

การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: การประยุกต์ใช้ หลักฐานเชิงประจักษ์

วิไลเลิศ คำตัน, RN, CNS, PhD (Nursing)*

บทคัดย่อ:

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกมานานหลายสิบปี รวมถึงในประเทศไทย การควบคุมภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำของโรคมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกคน ปัจจุบันหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยแสดงให้เห็นว่า การจัดการตนเอง เป็นหัวใจสำคัญของการควบคุมและการดูแลโรคหลอดเลือดสมอง หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและมีความสามารถในการจัดการกับภาวะสุขภาพที่เพิ่มขึ้น จะส่งผลโดยตรงต่อการฟื้นฟูสภาพ การลดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง และการเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ พยาบาลวิชาชีพผู้ซึ่งเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยกลุ่มนี้ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวคิดการจัดการตนเอง ทฤษฎีและโปรแกรมเกี่ยวกับการจัดการตนเอง การประยุกต์ใช้วิธีการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ตลอดจนเสนอแนะบทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากการประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ อันประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และหลักการการจัดการตนเองแก่ผู้ป่วยและครอบครัว 2) การใช้เทคนิคสร้างแรงจูงใจ และให้แรงเสริมทางบวกแก่ผู้ป่วยและครอบครัว 3) การเสริมแรงสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน 4) การให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัว 5) การฝึกทักษะต่างๆที่จำเป็นต่อการจัดการตนเอง และ 6) การสร้างสัมพันธภาพและประสานความร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงข้อเสนอแนะในการนำการจัดการตนเองไปใช้ในองค์กรสุขภาพ สำหรับผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบาย เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีคุณภาพในประเทศไทย

วารสารสภาการพยาบาล 2562; 34(1) 25-41

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง/โรคหลอดเลือดสมอง/การจัดการโรคเรื้อรัง/หลักฐานเชิงประจักษ์

วันที่รับบทความ 12 พ.ย. 2561 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 2 ธ.ค. 2561 วันที่ตอบรับบทความ 7 ธ.ค. 2561

* อาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการพยาบาลพื้นฐานและบริหารการพยาบาล สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย;
E-mail: vilailert.k@stin.ac.th

Stroke Patients' Self-Management: Application of Empirical Evidence

Vilailert Komton, RN, CNS, PhD (Nursing)*

Abstract:

Strokes have for decades been a major health threat in countries around the world, including Thailand. Prevention and control of stroke-related complications and stroke recurrence are of paramount importance to every stroke patient. Currently, empirical evidence from various countries demonstrates that self-management is integral to the control of strokes and care for stroke patients. Good healthcare behaviour and improved health-management ability directly contribute to stroke patients' recovery, reduce stroke recurrence, and improve the patients' quality of life. For the above reasons, registered nurses play a significant role in caring for and promoting self-management amongst stroke patients.

This article presents 1) self-management concepts, theories, and programmes; 2) application of Thai and foreign empirical evidence to developing self-management methods for stroke patients; and 3) recommendations on the role of nurses in promoting self-management amongst stroke patients. According to the applied empirical evidence, registered nurses' roles should include: 1) educating stroke patients and their family members both on the disease and on self-management principles; 2) creating motivation and positive reinforcement for the patients and their families; 3) gathering support from the patients' families and communities; 4) counselling for the patients and their families; 5) building the necessary self-management skills; and 6) establishing favourable nurse-patient relationships and coordinating between the patients and their families. This article recommends that self-management programmes be applied by healthcare organisations and that their administrators and policy setters integrate this approach to develop a high-quality procedure for stroke care and prevention in Thailand.

Thai Journal of Nursing Council 2019; 34(1) 25-41

Keywords: self-management; stroke; management of chronic diseases; empirical evidence

Received 12 November 2018, Revised 2 December 2018, Accepted 7 December 2018

* Nursing Instructor, Division of Fundamentals of Nursing and Nursing Administration, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing; E-mail: vilailert.k@stin.ac.th

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก รายงานจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) และองค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization: WSO) พบว่าปัจจุบันประชากรทั่วโลกป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองถึง 17 ล้านคน เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 6.5 ล้านคน รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (stroke survivors) 26 ล้านคน และพิการถาวรจำนวน 5 ล้านคน¹ ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายจิตใจสังคม รวมถึงความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ โดยก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (disability-adjusted life years: DALYs) ของประชากรทั่วโลกถึง 44 ล้านปี² อีกทั้งยังพบว่าเป็นโรคที่สามารถเกิดได้กับประชากรทุกเพศและทุกวัย โดยในทุก ๆ 2 วินาทีจะมีผู้ป่วยด้วยโรคนี้เพิ่มขึ้นหนึ่งราย และทุก 6 วินาทีจะมีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นหนึ่งