทำหน้าที่ด้านจิตใจและพุทธิปัญญา นอกจากนี้จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในระยะตั้งแต่ 1-6 เดือน มีจำนวนน้อย จึงมีรูปแบบการศึกษาแบบกลุ่มเดียว เปรียบเทียบผลก่อนและหลัง และไม่มีกลุ่มควบคุมในการเปรียบเทียบ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลสามารถนำคำแนะนำหรือกิจกรรมในการดูแล แผนการสนับสนุนผู้ดูแลคู่มือสำหรับผู้ดูแล ซึ่งเป็นส่วนประกอบของชุดการดูแลนี้ไปเป็นแนวทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยเฉพาะคำแนะนำในการออกกำลังกาย การควบคุมปริมาณโซเดียม หรือการปรับยาในช่วงเดือนถึงสี่สัปดาห์ ไปใช้เพื่อส่งเสริมความสามารถการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

2. ด้านการศึกษาพยาบาล

ควรนำองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในทั้ง 6 ด้าน ที่ได้พัฒนาขึ้น และกิจกรรมในชุดการดูแลนี้ไปเป็นแนวทางพัฒนาอบรมบทบาทของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี นำไปเผยแพร่ให้แก่นักศึกษา พยาบาล หรือผู้ที่สนใจ เพื่อให้สามารถนำไป

ประยุกต์ใช้ในการพยาบาลหรือการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

3. ด้านบริหารการพยาบาล

ผู้บริหารควรส่งเสริมให้มีการส่งต่อข้อมูลของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจากทางโรงพยาบาลไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะรายที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วมเพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างต่อเนื่องที่บ้าน เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากพยาธิสภาพของการเจ็บป่วย ทำให้มีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้ลดลง หากได้รับการดูแลที่เหมาะสมจะสามารถชะลอความเสื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่ จึงควรมุ่งเน้นการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยให้ผู้ดูแลหรือครอบครัว มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องต่อไป และหน่วยบริการปฐมภูมิควรส่งข้อมูลการประเมินผลกลับมายังทางโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำชุดการดูแลนี้ไปศึกษาต่อโดยศึกษาเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อเป็นการยืนยันประสิทธิผลของชุดการดูแล
2. ควรศึกษาประสิทธิผลของชุดการดูแลในระยะยาว โดยติดตามผลในระยะ 3 ถึง 6 เดือน

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). รายงานสถิติโรค พ.ศ.2554. กรุงเทพฯ: ศูนย์เทคโนโลยีและการสื่อสาร กรมการแพทย์.
- กองการพยาบาลสาธารณสุข. (2555). คู่มือการดูแลสุขภาพที่บ้าน. กรุงเทพฯ: สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร.
- จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ. (2555). บทบาทพยาบาลกับการดูแลตนเองในผู้ที่มีภาวะหัวใจวาย. วารสารสภาการพยาบาล, 27(1), 13-24.
- จรรยา ประจักษ์แสงศิริ. (2549). ผลของการฝึกผ่อนคลายด้วยวิธีบริหารการหายใจแบบลึกต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่พบก่อนบริเวณเต้านม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ชมรมฟื้นฟูหัวใจ. (2553). แนวทางการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ. ค้นจาก http://www.thaiheart.org/images/column_1291454908/RehabGuideline.pdf
- ณัฐริกา โสไล. (2551). ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ชนากรณ์ แก้วยก. (2553). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบากและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- ธีรรัตน์ หม่อมปลัด, สุปรีดา มั่นคง, และยุพาพิน (2555). ผลของโปรแกรมฟื้นฟูสภาพที่บ้านของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ทางช่องท้องต่อการฟื้นฟูสภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล. ราชบัณฑิตยบาลสาร, 18(1), 84-101.
- นรลักษณ์ เอื้อกิจ และพัชรวรรณ ศรีคง. (2556). ภาวะหัวใจวาย: การพยาบาลและคำแนะนำ. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 27(1), 131-143.

- แน่น้อย ดันชนะรังษี. (2548). *การศึกษาวิธีการกำหนดความหนักของการออกกำลังกายแบบแอโรบิก*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2549). การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโดยทั่วไป. ใน บรรลุ ศิริพานิช (บรรณาธิการ), *การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 7, หน้า 11-30). กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากุล. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: บริษัทยูแอนไออินเทอร์เน็ตมีเดีย.
- บุศรา ศรีคำเวียง, ผ่องพรรณ อรุณแสง, และวิลาวรรณ พันธุ์พุกภัย. (2554). ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 34(2), 42-51.
- เบ็ญจลักษณ์ อัครพสุชาติ. (2550). *บทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอุดรดิตถ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนาท้องถิ่น มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์, อุดรดิตถ์.
- ประกอบพร ทิมทอง. (2550). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ประกาย จิโรจน์กุล. (2548). *การวิจัยทางการพยาบาล แนวคิด หลักการ และวิธีการปฏิบัติ*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทสร้างสื่อ.
- ประจิตร พันธุ์ฤกษ์. (2556). ผลของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจแบบผสมผสานต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและพฤติกรรมสุขภาพ. *เอกสารการประชุมวิชาการประจำปี 2556*, สภาการพยาบาล.
- ปราณี ทัพไพเราะ. (2552). *คู่มือยา* (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 6, พิมพ์ครั้งที่ 11). กรุงเทพมหานคร: N P Press Limited Partnership.

- ปาลีรัฐ โตไพบูลย์. (2554). *ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการฟื้นฟูสภาพหัวใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง*. โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2553). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด* (พิมพ์ครั้งที่ 7).
 ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2554). *การพยาบาลปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุ: การนำไปใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 1).
 ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.
- พิมพ์กา ปัญโญใหญ่. (2555). การออกกำลังกายแบบแอโรบิคสำหรับผู้สูงอายุ.
วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 35(2), 140-148.
- พิมพ์พร ดิละวัฒนากุล. (2546). *ผลของคนตรีประเภทฟ้อนคลายต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- พิมพ์ใจ จุณจะโปะ. (2547). *ผลของโปรแกรมการเดินออกกำลังกายต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- พรรณธร เจริญกุล. (2555). การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ของผู้สูงอายุ. ใน *พรรณธร เจริญกุล, ดารุณี ภูษณสุวรรณศรี, อรพิน ฐาปนกุลศักดิ์ (บรรณาธิการ), การดูแลผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 22-33). กรุงเทพฯ: รุ่งแสงการพิมพ์.
- เพ็ญวิสาข์ เจริญอุทัยมากร.(2555). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ภัทรารุช อินทรกำแหง. (2553). การฟื้นฟูหัวใจ. ใน *ปริชา เอื้อโรจนอังกูร (บรรณาธิการ), ศาสตร์และศิลป์ในการรักษาโรคหัวใจขาดเลือด* (หน้า 144-149). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มิตรสัมพันธ์.

- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2555). *รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2553* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ที คิว พี จำกัด.
- รุ่งลัดดา ศรีบุญ, และฐิติมา ชนะวิเศษ. (2548). การแนะนำผู้ป่วยโรคหัวใจก่อนกลับบ้าน ใน *วรมนต บำรุงสุข (บรรณาธิการ), การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ: โรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี* (หน้า 76-85). กรุงเทพมหานคร: L.T.Press.
- ลิวรรณ อุณาภิรักษ์. (2553). *การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาระบบประสาทและอื่นๆ* (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 100-105). กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- เล็ก สมบัติ. (2549). *รายงานการศึกษาวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการภาวะการดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวในปัจจุบัน* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: มิสเตอร์ก๊อปปี้.
- วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2554). การดูแลผู้ดูแล: แนวคิด ผลกระทบ และการพยาบาลที่เป็นเลิศ ใน *วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร (บรรณาธิการ), การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง* (หน้า 253-286). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- วิชัย เสนอชุ่ม, พลุฒินันท์ สุฤทธิ, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, และธนัช กนกเทศ. (2554). ปัจจัยพยากรณ์ บทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลพะวง อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 5(2), 23-33.
- วิชานีย์ ใจมาลัย. (2554). *ผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิกกับเก้าอี้ต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- วิภาพร สิทธิศาสตร์, และสุชาดา สนวนุ่ม. (2550). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตความรับผิดชอบของ สถานีอนามัยบ้านเสาหิน ตำบลวัดพริก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก*. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช, พิษณุโลก.
- วิมลรัตน์ จงเจริญ. (2552). *โภชนาการและโภชนบำบัดทางการพยาบาล*. สงขลา: ก๊อปปี้คอร์เนอร์ ดิจิตอลปริ้นท์เซนเตอร์.
- วิศาล คันธารัตนกุล. (2546). *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ Cardiac rehabilitation in special cases*. ใน *วิศาล คันธารัตนกุล, และระพีพล กุญชร ณ อยุธยา (บรรณาธิการ), เวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจ* (หน้า 149-156). ชมรมฟื้นฟูหัวใจ สมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์.

- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). ภาพภาพและสรีรวิทยาในผู้สูงอายุ. ใน วิไลวรรณ ทองเจริญ (บรรณาธิการ), *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 55-70). กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริพันธ์ุ สาสัตย์. (2554). *การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริอร สินธุ. (2556). บทนำ. ใน ศิริอร สินธุ และพิเชต วงรอด (บรรณาธิการ), *การจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง* (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 1-7) กรุงเทพฯ: วัฒนาการพิมพ์.
- ศิริอร สินธุ, และพิเชต วงรอด (บรรณาธิการ). (2556). *การจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: วัฒนาการพิมพ์.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2552). *ครอบครัวและผู้สูงอายุ*. ใน ชื่นตา วิชชาวุธ (บรรณาธิการ), *การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2545-2550*. แผนงานวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). กรุงเทพมหานคร.
- สถาบันหัวใจ โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท. (2554). *อาหารบำบัดโรคหลอดเลือดหัวใจ*. สืบค้นจาก http://www.samitivejhospitals.com/data/heart_food.pdf
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2545). *การออกกำลังกายทั่วไปและเฉพาะโรคผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2548). *มาตรฐานการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2549). *แนวทางเวชปฏิบัติการจัดกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุกับโรคหัวใจ* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2551). *แนวทางเวชปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุโรคหัวใจและหลอดเลือด* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: ซีจี ทูล.
- สมนึก สกุลหงษ์โสภณ, สุปรีดา มั่นคง, สมทรง จุไรทัศน์ย์, ศุภร วงศ์วัณญ, และมณี อากานันท์กุล. (2555). *การอภิปรายเรื่องชีวิตญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. เอกสารสรุปรายงานการประชุมวิชาการเรื่องการดูแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง*. กรุงเทพมหานคร.

- สมนึก สกุดหงส์โสภณ, สิริวรรณ อนันตโชค, และกฤษณี โหลสกุล. (2554). ปัจจัยบางประการ
ความสามารถในกิจวัตรประจำวัน และภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือด
สมองที่บ้าน. *การพยาบาลและการศึกษา*, 4(2), 36-52.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่ง
ประเทศไทย. (2551). *แนวทางการปฏิบัติมาตรฐานเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษา
ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว*.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2555). *คู่มือการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น
(พิมพ์ครั้งที่ 1)*. กรุงเทพฯ: บริษัทยูเนี่ยนอุลตราไวโอเร็ด จำกัด.
- สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. (2550). หัวใจล้มเหลว (Heart failure) ใน *วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ),
ตำราอายุรศาสตร์ 4* (หน้า 202-218). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สันต์ หัตถิรัตน์. (2550). *โรคหัวใจ อาการเจ็บหัวใจ*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). *สรุปผลที่สำคัญการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย
พ.ศ. 2550*. (หน้า 17-18). กรุงเทพฯ.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2541). ภาวะพึ่งพาในประชากรสูงอายุ ใน *ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพของ
ประชาชน โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 2 พ.ศ.2539-2540*. ค้นจาก
<http://www.hisro.or.th/main/download/NHES2%20report.pdf>
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสิทธิ์, และไพบุลย์ สุริยวงศ์ไพศาล. (2542). *ปัญหาสุขภาพ
ผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยสาธารณสุข มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติและสำนัก
นโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- สุปรีดา มั่นคง. (2554). การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน, *การประชุมวิชาการเรื่อง
Geriatric syndromes: updated approaches* (หน้า 126-130). กรุงเทพมหานคร: คณะ
แพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุพัตรา บัวทิ. (2555). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีภาวะผอมแห้ง. *วารสารพยาบาลศาสตร์และ
สุขภาพ*, 35(3), 131-141.
- อุดมลักษณ์ สุภาวะศ์. (2548). *ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวใน
สถานบริการสุขภาพพิเศษ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*. การค้นคว้าแบบอิสระ
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

- อุษา นักเทศ. (2555). ผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับไว้ในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- เอกพงษ์ ฌ เชียงใหม่. (2552). ผลการใช้กระบวนการกลุ่มต่อความรู้ ทำศนคติ และพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ณ หน่วยบริการปฐมภูมิห้วยแหวน จังหวัดลำพูน. การค้นคว้าแบบอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- Abete, P., Testa, G., Morte, D. D., Gargiulo, G., Galizia, G., Santis, D., Magliocca, A., ...Cacciatore, F. (2013). Treatment for chronic heart failure in the elderly: current practice and problems. *Heart Fail Rev*, 18, 529-551. doi: 10.1007/s10741-012-9363-6
- Adsett, J., & Mullins, R. (2010). *Evidence based guidelines for exercise and chronic heart failure*. Queensland: Queensland Government Queensland Health.
- American College of Sports Medicine. (2009). *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription* (8th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- American College of Sports Medicine. (2010). *ACSM's resource manual for guidelines for exercise testing and prescription* (6th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ang, Y. H., Au, S Y L., Yap, L K P., & Ee, C. H. (2006). Functional decline of the elderly in a nursing home. *Singapore Med J*, 47(3), 219-224.
- Australian Health Ministers' Advisory Council (AHMAC). (2004). *Best practice approaches to minimise functional decline in the older person across the acute, sub-acute and residential aged care settings*. Retrieved form [http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/B7EBD633505C09E5CA257852000F0D42/\\$FILE/functional-decline-manual.pdf](http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/B7EBD633505C09E5CA257852000F0D42/$FILE/functional-decline-manual.pdf)
- Australian Health Ministers' Advisory Council (AHMAC). (2007). *Best practice approaches to minimise functional decline in the older person across the acute, sub-acute and residential aged care settings: Update 2007*. Retrieved form <http:// docs.health.vic.gov.au/docs/.../functional-decline-update.pd>.

- Beswick, A. D., Ress, K., Dieppe, P., Ayis, S., Gooberman-Hill, R., Horwood, J., & Ebrahim, S. (2008). Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, *371*, 725-735.
- Burke, K. M., Mohn-Brown, E. L., & Eby, L. (2011). Caring for clients with cardiac disorders. In *Medical-surgical nursing care*. (3rd ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Calcasola, S. L. (2013). Nursing management: patients with complications from heart disease. In Pellico, L. H. (Ed.), *Focus on adult health: medical-surgical nursing* (1st ed., pp. 424-439). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Chien, C.L., Lee, C. M., Wu, Y. W., Chen, T. A., & Wu, Y. T. (2008). Home-based exercise increase exercise capacity but not quality of life in people with chronic heart failure: a systematic review. *Australian Journal of Physiotherapy*, *54*, 87-93, Retrieved from http://svc019.wic048p.server-web.com/ajp/vol_54/2/AustJPhysiotherv54i2Chien.pdf
- Chryssanthopoulos, S. N., Dritsas, A., & Cokkinos, D. V. (2005). Activity questionnaires; a useful tool in accessing heart failure patients. *International Journal of Cardiology*, *105*, 294– 299. doi:10.1016/j.ijcard.2004.12.046
- Clevenger, D. S. (2012). *Effects of a randomized controlled trial of diet and/or exercise on objectively measured physical activity levels in older heart failure patients*. (Master's thesis). Available from ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No. 1512871)
- DeSalvo, D. M. (2010). *An assessment of associations between functional ability, nutrition, and dentition in homebound older adults*. (Master's thesis of Science in the Department of Nutrition). University of Alabama, Alabama.
- Dugdale, D. C. (2012). *Aging changes in skin*. Retrieved from <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/004014.htm>
- Family Caregiver Alliance National Center on Caregiving. (2012). *Selected Caregiver Statistics*. Retrieved from <https://caregiver.org/selected-caregiver-statistics>

- Gan, G. L. (2012). Management update on functional decline in older adults 2012. *The Singapore Family Physician*, 38(1), 4.
- Hebert, R., Brayne, C., & Spiegelhalter, D. (1999). Factors associated with functional decline and improvement in a very elderly community-dwelling population. *American Journal of Epidemiology*, 150(5), 502-510. Retrieved from <http://aje.oxfordjournals.org/>
- Heo, S., Moser, D. K., Lennie, T. A., Riegel, B., & Chung, M. L. (2008). Gender differences in and factors related to self-care behaviors: A cross-sectional, correlational study of patients with heart failure. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 1807-1815. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.05.008
- Hess, O, M., & Carroll, J, D., (2008). Clinical Assessment of Heart Failure. New York: Springer Publishing Company. In. E. Braunwald. (Ed.). *Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine*. (8th ed., pp. 561-581). Philadelphia, PA: United States of America.
- Huss, A., Stuck, A. E., Rubenstein, L. Z., Egger, M., & Clough-Gorr. K., M. (2008). Multidimensional Preventive Home Visit Programs for Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 63A(3), 298-307.
- Jackson, G., Gibbs, C. R., Davies, M. K., & Lip, G. Y. H. (2000). *ABC of heart failure pathophysiology*. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1128747/pdf/167.pdf>
- Jette, M., Sidney, & K., Blumchen, G. (1990) Metabolic equivalents (METS) in exercise testing, exercise prescription, and evaluation of functional capacity. *Clin Cardiol*, 13, 555-565, Retrieved from http://anesthesia.uchicago.edu/components/docs/periop_mgmt/mets.pdf
- Jovicic, A., Holroyd-Leduc, J,M., & Straus, S. D. (2006). Effects of self-management intervention on health outcomes of patients with heart failure: a systematic review of randomized controlled trials. *Bio Med Central Cardiovascular Disorders* 2006, 6, Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1471-2261/6/43>

- Kirch, W. (2008). *Encyclopedia of public health*. Retrieved from <http://books.google.co.th/books?id=eSPK7CHw7oC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
- Lainscak, M., Blue, L., Clark, A. L., Dahlstrom, U., Dickstein, K., Ekman, I., ...Jaarsma, T. (2011). Self-care management of heart failure: practical recommendations from the patient care committee of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *European Journal of Heart failure*, *13*, 115-126.
doi: 10.1093/eurjhf/hfq219
- Lennie, T. A., Moser, D. K., Biddle, M. J., Welsh, D., Bruckner, G. G., Thomas, D. T., ...Bailey, A. L. (2013). Nutrition intervention to decrease symptoms in patients with advanced heart failure. *Research in Nursing & Health*, *36*, 120-145.
- Lindenfeld, J., Albert, N. M., Boehmer, J. P., Collins, S. P., Ezekowitz, J. A., Givertz, M. M., ...Walsh, M.N. (2010). Executive summary: HFSA 2010 comprehensive heart failure practice guideline. *Journal of Cardiac Failure*, *16*, 475-535.
- McMurray, J. V., Adamopoulos, S., Anker, S.D., Auricchio, A., Bohm, M., Dickstein, K., ...Zeiger, A. Z. (2012). ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. *European Heart journal*, *33*, 1787-1847.
doi: 10.1093/eurheartj/ehs104
- National Heart Foundation of Australia. (2011). *Guidelines for the prevention, detection and management of chronic heart failure in Australia*. Retrieved from <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=34772>
- Norberg, E. B., Boman, K., & Lofgren, B. (2008). Activities of daily living for old persons in primary health care with chronic heart failure. *Scand J Caring Sci*, *22*, 203-210.
- Piepoli, M. F., Conraads, V., Corra, U., Dickstein, K., Francis, D. P., Jaarsma, T., ...Ponikowski, P. P. (2011). Exercise training in heart failure: from theory to practice. a consensus document of the heart failure association and the european association for cardiovascular prevention and rehabilitation. *European Journal of Heart Failure*, *13*, 347-357. doi: 10.1093/eurjhf/hfr017

- Polit, D. F. & Beck, C. F. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott William & Wilkins.
- Pollentier, B., Irons, s, I., Benedetto, C. M., DiBenedetto, A. M., Loton, D., Seyler, R. D., ...
Newton, R. A. (2010). Examination of the six minute walk test to determine functional capacity in people with chronic heart failure: a systematic review. *Cardiopulmonary Physical Therapy Journal*, 21(1), 13-21.
- Rankin, S. L., Briffa, T. G., Morton, A. R., & Hung, J. (1996). A specific activity questionnaire to measure the functional capacity of cardiac patients. *The American Journal of Cardiology*, 77, 1220-1223.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2010). Strategies to Support Self-Management in Chronic Conditions: Collaboration with Clients. Retrieved from http://www.bluewaterhealth.ca/documents/187/Strategies_Self_Management_in_Chronic_Conditions_Collaboration_with_Clients.pdf
- Sandmire, D. A. (2010). The physiology and pathology of aging. In Robnett, R. H., & Chop, W. C. (Eds.), *Gerontology for the health care professional* (2nd ed., pp. 79-84). London: Jones and Bartlett.
- Suter, P. M., Gorski, L. A., Hennessey, B., & Suter, W. N. (2012). Best practices for heart failure: a focused review. *Home Healthcare Nurse*, 30(7), 395-405.
- The Joanna Briggs Institute. (2008). *The JBI approach to evidence-based practice*. Retrieved from <http://joannabriggs.org/documents/JBI%20Approach%20to%20EBP%20Levels%20of%20Evidence%20Grades%20of%20Recommendation.pdf>
- Witham, M. D., Argo, I. S., Johnston, D. W., Struthers, A. D., & MaMurdo, M. E.T. (2006). Predictors of exercise capacity and everyday activity in older heart failure patients. *The European Journal of Heart Failure*, 8, 203-207. doi: 10.1016/j.ejheart.2005.03.008

Yancy, C. W., Jessup, M., Bozkurt, B., Butler, J., Casey, D. E., Fonarow, G. C.,... Wilkoff, B. L.

(2013). *2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association task force on practice guidelines*. Retrieved from

<http://circ.ahajournals.org/content/early/2013/06/03/CIR.0b013e31829e8776.citation>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ใบพิทักษ์สิทธิของผู้ดูแลและผู้สูงอายุ

ข้าพเจ้า นางสาวเพ็ญพิชชา ถิ่นแก้ว เป็นนักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำการศึกษาวิจัย เรื่องการพัฒนาและประเมินผลชุดการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลลัพธ์การใช้ชุดการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ผู้วิจัยจึงขออนุญาตท่านซึ่งเป็นผู้ดูแล และผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นผู้ที่ได้รับ การดูแลตามชุดการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุโรคหัวใจล้มเหลวกลุ่มติดบ้าน ซึ่งผู้ดูแลจะได้รับการดูแลจากผู้วิจัยเพื่อส่งเสริม ความสามารถในการดูแลของท่าน การร่วมมือในครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่าน หากท่าน ยินดีเข้าร่วมการวิจัยขอให้ท่านลงลายมือชื่อ หากท่านไม่ประสงค์ที่จะเข้าร่วมวิจัยต่อไปในระหว่าง การศึกษาวิจัย ท่านสามารถบอกยกเลิกได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลต่อการรักษาที่ท่านจะได้รับ และข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ โดยจะมีการนำไปวิเคราะห์ อภิปราย และสรุปผลออกมาเป็นภาพรวม

หากท่านมีข้อสงสัย หรือคำถามใดๆ เกี่ยวกับการศึกษาครั้งนี้ ท่านสามารถติดต่อ ผู้วิจัยได้ตลอดเวลาทางโทรศัพท์หมายเลข 089-2972343

.....
(.....)

ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมวิจัย

.....
(วัน/เดือน/ปี)

.....
(.....)

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้าร่วมวิจัย

.....
(วัน/เดือน/ปี)

.....
(นางสาวเพ็ญพิชชา ถิ่นแก้ว) ผู้วิจัย

.....

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย

แผนการสนับสนุนพร้อมคู่มือสำหรับผู้วิจัย
ในการสนับสนุนให้ผู้ดูแลจัดการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่
ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว



จัดทำโดย
นางสาวเพ็ญพิชชา ถิ่นแก้ว
นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

แผนการสนับสนุนให้ผู้ดูแลจัดการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

สัปดาห์ที่ 1; สถานที่: บ้านของผู้สูงอายุหรือผู้ดูแล; ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม		อุปกรณ์/สื่อ
		ผู้วิจัย	ผู้ดูแล/ผู้สูงอายุ	
<p>1. เพื่อให้ผู้ดูแลได้ประเมินความสามารถในการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ผ่านมา</p> <p>2. เพื่อให้ผู้ดูแลรู้ เข้าใจ และ ตระหนัก ถึง ความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่</p>	<p>- ความหมาย อาการ และ ผลกระทบของภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ</p> <p>- ความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่</p> <p>- คำแนะนำในการดูแลผู้สูงอายุทั้ง 6 ด้าน เพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ คือ ด้าน</p>	<p>1. กล่าวทักทาย แนะนำตัวเอง และ พุดคุยเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลและผู้สูงอายุ และชี้แจงกิจกรรมการพยาบาลในครั้งนี้</p> <p>2. ประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการซักถาม สังเกตอาการ ตรวจร่างกาย ภาวะแทรกซ้อน วัดความดันโลหิต จับชีพจร และ ประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ</p> <p>3. ประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล โดยให้ผู้ดูแลทำแบบประเมินการรับรู้ความสามารถ</p>	<p>1. ทักทายผู้วิจัย และรับฟัง ทำความรู้จักกับผู้วิจัย</p> <p>2. ผู้ดูแลและผู้สูงอายุร่วมกันบอกถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ บอกเล่าอาการภาวะหัวใจล้มเหลวในปัจจุบัน และร่วมกันตอบคำถามผู้วิจัยถึงความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ</p> <p>3. ผู้ดูแลประเมินความสามารถในการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะ</p>	<p>- แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย</p> <p>- แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันขั้นพื้นฐาน</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม		อุปกรณ์/สื่อ
		ผู้วิจัย	ผู้ดูแล/ผู้สูงอายุ	
<p>3. เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ และมีทักษะในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว</p> <p>4. เพื่อให้ผู้ดูแลวางแผนเป้าหมายการดูแลที่ต้องการปรับให้เหมาะสมภายใน 6 สัปดาห์นี้</p>	<p>กิจกรรมและการออกกำลังกาย</p> <p>ด้านการรับประทาน อาหารและยา ด้านการขับถ่าย ด้านผิวหนัง ด้านอารมณ์และจิตใจ และด้านการควบคุมโรคร่วม</p>	<p>ในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อประเมินว่าผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลอยู่ในระดับใด และค้นหาการดูแลที่ยังไม่เหมาะสมที่ผ่านมาในทั้ง 6 ด้าน</p> <p>4. ประเมินความรู้เบื้องต้นของผู้ดูแลเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้คำถามปลายเปิดกระตุ้นให้ผู้ดูแลได้ประเมินความรู้ ความเข้าใจของตนเอง ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> -ภาวะหัวใจล้มเหลวตามที่คุณเข้าใจเป็นอย่างไรคะ - คุณคิดว่าภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการอย่างไรบ้างคะ - คุณคิดว่าภาวะหัวใจล้มเหลวส่งผล 	<p>หัวใจล้มเหลวที่ผ่านมาของตนเอง</p> <p>4. ผู้ดูแลตอบคำถามของผู้วิจัยเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจในภาวะหัวใจล้มเหลว</p>	<p>- แบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว</p> <p>- แนวคำถามปลายเปิดเพื่อประเมินความรู้เบื้องต้นของภาวะหัวใจล้มเหลว</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม		อุปกรณ์/สื่อ
		ผู้วิจัย	ผู้ดูแล/ผู้สูงอายุ	
		<p>ให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมต่างๆ ได้น้อยลงหรือไม่อย่างไร</p> <p>5. ให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวแก่ผู้ดูแลเป็นรายบุคคลตามความเหมาะสม และเน้นย้ำถึงความสำคัญของการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ</p> <p>6. สะท้อนผลการประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุให้แก่ผู้ดูแลทราบ และกระตุ้นให้ผู้ดูแลประเมินตนเองเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในทั้ง 6 ด้านที่ผ่านมา โดยใช้คำถามปลายเปิดดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ที่ผ่านมากุณ ได้ให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างไรบ้าง - การดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมามีปัญหาอย่างไรบ้าง 	<p>5. รับฟังการให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคหัวใจล้มเหลวจากผู้วิจัย</p> <p>6. รับฟังผลประเมิน และร่วมสะท้อนการดูแลผู้สูงอายุ ปัญหาอุปสรรคที่ผ่านมา</p>	

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม		อุปกรณ์/สื่อ
		ผู้วิจัย	ผู้ดูแล/ผู้สูงอายุ	
		<p>7. ให้คำแนะนำ ฝึกทักษะการดูแลในแต่ละด้าน ที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ดูแล และผู้สูงอายุจากข้อมูลที่ประเมินได้</p> <p>8. กระตุ้นให้ผู้ดูแลเสริมแรงตนเอง โดยใช้คำถามปลายเปิดดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - จากคำแนะนำในการดูแลคุณคิดว่า การดูแลที่ปฏิบัติได้เหมาะสมแล้วมีอะไรบ้าง - คุณคิดว่ายังมีการดูแลใดบ้างที่ควรมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม อย่างไร <p>9. เสริมสร้างพลังให้ผู้ดูแล โดยชื่นชมในสิ่งที่ปฏิบัติได้เหมาะสมอยู่แล้ว และพูดให้กำลังใจผู้ดูแล</p> <p>10. ผู้วิจัยตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ดูแล โดยการถามกระตุ้นดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - คุณคิดว่าการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน 	<p>7. รับฟังการให้ความรู้ คำแนะนำ ฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุใน 6 ด้าน</p> <p>8. เสริมสร้างแรงใจให้แก่ตนเอง โดยการตอบคำถามผู้วิจัย</p> <p>9. รับคำชื่นชมและกำลังใจจากผู้วิจัย</p> <p>10. ร่วมกันตั้งเป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุ</p>	<p>- คู่มือสำหรับผู้ดูแลในการจัดการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม		อุปกรณ์/สื่อ
		ผู้วิจัย	ผู้ดูแล/ผู้สูงอายุ	
		<p>ครั้งนี้ คุณมีเป้าหมายที่จะปรับการดูแลให้ดีขึ้นอย่างไรบ้าง</p> <p>11. สอบถามความมั่นใจต่อการจัดการดูแลตามเป้าหมายที่วางไว้ หากผู้ดูแลมีระดับความมั่นใจน้อยกว่า 7 คะแนน ผู้วิจัยจะค้นหาอุปสรรคและเน้นย้ำคำแนะนำในการดูแลผู้สูงอายุที่ผู้ดูแลยังไม่มั่นใจ</p> <p>12. สอนให้ผู้ดูแลบันทึกเป้าหมายระดับความมั่นใจ และการติดตามการปฏิบัติตามเป้าหมาย</p> <p>13. มอบคู่มือสำหรับผู้ดูแลในการจัดการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวให้แก่ผู้ดูแล</p>	<p>11. บอกระดับความมั่นใจในการจัดการดูแลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้</p> <p>12. บันทึกเป้าหมายทั้งหมดและระดับความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุ</p>	<p>- แบบบันทึกสำหรับผู้วิจัยในการติดตามความก้าวหน้าการจัดการดูแลของผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคหัวใจล้มเหลว</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม		อุปกรณ์/สื่อ
		ผู้วิจัย	ผู้ดูแล/ผู้สูงอายุ	
		14. ผู้วิจัยบันทึกสิ่งที่ได้จากการประเมิน สุขภาพ ผู้สูงอายุ และความสามารถการดูแล ปัญหาของผู้ดูแลทั้ง 6 ด้าน และเป้าหมายทั้งหมด		

การประเมินผล

1. ผู้ดูแลสามารถบอกความหมาย อาการ ผลกระทบของภาวะหัวใจล้มเหลวต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุได้ถูกต้อง
2. ผู้ดูแลบอกถึงกิจกรรมการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุโรคหัวใจล้มเหลวในทั้ง 6 ด้าน ที่ปฏิบัติได้เหมาะสม และที่ควรปรับปรุงให้เหมาะสมได้ และบอกได้ว่าควรมีการปรับการดูแลให้เหมาะสมได้อย่างไร
3. ผู้ดูแลสามารถสาริตทักษะการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวย้อนกลับได้ถูกต้อง
4. ผู้ดูแลสามารถตั้งเป้าหมายในการดูแล และมีความมั่นใจในการจัดการดูแลมากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน

สัปดาห์ที่ 2-5 (ติดตามทางโทรศัพท์), ระยะเวลาครั้งละ 15 นาที

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม		อุปกรณ์/สื่อ
		ผู้วิจัย	ผู้ดูแล/ผู้สูงอายุ	
<p>1. เพื่อให้ ผู้ดูแล ประเมินติดตามการดูแลผู้สูงอายุตามเป้าหมายของตนเอง</p> <p>2. เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือในการจัดการกับปัญหาอุปสรรคต่อการดูแล</p>	<p>- คำแนะนำในการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว</p>	<p>1. ติดตามความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวผ่านทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ด้วยการกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีการประเมินและติดตามการดูแลของตนเอง สอบถามอาการ ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ โดยใช้คำถามปลายเปิดดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมได้เพิ่มขึ้นหรือไม่ ทำกิจกรรมอะไรได้บ้าง - ความสำเร็จของเป้าหมายที่คุณได้วางไว้สำเร็จอยู่ในระดับใดบ้างคะ - คุณได้ดูแลผู้สูงอายุตามที่ได้วางแผนไว้หรือไม่ อย่างไรบ้างคะ 	<p>1. ประเมินติดตามเป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุของตนเองในสัปดาห์ที่ผ่านมา</p>	<p>- โทรศัพท์</p> <p>- คู่มือสำหรับผู้ดูแลในการจัดการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว</p> <p>- แบบบันทึกการปฏิบัติตามเป้าหมายของผู้ดูแลในสมุดบันทึกสำหรับผู้ดูแล</p> <p>- แบบบันทึกสำหรับผู้วิจัยในการติดตามความก้าวหน้าการจัดการดูแลของผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม		อุปกรณ์/สื่อ
		ผู้วิจัย	ผู้ดูแล/ผู้สูงอายุ	
		<p>- มีปัญหา หรืออุปสรรคในการดูแลหรือไม่ อย่างไรบ้างคะ</p> <p>2. เสริมสร้างพลังให้แก่ผู้ดูแลโดยการชื่นชมในสิ่งที่ผู้ดูแลปฏิบัติได้เหมาะสมและพูดให้กำลังใจ</p> <p>3. ค้นหาอุปสรรค ให้คำปรึกษา คำแนะนำเพิ่มเติมในสิ่งที่ผู้ดูแลทำไม่ได้ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย จนเกิดความเข้าใจ และให้การช่วยเหลือ ติดต่อประสานงานไปยังผู้เกี่ยวข้อง</p> <p>4. เน้นย้ำและสอบถามความมั่นใจต่อการดูแลตามเป้าหมายที่ยังไม่สำเร็จ หากผู้ดูแลมีระดับความมั่นใจน้อยกว่า 7 คะแนน ผู้วิจัยจะค้นหาอุปสรรคและเน้นย้ำการดูแลผู้สูงอายุที่ผู้ดูแลยังไม่มั่นใจ</p>	<p>2. รับคำชมเพื่อเป็นการเสริมสร้างพลังแก่ตนเองในสิ่งที่ปฏิบัติเหมาะสม</p> <p>3. ปรึกษา และรับฟังคำแนะนำเพิ่มเติมจากผู้วิจัย</p> <p>4. บันทึกเป้าหมายที่ยังไม่สำเร็จ และระดับความมั่นใจลงในแบบบันทึกการปฏิบัติตามเป้าหมายของผู้ดูแลในสัปดาห์ต่อไป</p>	

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม		อุปกรณ์/สื่อ
		ผู้วิจัย	ผู้ดูแล/ผู้สูงอายุ	
		5. ผู้วิจัยบันทึกสิ่งที่ได้จากการประเมิน ติดตามผู้ดูแลและผู้สูงอายุ		

การประเมินผล

1. ผู้ดูแลให้การดูแลผู้สูงอายุตามที่ได้วางเป้าหมายไว้ได้สำเร็จอย่างน้อย 1 เป้าหมายต่อสัปดาห์
2. ผู้ดูแลสามารถบอกได้ว่าการดูแลตามเป้าหมายใดที่สำเร็จแล้วและยังไม่สำเร็จ

สัปดาห์ที่ 6; สถานที่: บ้านของผู้สูงอายุหรือผู้ดูแล; ระยะเวลา 40 นาที

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม		อุปกรณ์/สื่อ
		ผู้วิจัย	ผู้ดูแล/ผู้สูงอายุ	
1. เพื่อประเมินผลหลังจากได้รับชุดการดูแล 6 สัปดาห์	- คำแนะนำในการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว	<p>1. ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่บ้าน ทักทายและพูดคุย สอบถามอาการทั่วไป</p> <p>2. ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีการประเมินและติดตามการดูแลของตนเอง โดยใช้คำถามปลายเปิดดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมได้เพิ่มขึ้นหรือไม่ ทำกิจกรรมอะไรได้บ้าง - คุณคิดว่าคุณได้ให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างไรบ้างเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับคำแนะนำจากผู้วิจัย - มีการดูแลใดอีกบ้างที่ยังไม่สามารถให้การดูแลได้ เพราะอะไร 	<p>1. บอกเล่าอาการของผู้สูงอายุในสัปดาห์ที่ผ่านมา</p> <p>2. ติดตามประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของตนเองหลังได้รับชุดการดูแลครบ 6 สัปดาห์</p>	<ul style="list-style-type: none"> - สมุดบันทึกสำหรับผู้ดูแล - แบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว - แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย - แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม		อุปกรณ์/สื่อ
		ผู้วิจัย	ผู้ดูแล/ผู้สูงอายุ	
		<p>3. ผู้วิจัยประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลด้วยแบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว</p> <p>4. ผู้วิจัยประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย</p> <p>5. สรุปผลในภาพรวมให้แก่ผู้ดูแลและผู้สูงอายุรับทราบ กล่าวชื่นชมผู้ดูแลในสิ่งที่ปฏิบัติได้เหมาะสม และให้คำแนะนำเพิ่มเติมในสิ่งที่ผู้ดูแลยังให้การดูแลไม่เหมาะสม</p> <p>6. ผู้วิจัยกล่าวสิ้นสุดการวิจัยครั้งนี้และขอบคุณผู้สูงอายุและผู้ดูแล</p>	<p>3. ผู้วิจัยตอบแบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ โรคหัวใจล้มเหลวกลุ่มติดบ้าน</p> <p>4. ร่วมประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุหลังได้รับการดูแลครบ 6 สัปดาห์</p> <p>5. รับฟังการสรุปผลในภาพรวมหลังได้รับการดูแลครบ 6 สัปดาห์</p>	

การประเมินผล

1. คะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลจากการวัดด้วยแบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เพิ่มขึ้นจากครั้งแรก
2. ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ลดลงจากเดิม

ตัวอย่างกิจกรรมคำแนะนำการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

การส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งมีปัจจัยส่งเสริมให้มีการเสื่อมถอยความสามารถในการทำหน้าที่มากกว่าผู้สูงอายุทั่วไป ผู้วิจัยจึงได้ศึกษา และรวบรวมข้อเสนอแนะจากหลักฐานเชิงประจักษ์มาปรับใช้ และพัฒนาชุดการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุซึ่งประกอบด้วยการให้คำแนะนำในการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ 6 ด้าน คือ (1) ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย (2) ด้านการรับประทานอาหารและยา (3) ด้านการขับถ่าย (4) ด้านผิวหนัง (5) ด้านอารมณ์และจิตใจ และ (6) ด้านการควบคุมโรคร่วม คำแนะนำในการดูแลที่นำมาใช้ในชุดการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีดังนี้

ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย

1. แนะนำให้ผู้ดูแลสังเกต ประเมิน ติดตามอาการ และบันทึกอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวที่เกิดขึ้นทั้งขณะที่ทำกิจกรรม และขณะพัก ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า การหายใจเหนื่อย หรือหายใจสั้นๆ ขณะทำกิจกรรม การหายใจลำบากขณะพัก หายใจลำบากขณะนอนราบ อาการบวม การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัว และอาการเจ็บแน่นหน้าอก (Lindenfeld et al., 2010, Lainscak et al., 2011; McMurray et al., 2012) ลงในแบบบันทึกอาการภาวะหัวใจล้มเหลวทุกครั้งที่มีอาการ เพื่อนำข้อมูลในแต่ละวันมาเปรียบเทียบกัน (ธนากรณ, 2553)

2. แนะนำให้ผู้ดูแลส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมต่างๆ ตามความสามารถของตนเองให้มากที่สุด เช่น กิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนที่หรือเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2551)

3. แนะนำให้ผู้ดูแลใช้หลักการสงวนพลังงานในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ โดยในระหว่างการทำกิจกรรม เช่น อาบน้ำ แต่งตัว เดิน ควรดูแลให้มีการพักเป็นระยะเพื่อลดการใช้พลังงานในสิ่งที่ไม่จำเป็น (สุพัตรา, 2555)

4. แนะนำผู้ดูแลส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีการออกกำลังกาย เพื่อเป็นการเพิ่มความสามารถในการใช้ออกซิเจนสูงสุดของร่างกาย คงไว้ซึ่งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ (Clevenger, 2012) โดยบอกให้ทราบถึงประโยชน์ และวิธีออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคหัวใจล้มเหลว (McMurray et al., 2012) เหมาะสมกับภาวะโรคและความสามารถในการออกกำลังกายของแต่ละบุคคล (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2551) ผู้ดูแลควรส่งเสริมการออกกำลังกายที่ผู้สูงอายุชอบ หรือออกกำลังกายร่วมกับผู้สูงอายุด้วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายได้โดยไม่เบื่อ และมีความต่อเนื่อง (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549) คำแนะนำในการออกกำลังกายมีดังนี้ คือ

4.1 ชนิดของการออกกำลังกายที่เหมาะสม คือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิค ได้แก่ การเดิน การเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย ดังนี้

การเดิน เริ่มด้วยการเดินช้าๆ แล้วจึงค่อยๆ เพิ่มความเร็วขึ้น ในระยะเริ่มแรกควรเดินในแนวราบก่อน จากนั้นอาจต่อด้วยการเดินขึ้นบันได แต่ต้องมีการสังเกตอาการในระหว่างที่ออกกำลังกายด้วย

ทำย่อเข่าแบบมีที่เกาะ ให้ผู้สูงอายุใช้มือทั้งสองข้างเกาะบริเวณฝาผนังหรืออุปกรณ์เกาะอื่นๆ จากนั้นค่อยๆ ย่อเข่าลงช้าๆ แล้วค่อยๆ ยืดเข่าขึ้นอยู่ในท่าตรง ทำซ้ำๆ ประมาณ 10 ครั้ง

ทำยืนยกขา ให้ผู้สูงอายุยกขาข้างใดข้างหนึ่งขึ้นด้านข้างลำตัวอย่างช้าๆ ขนานกับพื้น แล้วค่อยๆ ลดขาลงอยู่ในท่ายืนตรง ทำซ้ำๆ ประมาณข้างละ 10 ครั้ง

ทำนอนหงายยกขา ให้ผู้สูงอายุนอนหงาย วางแขนกับพื้นตั้งฉากกับลำตัว จากนั้นยกขาทั้ง 2 ข้างพร้อมกันจนตั้งฉากกับพื้น หรือตามความสามารถของผู้สูงอายุ แล้วค่อยๆ ลดขาลงแนบกับพื้น ทำซ้ำๆ ประมาณ 10 ครั้ง

ทำนอนหงายถีบจักรยาน ควรมีเบาะบางๆ หรือผ้าห่มรองบริเวณหลัง ให้ผู้สูงอายุนอนหงาย และใช้ขาถีบจักรยานในอากาศ

ทำยกแขน ผู้สูงอายุสามารถนั่งหรือยืนก็ได้ แยกแขนทั้งสองข้างให้ขนานกับพื้น แล้วยกขึ้นเหนือศีรษะให้หลังมือจรดกัน แล้วค่อยๆ ลดลงสู่ท่าเดิม ทำซ้ำๆ ประมาณ 10 ครั้ง

4.2 การออกกำลังกายแต่ละครั้งควรมีการอบอุ่นร่างกาย (warm up) (Lindenfeld et al., 2010; Clevenger, 2012) ด้วยการบริหารส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเบาๆ ประมาณ 10 นาที (ชมรมฟื้นฟูหัวใจ, 2553) ก่อนทุกครั้ง เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อม และลดการบาดเจ็บของร่างกาย และหลังจากออกกำลังกายควรมีการผ่อนคลายร่างกาย (cool-down) (Lindenfeld et al.,

2010; Clevenger, 2012) ประมาณ 5-10 นาที (ระดับ 4/เกรด A/ ชมรมฟิตเนสหัวใจ, 2553) ด้วยการขยับอยู่กับที่ แกว่งแขน หรือวิธีอื่นๆ ร่วมกับการหายใจลึกๆ (ภัทรารุช, 2553) ไม่ควรหยุดออกกำลังกายทันที เพื่อเป็นการปรับสภาพร่างกายให้ค่อย ๆ กลับเข้าสู่ภาวะปกติ และช่วยให้เลือดตามส่วนต่างๆ ของกล้ามเนื้อไหลกลับสู่หัวใจได้ดีขึ้น

4.3 ข้อควรปฏิบัติก่อนการออกกำลังกาย (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549; ชมรมฟิตเนสหัวใจ, 2553) มีดังนี้

- สวมใส่เสื้อผ้าที่สบาย ๆ ไม่หลวมหรือคับเกินไป
- สวมรองเท้าที่รู้สึกรับน้ำหนัก หรือสวมถุงเท้าและรองเท้ากีฬา
- ไม่ควรออกกำลังกายหลังรับประทานอาหารทันที ควรเว้น

ระยะเวลาอย่างน้อย 1-2 ชั่วโมง หลังรับประทานอาหาร

- หากมีข้อมือได้ลื่นให้พักติดตัวไว้ทุกครั้งก่อนออกกำลังกาย

4.4 ระยะเวลาเริ่มแรกของผู้ที่เริ่มออกกำลังกายควรใช้ระยะเวลาสั้น ๆ ประมาณ 5-10 นาที จากนั้นจึงค่อย ๆ เพิ่มขึ้นตามความสามารถของผู้สูงอายุแต่ละราย และควรออกกำลังกาย 3-5 ครั้ง/สัปดาห์ (Adsett & Mullins, 2010; Lindenfeld et al., 2010)

4.5 ความหนักในการออกกำลังกายควรอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง โดยเริ่มจากระดับน้อยๆ แล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้นตามความสามารถของแต่ละบุคคล (Chen, & Wu, 2008; ปาลีรัฐ, 2554) โดยสามารถประเมินระดับความหนักของการออกกำลังกายเพื่อให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมได้จากการพูดขณะออกกำลังกาย คือ สามารถพูดเป็นประโยคสั้น ๆ นาน 2-3 วินาทีได้ ไม่ควรรู้สึกเหนื่อยมากเกินไปจนไม่สามารถพูดเป็นคำๆ ได้ (ชมรมฟิตเนสหัวใจ, 2553)

5. แนะนำการดูแลให้ผู้สูงอายุหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่มีการออกแรงเกร็งกล้ามเนื้อ (isometric physical activity) เช่น การออกแรงดึงหรือดันวัตถุ สิ่งของอยู่กับที่ เพราะทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้น (National Heart Foundation of Australia, 2011)

6. แนะนำผู้ดูแลให้ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 7-8 ชั่วโมง โดยการจัดสิ่งแวดล้อมให้มีความเงียบสงบ มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก และไม่รบกวนการนอนหลับของผู้สูงอายุ

7. แนะนำผู้ดูแลให้จัดสิ่งแวดล้อม สิ่งของบริเวณบ้านให้เป็นระเบียบเรียบร้อย เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ (สุพัตรา, 2555)

คู่มือสำหรับผู้วิจัย

คู่มือสำหรับผู้วิจัยประกอบด้วยขั้นตอนในการให้การพยาบาลแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลตามชุดการดูแล ซึ่งให้การพยาบาลเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ตามรายละเอียดดังนี้

ชุดการดูแลสัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วยขั้นตอน การประเมินสภาพรายบุคคล และการวางแผนการดูแลร่วมกับผู้ดูแลมีการปฏิบัติดังนี้

1. เข้าพบผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่บ้านของผู้สูงอายุ ทักทาย และพูดคุยสร้างสัมพันธภาพ

2. ประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการซักประวัติ สอบถามอาการ ภาวะแทรกซ้อนในปัจจุบัน ตรวจวัดความดันโลหิต ชีพจร ประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ด้วยการสอบถามความสามารถในการทำกิจกรรมด้วยตนเองของผู้สูงอายุโดยใช้แบบประเมินดัชนีบาร์เทล เอดีแอล (Barthel ADL index) และแบบประเมินความสามารถการทำหน้าที่ของร่างกาย รวมถึงสาเหตุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยครั้งที่ผ่านมาจากผู้สูงอายุและผู้ดูแล

3. ประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล โดยให้ผู้ดูแลตอบแบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อประเมินการดูแลของผู้ดูแลที่ผ่านมาใน 6 ด้าน คือ (1) ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย (2) ด้านการรับประทานอาหารและยา (3) ด้านการขับถ่าย (4) ด้านผิวหนัง (5) ด้านอารมณ์และจิตใจ และ (6) ด้านการควบคุมโรคร่วม และกระตุ้นให้ผู้ดูแลประเมินตนเอง เล่าปัญหา และอุปสรรคจากการดูแลที่ผ่านมา เพื่อนำไปเป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลร่วมกัน

4. ประเมินความรู้ ความเข้าใจเบื้องต้นของผู้ดูแลเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว และให้ความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว อาการของภาวะหัวใจล้มเหลว ผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และความสำคัญในการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและผู้ดูแล โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพื่อให้เกิดความเข้าใจมากขึ้น

5. วางแผนการดูแลร่วมกับผู้ดูแล โดยการส่งเสริม ให้ความรู้ คำแนะนำ และฝึกทักษะให้ผู้ดูแลสามารถจัดการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เหมาะสม ตรงกับผลการประเมินในเบื้องต้น และตรงกับความต้องการของ

ผู้ดูแลและผู้สูงอายุ เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น หากพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาที่ควรได้รับการดูแลจากสหวิชาชีพ ผู้วิจัยจะทำหน้าที่ประสานงานไปยังพยาบาลประจำคลินิกเพื่อจัดการให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสม

6. เสริมสร้างพลังให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทั้ง 6 ด้าน ตามที่ได้ร่วมกันวางแผนการดูแล โดยการพูดให้กำลังใจ และชื่นชมในสิ่งที่ผู้ดูแลปฏิบัติได้เหมาะสม และร่วมกันหาแนวทางแก้ไขในเป้าหมายหรือกิจกรรมที่ปฏิบัติได้ไม่สมบูรณ์

7. ตั้งเป้าหมายการดูแลร่วมกันกับผู้ดูแล โดยนำการดูแลที่ต้องการปรับให้เหมาะสมภายใน 6 สัปดาห์นี้ มาตั้งเป็นเป้าหมายและให้ผู้ดูแลบันทึกเป้าหมายนั้นลงในแบบบันทึกการปฏิบัติตามเป้าหมายในกลุ่มมือสำหรับผู้ดูแล

8. มอบคู่มือสำหรับผู้ดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวให้แก่ผู้ดูแล

9. บันทึกปัญหาในการดูแลของผู้ดูแลในแต่ละด้าน เป้าหมายของผู้ดูแล ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่ได้จากการประเมิน และกิจกรรมการพยาบาลในครั้งใหม่ของผู้วิจัยลงในแบบบันทึกสำหรับผู้วิจัยในการติดตามความก้าวหน้าการจัดการดูแลของผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ชุดการดูแลสัปดาห์ที่ 2-5 ประกอบด้วยขั้นตอนการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยติดตามเพื่อประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลว่ามีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ และถูกต้องหรือไม่ พร้อมทั้งติดตามอาการของผู้สูงอายุ สอบถามถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ร่วมกันหาแนวทางแก้ไข กระตุ้นให้ผู้ดูแลติดตามความสำเร็จของเป้าหมาย หรืออาจตั้งเป้าหมายใหม่ ให้กำลังใจ และให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลผ่านทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง หากพบว่ามีปัญหาที่ควรได้รับการดูแลจากแพทย์หรือสหวิชาชีพ ต้องประสานงานไปยังพยาบาลประจำคลินิกเพื่อจัดการให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสม

ชุดการดูแลสัปดาห์ที่ 6 เป็นขั้นตอนการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก มีกิจกรรมดังนี้

1. พบผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่บ้าน พูดคุยและทักทาย
2. ประเมินติดตามความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลว่าเป็นไปตามแผนเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่ สอบถามปัญหาและอุปสรรคจากการดูแลทั้ง 6 ด้าน และสอบถามอาการของผู้สูงอายุที่ผ่านมา

3. พุคคฺยสอบถามความรู้สึทกข์ของผูู้ดูแลเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง และความสามารถในการทำหน้าทึ่ของผูู้สูงอายุหลังจากได้รับชุคการดูแล

4. ประเมินผลลัพท์ทางคลินิกในด้านผูู้ดูแล โดยให้ผูู้ดูแลทำแบบประเมินความสามารถในการดูแลของผูู้ดูแลเพื่อกงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าทึ่ของผูู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อประเมินการดูแลของผูู้ดูแลหลังได้รับชุคการดูแลใน 6 ด้าน คือ (1) ด้านกิจกรรมและการออกก้าลังกาย (2) ด้านการรับประทานอาหารและยา (3) ด้านการขับถ่าย (4) ด้านผิวหนัง (5) ด้านอารมณั้และจิตใจ และ (6) ด้านการควบคุมโรคร่วม

5. ประเมินผลลัพท์ทางคลินิกในด้านผูู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยผูู้ช่ววิจัยประเมินความสามารถในการทำหน้าทึ่ของผูู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ด้วยการสอบถามความสามารถในการทำกิจกรรมของผูู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจากผูู้ดูแลจากแบบประเมินดัชนึบาร์ทลเอด เอคึแอล (Barthel ADL index) และแบบประเมินความสามารถการทำหน้าทึ่ของร่างกาย หลังจากได้รับชุคการดูแลเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์

6. สรุปลผลความสามารถของผูู้ดูแลในการกงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าทึ่ของผูู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และความสามารถในการทำหน้าทึ่ของผูู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหลังจากให้การดูแลตามชุคการดูแลให้ผูู้ดูแลและผูู้สูงอายูรับทราบ และเน้นย้ำให้กงการดูแลที่เหมาสมต้อไป ในกรณีทีพบว้าผูู้สูงอายูมีภาวะแทรกช้อนหรือมีการดูแลที่ไม่เหมาสม ผูู้วิจัยจะประสานงานไปย้งพยาบาลประจำคลินิกอายุรกรรมเพื่อดึคตามให้การสนับสนุน รับการดูแลรักษาที่ต้อเนืองต้อไป

แบบประเมินสำหรับผู้วิจัยในการประเมินติดตามผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและผู้ดูแล

ชื่อผู้สูงอายุ..... ชื่อผู้ดูแล สัปดาห์ที่

รายการที่ประเมิน	ผลการติดตาม		การพยาบาลประจำสัปดาห์	เป้าหมาย/ การบรรลุ เป้าหมาย
	ผู้สูงอายุ	ผู้ดูแล		
ด้านกิจกรรมและ การออกกำลังกาย				
ด้านการรับประทานอาหารและยา				
ด้านการขับถ่าย				
ด้านผิวหนัง				
ด้านอารมณ์และจิตใจ				
ด้านการควบคุม โรคร่วม				

แบบบันทึกสำหรับผู้วิจัยในการติดตามความก้าวหน้าการจัดการดูแลของผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มติดบ้าน

ชื่อผู้สูงอายุ..... 10 ชื่อผู้ดูแล 10 วันที่ สัปดาห์ที่..... 1

รายการที่ประเมิน	ผลการติดตาม		การพยาบาลประจำสัปดาห์	เป้าหมาย/ การบรรลุเป้าหมาย
	ผู้สูงอายุ	ผู้ดูแล		
ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย	- ทำกิจกรรมประจำวันได้ด้วยความช่วยเหลือที่จำกัดในโดย ๗๐% - นอนไม่หลับ ๑๐ ครั้ง	- คงโรค ๗๐% दिन में ๑-๒ ครั้ง - อุบัติเหตุ	- ดูแลการออกกำลังกาย	- จะดูแลให้อาหารครบ - ลดการใส่เครื่องประจุ → ทววิน
ด้านการรับประทานอาหารและยา	- ดูแลโภชนาการตนเองโดยจัดเป็นมื้อๆ ไม่ค่อยกินผัก - กินอาหารพวก กุ้ง, ไรต์ ซอย	- 9% เครื่องประจุในอาหารประจำ	- ดูแลการกินอาหารที่ลดไขมัน - แดไขมันต่ำ, ไข่, ปลา	- จะดูแลให้อาหารให้ครบ → ฟ้าแจ้ง - จะดูแลให้ออกกำลังกายเป็นประจำ → ฟ้าแจ้ง - จะดูแลกินผัก + ปลา → ทววิน
ด้านการขับถ่าย	- ไม่ท้องผูก - กินไฟเบอร์ได้			
ด้านผิวหนัง	- มีแผลที่เท้า - ไม่บวม ไม่คัน	- สังเกตรอยเท้าแดง	- ดูแลเท้าที่บวม บวม - ระวังการกดทับ	
ด้านอารมณ์และจิตใจ	- อารมณ์ดี			
ด้านการควบคุมโรคร่วม	- กินยาครบ - นอน น. ๗-๘ น.	- ทป น. ทุกวัน		

หมายเหตุ แบบบันทึกนี้ไว้สำหรับบันทึกเป้าหมาย ปัญหา อุปสรรค การปฏิบัติการดูแลตามเป้าหมายประจำสัปดาห์ของผู้ดูแล
ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ โรคหัวใจล้มเหลวกลุ่มติดบ้าน และกิจกรรมการพยาบาลของผู้วิจัยประจำสัปดาห์

แบบบันทึกสำหรับผู้วิจัยในการติดตามความก้าวหน้าการจัดการดูแลของผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มติดบ้าน

ชื่อผู้สูงอายุ.....①..... ชื่อผู้ดูแล.....①..... วันที่ 9/5/57..... สัปดาห์ที่ 1.....

รายการที่ประเมิน	ผลการติดตาม		การพยาบาลประจำสัปดาห์	เป้าหมาย/ การบรรลุเป้าหมาย	
	ผู้สูงอายุ	ผู้ดูแล			
ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย	- ว่ายน้ำตัวเอวได้บ่อย - ขอดทำขยับเขยื้อนจากบวม - ไม้คองได้เคลื่อนไหวร่างกาย	- ดูแนวกิจกรรมปกติทุกวัน (เกือบทุกอย่าง) เนื่องจาก Pt. เลื่อนลำดับ	- แนะนำให้ออกกำลังกายแบบ กลดขา เข่า ก้น ทำได้	① ลดการดื่มน้ำในเวลากลางคืน 2 ขวด /วัน	→ ไม่สำเร็จ
ด้านการรับประทานอาหารและยา	- ดื่มน้ำวันละ ~ 2 ขวด, แนว 1 ลิตร ดีได้ 1 ขวด (๑๐๐๐ ml)	- ดูแนวโน้มกินอาหารครบ - สามารถรับเช็คน้ำหนักตัวได้	- แนะนำให้ดื่มน้ำวันละ ๑ ลิตร (รวมปริมาณน้ำทุกของ) - แนะนำให้ชั่งน้ำหนักประจำวัน	② ลดการทํางานเค็ม ลดเครื่องปรุงรส ③ ดูแนวออกกำลังกายแบบ ขา	→ สำเร็จ
ด้านการขับถ่าย	- ท้องผูก ถ่าย ๑ วัน/ครั้ง - ใช้ paraperse เมล็ดเลินลาวาก		- แนะนำฝึก ขยับเขยื้อนวันละ ๑-๒ ครั้ง - ให้ดื่มน้ำอุ่น ตอน เช้า - แนะนำให้ขยับเขยื้อนจากบนเตียง		→ สำเร็จบางส่วน
ด้านผิวหนัง	- ยวมกดปุ่มบริเวณขาข้าง + ๒ - ไม้เท้าช่วยบริเวณข้อนิ้ว	- พบแผลจากบวมแห้งไปทุกวัน - ทาครีมในทุกวัน	- สอน สวมใส่ถุงเท้า ๑ คู่ - แนะนำให้ใส่ถุงเท้าบริเวณที่บวม - แนะนำให้ขยับเขยื้อนตัวบ่อย		
ด้านอารมณ์และจิตใจ	- อารมณ์ดี - มีแรงสู้ชีวิต	- อุดหนุนดูแลให้ มีวันว่าง กินในครอบครัวดี	- แนะนำการกลดปริมาณของ เฝือก ในกลาง ถึงของกินอาหารก็กินไป ในแต่... มีสุขภาพดี		
ด้านการควบคุมโรคร่วม	- มี HT	- ดูแนว จัดยาให้กินครบ - อารมณ์ดี ไม่รำคาญเรื่อง	- แนะนำให้ ทํางานแบบ จำกัดเครื่อง		

หมายเหตุ แบบบันทึกนี้ไว้สำหรับบันทึกเป้าหมาย ปัญหา อุปสรรค การปฏิบัติการดูแลตามเป้าหมายประจำสัปดาห์ของผู้ดูแล ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุโรคหัวใจล้มเหลวกลุ่มติดบ้าน และกิจกรรมการพยาบาลของผู้วิจัยประจำสัปดาห์

ตัวอย่างคู่มือสำหรับผู้ดูแลในการจัดการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่
ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

คู่มือสำหรับผู้ดูแลในการจัดการดูแล
เพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่
ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

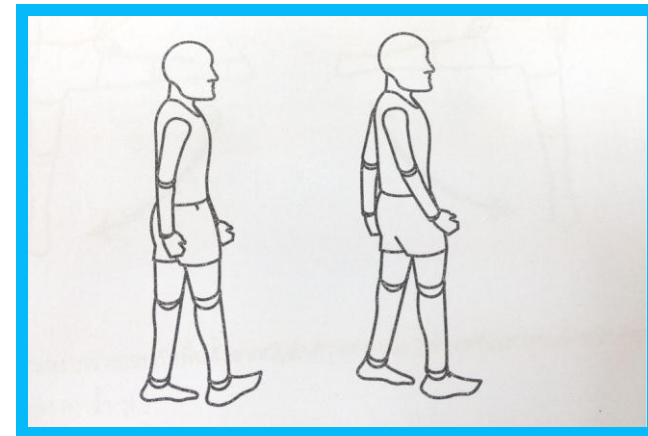


จัดทำโดย

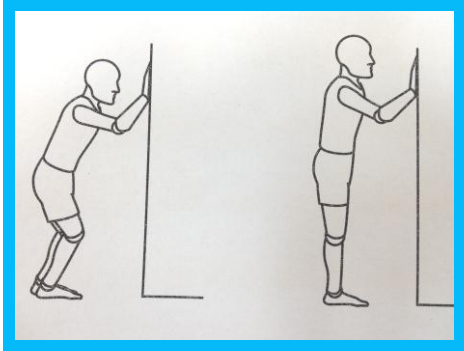
นางสาวเพ็ญพิชชา ถิ่นแก้ว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

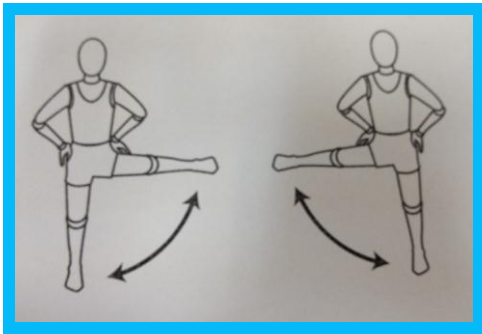
ชนิดของการออกกำลังกายที่เหมาะสม ได้แก่ การเดิน การ
เคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย ดังนี้



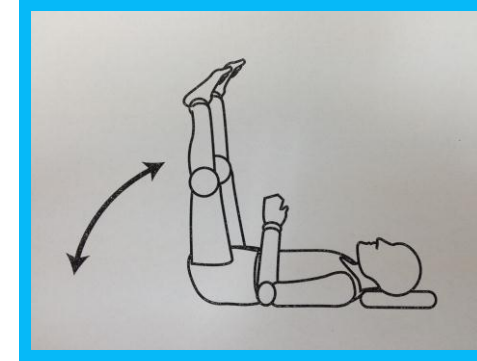
การเดิน เริ่มด้วยการเดินช้าๆ แล้วค่อยๆ เพิ่มความเร็วขึ้น
ในระยะเริ่มแรกควรเดินในแนวราบก่อน จากนั้นอาจต่อด้วย
การเดินขึ้นบันได



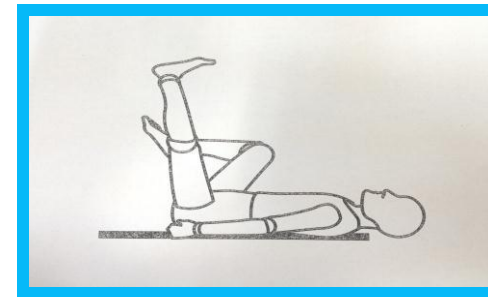
ทำย่อเข่าแบบมีที่เกาะ ใช้มือสองข้างเกาะบริเวณฝาผนัง
ค่อยๆ ย่อเข่าลงช้าๆ แล้วค่อยๆ ยืดเข่าขึ้นอยู่ในท่าตรง



ทำยืนยกขา ยกขาข้างใดข้างหนึ่งขึ้นด้านข้างลำตัวช้าๆ
ขนานกับพื้น แล้วค่อยๆ ลดขาลงอยู่ในท่ายืนตรง ทำช้าๆ
ประมาณข้างละ 10 ครั้ง



ทำนอนหงายยกขา นอนหงาย วางแขนกับพื้นตั้งฉากกับ
ลำตัว จากนั้นยกขา 2 ข้างตามความสามารถของผู้สูงอายุ แล้ว
ค่อยๆ ลดลงแนบกับพื้น



ทำถีบจักรยาน ควรมีเบาะหรือผ้ารองบริเวณหลัง นอน
หงายและใช้ขาถีบจักรยานในอากาศ



อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง (ต่อ)



ชา กาแฟ



แกงไตปลา



เครื่องปรุงรส



โรตีสี่

แบบบันทึกการปฏิบัติตามเป้าหมายของผู้ดูแล

สัปดาห์ที่ 1

เป้าหมายที่ท่านต้องการ	ระดับความสำเร็จ		
	ไม่สำเร็จ	สำเร็จบ้าง	สำเร็จ
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

ระดับความมั่นใจ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 →
 ไม่น่าใจ น่าใจปานกลาง น่าใจมาก

ปัญหา/อุปสรรค

.....

ตัวอย่างการบันทึกของผู้ดูแล

59

แบบบันทึกการปฏิบัติตามเป้าหมายของผู้ดูแล

สัปดาห์ที่ 1

เป้าหมายที่ท่านต้องการ	ระดับความสำเร็จ		
	ไม่สำเร็จ	สำเร็จบ้าง	สำเร็จ
1. จะดูแลที่กินแฉิม ลดลง		✓	
2. จะให้กินน้ำไม่กิน 1 ขวด/วัน		✓	
3.			
4.			
5.			

ระดับความมั่นใจ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

← ไม่มั่นใจ มั่นใจปานกลาง มั่นใจมาก →

ปัญหาอุปสรรค ... เลี้ยงยาก 2 ชม, หิวเกินไป
หิวเกินไป กินน้ำไป นอกจากนี้ไม่มี

ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบประเมินสำหรับผู้ดูแล

แบบประเมินผลลัพธ์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้
ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

คำชี้แจง ให้ผู้ดูแลเติมข้อความลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่เป็นจริงของท่าน

1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
2. อายุ..... ปี
3. ศาสนา () 1. พุทธ () 2. อิสลาม () 3. คริสต์ () 4. อื่นๆ (.....)
4. ระดับการศึกษา

() 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ	() 2. ต่ำกว่าประถมศึกษา
() 3. ประถมศึกษา	() 4. มัธยมศึกษา
() 5. อนุปริญญา	() 6. ปริญญาตรี
() 7. สูงกว่าปริญญาตรี	() 8. อื่นๆ
5. สถานภาพสมรส

() 1. โสด	() 2. คู่
() 3. หม้าย	() 4. หย่าร้าง
() 5. แยกกันอยู่	() 6. อื่นๆ (.....)
6. อาชีพ

() 1. รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	() 2. ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว
() 3. รับจ้าง	() 4. เกษตรกรรม
() 5. ข้าราชการบำนาญ	() 6. ไม่ได้ประกอบอาชีพ
() 7. อื่น ๆ (.....)	

7. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว/เดือน

- () 1. น้อยกว่า 5,000 บาท () 2. ตั้งแต่ 5,000 – 10,000 บาท
 () 3. ตั้งแต่ 10,001 – 15,000 บาท () 4. มากกว่า 15,000 บาท

8. ความเพียงพอของรายได้

- () 1. ไม่เพียงพอ () 2. เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ
 () 3. เพียงพอและเหลือเก็บ

9. ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ เกี่ยวข้องเป็น.....

10. ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุ..... ปี

11. มีบุคคลอื่นช่วยดูแลผู้สูงอายุหรือไม่

- () 1. ไม่มี
 () 2. มี โปรดระบุจำนวนคน..... คน

11. เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโรคหัวใจล้มเหลว

- () 1. เคย โปรดระบุรายละเอียด.....
 () 2. ไม่เคย

12. โรคประจำตัว.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำ
หน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติจริงของท่าน

กิจกรรม	ไม่ปฏิบัติเลย	ปฏิบัติบ้าง นาน ๆ ครั้ง	ปฏิบัติเป็น ประจำ
ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย 1. สังเกต ประเมิน ติดตามอาการ ของภาวะ หัวใจล้มเหลวที่เกิดขึ้นทั้งขณะที่ทำกิจกรรม และขณะพัก			
ด้านการรับประทานอาหารและยา 1. ชั่งและบันทึกน้ำหนักตัว			
ด้านการขยับถ่าย 1. สอบถามและสังเกตความบ่อยใน การปัสสาวะในเวลากลางคืน			

กิจกรรม	ไม่ปฏิบัติเลย	ปฏิบัติบ้าง นาน ๆ ครั้ง	ปฏิบัติเป็นประจำ
ด้านผิวหนัง 1. สังกะรอยแดง แผล บริเวณผิวหนังเป็นประจำ			
ด้านอารมณ์และจิตใจ 1. สังกะประหม่อมอารมณ์ และจิตใจของผู้สูงอายุ . . .			
ด้านการควบคุมโรคร่วม 1. ดูแลให้รับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคร่วมของผู้สูงอายุ . .			
คะแนน			
รวม			

แบบประเมินผลลัพธ์จากผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

เครื่องมือประเมินผลลัพธ์จากผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่เป็นจริงของผู้สูงอายุโรคหัวใจล้มเหลวกลุ่มติดบ้าน

1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
2. อายุ..... ปี
3. ศาสนา () 1. พุทธ () 2. อิสลาม () 3. คริสต์ () 4. อื่นๆ (.....)
4. ระดับการศึกษา

() 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ	() 2. ต่ำกว่าประถมศึกษา
() 3. ประถมศึกษา	() 4. มัธยมศึกษา
() 5. ปริญญาตรี	() 6. อื่นๆ (.....)
5. สถานภาพสมรส

() 1. โสด	() 2. คู่
() 3. หม้าย	() 4. หย่าร้าง
() 5. แยกกันอยู่	() 6. อื่นๆ (.....)
6. อาชีพ

() 1. รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	() 2. ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว
() 3. รับจ้าง	() 4. เกษตรกรรม
() 5. ข้าราชการบำนาญ	() 6. ไม่ได้ประกอบอาชีพ
() 7. อื่น ๆ (.....)	

7. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน

() 1. น้อยกว่า 5,000 บาท

() 2. ตั้งแต่ 5,000 – 10,000 บาท

() 3. ตั้งแต่ 10,001 – 15,000 บาท

() 4. มากกว่า 15,000 บาท

8. โรคประจำตัว.....

9. ระยะเวลาของการเป็นโรคหัวใจล้มเหลว..... ปี

10. ระดับความรุนแรงของโรค.....

11. ยาที่ใช้เป็นประจำ.....

.....

.....

12. วันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยครั้งสุดท้าย

13. ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น

BP..... Pulse..... RR.....

น้ำหนัก..... ส่วนสูง..... BMI.....

Albumin.....

Cho..... TG..... LDL.....

BUN..... Creatinine.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความที่เป็นจริงของผู้สูงอายุโรคหัวใจล้มเหลว กลุ่มติดบ้าน

1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า

0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้

1. ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นชิ้นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า

2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา

0. ต้องการความช่วยเหลือ

1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้

0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น

1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้

2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย

3. ทำได้เอง

4. การใช้ห้องน้ำ

0. ช่วยตัวเองไม่ได้

1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้ หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง

2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจาก โถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อย หลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน

0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมห้อง หรือประตูได้
2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

6. การสวมใส่เสื้อผ้า

0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย
1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิพ หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น

0. ไม่สามารถทำได้
1. ต้องการคนช่วย
2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. การอาบน้ำ

0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
1. อาบน้ำเองได้

9. การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

0. กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
2. กลั้นได้เป็นปกติ

10. การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

0. กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
2. กลั้นได้เป็นปกติ

รวมคะแนนทั้งหมด..... คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย

คำชี้แจง ให้ผู้ประเมินสัมภาษณ์ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุจากผู้ดูแลหรือผู้สูงอายุ โดยเริ่มจากรายการกิจกรรมที่มีจำนวนระดับพลังงาน (METs) น้อยเรียงลำดับไปเรื่อยๆ ดังตาราง ถ้าผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งในรายการกิจกรรมที่มีระดับพลังงานเท่ากัน แสดงว่าได้จำนวนพลังงานเท่ากับกิจกรรมนั้น และการสัมภาษณ์จะสิ้นสุดลงเมื่อผู้สูงอายุไม่สามารถทำกิจกรรมใดได้เลยในระดับพลังงานนั้นๆ และให้ผู้ประเมินทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง O หน้ากิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำได้ และในช่องทำได้ หรือช่องทำไม่ได้ในแต่ละระดับพลังงาน

ทำได้ หมายถึง ผู้สูงอายุทำกิจกรรมนั้นๆ ได้โดยไม่มีอาการเหนื่อย

ทำไม่ได้ หมายถึง ผู้สูงอายุทำกิจกรรมนั้นๆ ไม่ได้เนื่องจากมีอาการเหนื่อย

รายการกิจกรรม	ระดับพลังงาน (METs)	ทำได้	ทำไม่ได้
ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ดังต่อไปนี้ O นั่งดูโทรทัศน์ O นอนคุยโทรศัพท์ O อ่านหนังสือ O เขียนหนังสือ	1.3		
ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ดังต่อไปนี้	2.0		
ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ดังต่อไปนี้	2.5		
ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ดังต่อไปนี้	3.0		
ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ดังต่อไปนี้	3.5		

รายการกิจกรรม	ระดับพลังงาน (METs)	ทำได้	ทำไม่ได้
ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ดังต่อไปนี้	4.5		
ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ดังต่อไปนี้	5.0		
ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ดังต่อไปนี้	5.5		
ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ดังต่อไปนี้	6.0		
ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ดังต่อไปนี้	7.5		
ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ดังต่อไปนี้	8.0		
ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ดังต่อไปนี้	9.0		

ภาคผนวก ง
ตัวอย่างการวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

เรื่องที่ 1 ผลของโปรแกรมการเดินออกกำลังกายต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ ระดับของงาน	วัตถุประสงค์การวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือวิจัย	วิธีการวิจัย	ผลการศึกษา	การสรุปการนำงานวิจัยไป ใช้/ข้อเสนอแนะอื่นๆ
(พิมพ์ใจ, 2547) level 2 grade A	1. เพื่อเปรียบเทียบ ความสามารถในการทำ หน้าที่ของร่างกายก่อน และหลังเข้าร่วม โปรแกรมการเดินออก กำลังกายของผู้ที่มีภาวะ หัวใจล้มเหลว 2. เพื่อเปรียบเทียบ ความสามารถในการทำ หน้าที่ของร่างกายหลัง เข้าร่วมโปรแกรมการ เดินออกกำลังกาย ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม	เครื่องมือที่ใช้ดำเนินงาน มีดังนี้ 1. โปรแกรมการเดินออก กำลังกาย โดยใช้การเดิน บนพื้นราบ แบบเพิ่ม ความก้าวหน้าที่ละน้อย ตามความสามารถของ ร่างกายของกลุ่มตัวอย่าง 2. คู่มือการเดินออก กำลังกาย มีเนื้อหา เกี่ยวกับวิธีการเดินออก กำลังกาย ประโยชน์ การประเมินสภาพ และ การดูแลตนเองเมื่อมี อาการผิดปกติ	เป็นวิจัยกึ่งทดลอง มีกลุ่ม ควบคุมและกลุ่มทดลอง เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ก่อนและหลังทดลอง ใช้ ระยะเวลา 9 สัปดาห์ โดยกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรม คือ สัปดาห์ที่ 1 พบกลุ่มตัวอย่าง ครั้งที่ 1 เพื่อสร้าง สัมพันธภาพและให้ความรู้ เกี่ยวกับการเดินออกกัลังกาย สอบถามปัญหา หาแนวทาง แก้ไข สอนและสาธิตการเดิน ออกกำลังกาย สอนการ ประเมินร่างกาย ตรวจและ	กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 50.3 ปี กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 50.8 ปี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่ม ทดลองมีความสามารถในการ ทำหน้าที่ของร่างกายจาก การประเมินความสามารถใน การทำกิจกรรม และการเดิน บนพื้นราบ 6 นาที เพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับก่อนทดลอง และ มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001	- นำวิธีการออกกำลังกาย ด้วยวิธีการเดินไปเป็น ทางเลือกหนึ่งในการออก กำลังกาย โดยเดินบนพื้น ราบและค่อยๆ เพิ่ม ระยะทางในการเดินตาม ความสามารถของแต่ละคน เพื่อเพิ่มความสามารถใน การทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่ มีภาวะหัวใจล้มเหลว - นำการใช้แบบประเมิน การรับรู้ความเหนื่อยขณะ ออกกำลังกายของบอร์ก (Borg scale) มาเป็น เครื่องมือประเมินระดับ

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ ระดับของงาน	วัตถุประสงค์การวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือวิจัย	วิธีการวิจัย	ผลการศึกษา	การสรุปการนำงานวิจัยไป ใช้/ข้อเสนอแนะอื่นๆ
	กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ที่มี ภาวะหัวใจล้มเหลวที่ รักษาที่คลินิกโรคหัวใจ และหลอดเลือด แผนก ผู้ป่วยนอก เลือกแบบ จำเพาะเจาะจง กลุ่มละ 15 ราย	เครื่องมือในการเก็บ รวบรวมข้อมูล มีดังนี้ 1. แบบสอบถามทั่วไป 2. แบบบันทึก ความสามารถในการ เดินบนพื้นราบ 6 นาที - 3. แบบประเมินการรับรู้ ความเหนื่อยขณะออก กำลังกายของบอร์ค 4. แบบประเมิน ความสามารถในการทำ กิจกรรม (Veterans Specific Activity Questionnaire [VSAQ])	บันทึกข้อมูลก่อนทดลอง สัปดาห์ที่ 1 พบกลุ่มตัวอย่าง ครั้งที่ 2 โดยการเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมิน ซักถามอุปสรรค ร่วมหาแนวทางแก้ไข สัปดาห์ที่ 2-5 พบครั้งที่ 3-6 เป็นช่วงฝึกออกกำลังกายโดย การเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ที่ 6-9 เป็นช่วงออก กำลังกายตามที่กำหนดไว้ใน โปรแกรม ใช้การติดต่อทาง โทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 6-7 สัปดาห์ที่ 9 พบครั้งกลุ่ม ตัวอย่างเพื่อประเมิน ความสามารถในการทำ หน้าที่ของร่างกายครั้งที่ 2		ความหนักในการออกกำลังกาย

เรื่องที่ 2 Home-based exercise increases exercise capacity but not quality of life in people with chronic heart failure: a systematic review

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ ระดับของงาน	วัตถุประสงค์การวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือวิจัย	วิธีการวิจัย	ผลการศึกษา	การสรุปการนำงานวิจัยไป ใช้/ข้อเสนอแนะอื่นๆ
(Chien, Lee, Wu, Chen, & Wu, 2008) level 1, grade B	คำถามการวิจัย คือ 1. การออกกำลังกายที่บ้านมีผลในการเพิ่มความสามารถในการออกกำลังกาย และคุณภาพชีวิต ในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้หรือหรือไม่ 2. การออกกำลังกายที่บ้านในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความปลอดภัยหรือไม่		รูปแบบวิธีวิจัยเป็นแบบ systematic review with meta-analysis มีการสืบค้นจากฐานข้อมูล PubMed, Medline, Embase, CINAHL, Cochrane Library Register of Controlled Trails, PEDro, Chinese Electronic Periodical Service (CEPS), และ MD Consult for studies และมีการสืบค้นด้วยมือ ที่ตีพิมพ์ระหว่างเดือนมกราคม 1980 ถึง กรกฎาคม 2006 วิเคราะห์และสังเคราะห์	งานที่นำมาทำการศึกษาค้นคว้านี้เป็นงานวิจัยแบบ RCT จำนวน 10 งาน มีกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในงานวิจัยดังกล่าวทั้งหมด 648 คน มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่อาการคงที่ ความรุนแรงตาม NYHA ระดับ 2-3 ค่า Ejection Fraction (EF) น้อยกว่า 40% ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ระยะเวลาในการออกกำลังกายที่บ้านตั้งแต่ 6 สัปดาห์ ถึง 9 เดือน กลุ่มทดลองของทุกการศึกษามีการออกกำลังกาย	- นำวิธีและองค์ประกอบในการออกกำลังกายไปใช้เป็นแนวทางในชุดการดูแลคือ ในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวควรมีการออกกำลังกายแบบแอโรบิคเป็นหลัก อาจมีการออกกำลังกายแบบมีแรงต้านร่วมด้วยก็ได้ ระดับความหนักในการออกกำลังกายควรอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ระยะเวลาสั้นที่สุดที่จะสามารถเห็นการเปลี่ยนแปลงของความสามารถในการทำ

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ ระดับของงาน	วัตถุประสงค์การวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือวิจัย	วิธีการวิจัย	ผลการศึกษา	การสรุปการนำงานวิจัยไป ใช้/ข้อเสนอแนะอื่นๆ
	<p>กลุ่มตัวอย่าง คือ งานวิจัยแบบ RCT ที่มีกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมศึกษาในแต่ละงานอยู่ในวัยผู้ใหญ่ ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป</p>		<p>ข้อมูลโดยผู้ศึกษา 2 คน และมีการให้ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้วิจัยของแต่ละงานหากมีความจำเป็น</p>	<p>แบบแอโรบิก (เดิน หรือปั่นจักรยาน) บางงานมีการออกกำลังกายแบบใช้แรงต้านร่วมด้วย ส่วนใหญ่ออกกำลังกายที่ความหนักระดับต่ำถึงปานกลาง (40-70% ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด) ออกกำลังกายวันละ 30-60 นาที 2-5 ครั้ง/สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมมีกิจกรรมและได้รับการดูแลตามปกติ มี 4 งานที่มีการติดตามเยี่ยมบ้าน และ 2 งานที่ติดตามทางโทรศัพท์</p> <p>ผลการศึกษา</p> <p>- ผลของการออกกำลังกายที่บ้านในกลุ่มทดลองหลังการทดลองจาก 7 การศึกษา</p>	<p>หน้าที่ได้ คือ 6 สัปดาห์</p> <p>- นำแนวทางการติดตามมาใช้ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน และการติดตามทางโทรศัพท์</p>

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ ระดับของงาน	วัตถุประสงค์การวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือวิจัย	วิธีการวิจัย	ผลการศึกษา	การสรุปการนำงานวิจัยไป ใช้/ข้อเสนอแนะอื่นๆ
				<p>พบว่าสามารถเพิ่มปริมาณออกซิเจนที่ร่างกายนำไปใช้ได้ในเวลา 1 นาที (peak VO₂) เป็น 2.7 ml/kg/min (95%, CI 0.7-4.7) มากกว่ากลุ่มควบคุม</p> <p>- ผลของการออกกำลังกายที่บ้านในกลุ่มทดลองจาก 5 การศึกษา พบว่าสามารถเพิ่มระยะทางจากการประเมินด้วย 6-min walk test เป็น 41 เมตร (95%, CI 19-63) ซึ่งมากกว่ากลุ่มควบคุม</p> <p>- การออกกำลังกายที่บ้านไม่ได้มีผลให้คุณภาพชีวิตที่ประเมินจาก Minnesota Heart Failure Questionnaire ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม</p>	

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ ระดับของงาน	วัตถุประสงค์การวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือวิจัย	วิธีการวิจัย	ผลการศึกษา	การสรุปการนำงานวิจัยไป ใช้/ข้อเสนอแนะอื่นๆ
				<p>- การออกกำลังกายที่บ้าน ไม่ได้เพิ่มอัตราการกลับเข้า รับการรักษาในโรงพยาบาล</p>	

เรื่องที่ 3 ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบากและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ ระดับของงาน	วัตถุประสงค์การวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือวิจัย	วิธีการวิจัย	ผลการศึกษา	การสรุปการนำงานวิจัยไป ใช้/ข้อเสนอแนะอื่นๆ
(ชนากรณ์, 2553) level 2, grade B	วัตถุประสงค์ - เพื่อเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยอาการ หายใจลำบากก่อนและ หลังได้รับโปรแกรม การจัดการตนเองในผู้ที่มี ภาวะหัวใจล้มเหลว เลือดคั่ง - เพื่อเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยอาการ หายใจลำบากในผู้ที่มี ภาวะหัวใจล้มเหลว เลือดคั่งที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการ ตนเองกับผู้ที่ได้รับการ พยาบาลตามปกติ	เครื่องมือดำเนินงาน - โปรแกรมการจัดการ ตนเอง พัฒนาจากการ ทบทวนวรรณกรรม โดยประยุกต์ใช้กรอบ แนวคิดการจัดการ ตนเองของ Creer (2000) ประกอบ ด้วย 1) การเลือกเป้าหมาย 2) การรวบรวมข้อมูล 3) การวิเคราะห์และ ประเมินข้อมูล 4) การ ตัดสินใจ 5) การลงมือ กระทำ และ 6) การ ประเมินตนเอง โดย แบ่งโปรแกรม ระยะ	รูปแบบวิจัยเป็นแบบเชิง ทดลอง แบบสุ่มสองกลุ่มวัด ก่อนและหลังการทดลอง กลุ่ม ทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการตนเอง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการ พยาบาลตามปกติ โปรแกรมการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ 1. ระยะเตรียมความพร้อม มี กิจกรรมประเมินข้อมูล, อธิบายการจัดการตนเอง และ สอนเกี่ยวกับภาวะหัวใจ ล้มเหลวเลือดคั่ง การดูแล ตนเอง พร้อมทั้งมอบคู่มือการ	ผลการศึกษา กลุ่มทดลองอายุ เฉลี่ย 59.13 ปี กลุ่มควบคุม อายุเฉลี่ย 59.67 ปี กลุ่ม ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการ หายใจลำบากหลังการทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลอง และมี คะแนนเฉลี่ยอาการหายใจ ลำบากต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 แต่ในกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยอาการหายใจ ลำบากก่อนและหลังการ ทดลองไม่แตกต่างกัน อีกทั้ง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ความสามารถในการทำ หน้าที่ของร่างกายหลังการ	นำวิธีจัดการตนเองไป ประยุกต์ใช้ในการพัฒนา ชุดการดูแลได้ โดยการให้ ความรู้แก่ผู้สูงอายุและ ผู้ดูแลเกี่ยวกับการสังเกต อาการของภาวะหัวใจ ล้มเหลว คือ อาการบวมกด บวมที่เท้า หน้าแข็งและเข้า ไม่มีบวมกดบวม แสดงว่า ไม่มีน้ำคั่งในร่างกาย มีบวม กดบวมที่เท้า ข้อเท้า แสดง ว่า เริ่มมีน้ำคั่งในร่างกาย มี บวมกดบวมที่เท้า ข้อเท้า และเข้า แสดงว่า มีน้ำคั่งใน ร่างกายมาก

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ ระดับของงาน	วัตถุประสงค์การวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือวิจัย	วิธีการวิจัย	ผลการศึกษา	การสรุปการนำงานวิจัยไป ใช้/ข้อเสนอแนะอื่นๆ
	<p>- เพื่อเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ย ความสามารถในการทำ หน้าที่ของร่างกายก่อน และหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการ ตนเองในผู้ที่มีภาวะ หัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง</p> <p>- เพื่อเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ย ความสามารถในการทำ หน้าที่ของร่างกายในผู้ที่ มีภาวะหัวใจล้มเหลว เลือดคั่งที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการ ตนเองกับผู้ที่มีภาวะ หัวใจล้มเหลวเลือดคั่งที่</p>	<p>เตรียมความพร้อม ระยะจัดการตนเอง และระยะประเมินผล</p> <p>เครื่องมือที่ใช้ใน โปรแกรมมีดังนี้ คือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - คู่มือการสอนสำหรับ พยาบาล - คู่มือการจัดการ ตนเองสำหรับผู้ป่วย โรคหัวใจล้มเหลว เลือดคั่งที่ประกอบด้วย การบันทึกติดตาม อาการบวมกดปุ่มที่เท้า น้ำหนักตัว ยาขับ ปัสสาวะที่รับประทาน อาการหายใจลำบาก 	<p>จัดการตนเองและสมุดบันทึก ให้แก่กลุ่มทดลอง</p> <p>2. ระยะ จัด การ ตน เอง สัปดาห์ที่ 1-6 ผู้ป่วยมีความ พร้อมในการจัดการตนเอง หลังได้รับความรู้เรื่องหัวใจ ล้มเหลวเลือดคั่งและการ ปฏิบัติ ตลอดจนขั้นตอนการ จัดการตนเอง มีแรงจูงใจใน การปฏิบัติ มีทักษะต่างๆ</p> <p>3. ระยะประเมินผล มีการ ประเมินผลหลังการทดลอง</p>	<p>ทดลองสูงกว่าก่อนการ ทดลอง และมีคะแนนเฉลี่ย ความสามารถในการทำ หน้าที่ของร่างกายสูงกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05 แต่ในกลุ่ม ควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย ความสามารถในการทำ หน้าที่ของร่างกายก่อนและ หลังการทดลองไม่แตกต่าง กัน</p>	<p>- นำหลักการจัดการตนเอง ไปใช้ โดยหากมีภาวะน้ำคั่ง เล็กน้อยถึงปานกลาง ผู้ป่วย ควรรับประทานยาขับ ปัสสาวะตามแผนการรักษา บริโภคน้ำไม่เกิน 2 ลิตรต่อวัน ลดปริมาณน้ำ ดื่มต่อวันลง หากปฏิบัติตัว ดังนี้แล้วเป็นเวลา 3 วัน แล้วภาวะน้ำคั่งยังคงอยู่ ควรพบแพทย์ หรือเมื่อไม่มี อาการน้ำคั่งแล้ว ให้ปฏิบัติ เหมือนขณะไม่มีภาวะน้ำ คั่ง แต่ถ้าปฏิบัติแล้วกลับมี ภาวะน้ำคั่งเล็กน้อยถึงปาน กลาง ควรติดต่อผู้วิจัยหรือ ไปพบแพทย์ ไม่ควรปรับ</p>

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ ระดับของงาน	วัตถุประสงค์การวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือวิจัย	วิธีการวิจัย	ผลการศึกษา	การสรุปการนำงานวิจัยไป ใช้/ข้อเสนอแนะอื่นๆ
	<p>ได้รับการพยาบาล ตามปกติ</p> <p>กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว เลือดคั่งที่มารับการ รักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล อำนาจเจริญ ระดับความ รุนแรงจากโรคหัวใจอยู่ ในระดับ 2 แบ่งเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมกลุ่มละ 15 คน</p>	<p>ขณะนอนราบ ปริมาณ น้ำคั่งทั้งวัน อาการ หายใจลำบากหลังทำ กิจกรรมทั้งวัน และวิธี ติดต่อผู้วิจัย</p> <p>- สมุดรวบรวมข้อมูล สำหรับผู้ป่วย โรคหัวใจล้มเหลว เลือดคั่ง เป็นสมุดที่ ผู้ป่วยต้องบันทึก อาการของตนเองทุก วัน</p> <p>เครื่องมือในการเก็บ</p>			<p>การดื่มน้ำด้วยตนเองเป็น ครั้งที่สอง หากมีภาวะน้ำ คั่งรุนแรง ควรติดต่อแพทย์ หรือพยาบาลทันที</p> <p>- นำวิธีการจัดทำคู่มือและ สมุดบันทึกไปปรับ เพื่อ จัดทำแบบบันทึกให้แก่ ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเพื่อเป็น การติดตามอาการผู้สูงอายุ และติดตามการดูแลของ ผู้ดูแล</p>

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ ระดับของงาน	วัตถุประสงค์การวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือวิจัย	วิธีการวิจัย	ผลการศึกษา	การสรุปการนำงานวิจัยไป ใช้/ข้อเสนอแนะอื่นๆ
		รวบรวมข้อมูล - แบบวัดอาการหายใจ ลำบากของบอร์ก (Borg Scale) ผู้วิจัยใช้ แบบประเมินของลัดดา จามพัฒน์ (2549) ที่ แปลเป็นภาษาไทยจาก แบบวัดอาการหายใจ ลำบากของบอร์ก มีค่า คะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน ค่าความ เชื่อมั่น .80 - แบบประเมิน ความสามารถการทำ หน้าที่ของร่างกายของ พิมพ์ใจ ชุนจะ โปะะ (2547) ที่แปลเป็น			

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ ระดับของงาน	วัตถุประสงค์การวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือวิจัย	วิธีการวิจัย	ผลการศึกษา	การสรุปการนำงานวิจัยไป ใช้/ข้อเสนอแนะอื่นๆ
		<p>ภาษาไทยจาก VSAQ ของ Myers และคณะ (1994) เป็นแบบ ประเมินความสามารถ ในการใช้ออกซิเจน ทางอ้อม มีคำถาม 13 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับ การทำกิจวัตร ประจำวัน การทำงาน บ้าน การออกกำลังกาย และการมีกิจกรรมที่ เป็นงานอดิเรก มีหน่วย วัดเป็น MET ระดับ ความเชื่อมั่น .86</p>			

เรื่องที่ 4 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The task force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ ระดับของงาน	วัตถุประสงค์การวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือวิจัย	วิธีการวิจัย	ผลการศึกษา	การสรุปการนำงานวิจัยไป ใช้/ข้อเสนอแนะอื่นๆ
(McMurray et.al, 2012) level 1, grade A	วัตถุประสงค์ เพื่อเป็นข้อกำหนด เป็น แนวทางในการปฏิบัติ สำหรับการวินิจฉัยและ การรักษาภาวะหัวใจ ล้มเหลว ซึ่งได้มีการ ปรับปรุงเปลี่ยนแปลง จากของปี ค.ศ.2008 แนวปฏิบัตินี้เป็น แนวทางสำหรับช่วยใน การตัดสินใจของแพทย์ ในการวินิจฉัยและรักษา ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	มีการจัดระดับคุณภาพ ของหลักฐานเชิง ประจักษ์แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ A B C และมี การจัดระดับของ ความสามารถในการ นำไปใช้	สืบค้นและวิเคราะห์ หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มี เนื้อหาที่ตรงตามความ ต้องการของ CPG	จากการทบทวนในหัวข้อการ จัดการแบบองค์รวม รวมไปถึง ถึงการฝึกออกกำลังกาย โปรแกรมการจัดการโดย ทีมสหสาขาวิชาชีพ การ ตรวจสอบติดตามผู้ป่วย และ การดูแลระยะสุดท้าย มี แนวทางในการปฏิบัติดังนี้ คือ การออกกำลังกาย แนะนำให้ออกกำลังกาย แบบแอโรบิคธรรมดา ซึ่งควร ส่งเสริมในผู้ป่วยที่มีภาวะ หัวใจล้มเหลว เพื่อเพิ่ม	นำข้อแนะนำต่างๆ ไปใช้ ในการพัฒนาชุดการดูแล ได้แก่ รูปแบบการออก กำลังกายแบบแอโรบิค การ จำกัดเกลือในอาหาร การ จำกัดน้ำ การประเมินภาวะ ซึมเศร้า ประเมินการรู้คิด และสิ่งที่จำเป็นในการให้ ความรู้แก่ผู้ป่วย ซึ่งสามารถ นำไปเป็นแนวทางจัดทำ คู่มือสำหรับผู้ดูแลในการ ดูแลผู้สูงอายุได้

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ ระดับของงาน	วัตถุประสงค์การวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือวิจัย	วิธีการวิจัย	ผลการศึกษา	การสรุปการนำงานวิจัยไป ใช้/ข้อเสนอแนะอื่นๆ
	อย่างไรก็ตามจะต้อง ขึ้นอยู่กับลักษณะของ ผู้ป่วยในแต่ละรายด้วย			<p>ความสามารถในการทำ หน้าที่ และช่วยให้มีอาการดี ขึ้น</p> <p>เรื่องที่สำคัญในการให้ความรู้ แก่ผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ความหมาย และสาเหตุใน การเกิดอาการของโรค - ความสำคัญของการ พยากรณ์โรค - การสังเกต การจัดการ อาการ - หากมีอาการหายใจลำบาก หรืออาการบวมเพิ่มขึ้น หรือ มีน้ำหนักเพิ่มมากกว่า 2 กก. ใน 3 วัน ผู้ป่วยอาจสามารถ 	

ชื่อผู้แต่ง (ปี) Evidence Base Level	วัตถุประสงค์การวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือวิจัย	วิธีการวิจัย	ผลการศึกษา	การสรุปการนำงานวิจัยไป ใช้/ข้อเสนอแนะอื่นๆ
				<p>ปรับเปลี่ยนขนาดยาประเภทขับ ปัสสาวะ หรือริบปริกษา บุคลากรทางการแพทย์</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้ความรู้ในเรื่องของยาที่ ได้รับ ขนาด ข้อบ่งใช้ และ การประเมินผลข้างเคียงจาก ยา - การจำกัดเกลือในอาหาร สามารถช่วยควบคุมอาการ และอาการแสดงในผู้ที่มี ภาวะหัวใจล้มเหลวในระดับ ความรุนแรง 3 และ 4 	

ชื่อผู้แต่งปี/ ระดับของงาน	วัตถุประสงค์การวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือวิจัย	วิธีการวิจัย	ผลการศึกษา	การสรุปการนำงานวิจัยไป ใช้/ข้อเสนอแนะอื่นๆ
				<p>- ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ระดับรุนแรงควรจำกัดน้ำ 1.5-2 ลิตร/วัน ส่วนการจำกัด น้ำในผู้ป่วยที่มีอาการระดับ เล็กน้อยถึงปานกลางอาจไม่ เกิดประโยชน์ สูตรในการ จำกัดน้ำโดยคิดจากน้ำหนัก ตัว คือ 30 ml/kg และ 35 ml/kg หากน้ำหนักมากกว่า 85 kg</p> <p>- ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ใน เกณฑ์ที่เหมาะสม</p> <p>- เลิกสูบบุหรี่และยาเสพติด</p>	

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ ระดับของงาน	วัตถุประสงค์การวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือวิจัย	วิธีการวิจัย	ผลการศึกษา	การสรุปการนำงานวิจัยไป ใช้/ข้อเสนอแนะอื่นๆ
				<ul style="list-style-type: none"> - ให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ในการออกกำลังกาย ฝึกการออกกำลังกาย และทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ มีความสุขสบายในการทำกิจกรรมต่าง ๆ - การเตรียมตัวในการเดินทางตามความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น การเตรียมยาให้เพียงพอ - การมีเพศสัมพันธ์ - การได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ หรือตามแนวปฏิบัติของที่นั้นๆ 	

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ ระดับของงาน	วัตถุประสงค์การวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือวิจัย	วิธีการวิจัย	ผลการศึกษา	การสรุปการนำงานวิจัยไป ใช้/ข้อเสนอแนะ
				- ภาวะซึมเศร้าและความ ผิดปกติในการรับรู้พบบ่อย ในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จะต้องมีการประเมินผู้ป่วย และให้ความสำคัญกับการ สนับสนุนจากครอบครัวหรือ สังคม	

ภาคผนวก จ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	สังกัด
1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทิพนาศ วัฒนวงศ์	อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. คุณศิริวรรณ เดียวสุรินทร์	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลชุมชน ศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน โรงพยาบาลหาดใหญ่
3. คุณทัศนีย์ ชันทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล เพ็ญพิชชา ถิ่นแก้ว

รหัสประจำตัวนักศึกษา 5510421007

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2554

ทุนการศึกษา

ทุนอาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ทุนอุดหนุนการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ ปีงบประมาณ 2557 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

การตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน

เพ็ญพิชชา ถิ่นแก้ว, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, และวิภาวี คงอินทร์. (2557). การพัฒนาและประเมินผลชุดการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. ใน *การประชุมใหญ่และนำเสนอผลงานวิชาการระดับชาติเรื่อง สหวิทยาการ: ความหลากหลายทางวัฒนธรรมสู่ประชาคมอาเซียน* (หน้า 323-336). ตรัง: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง.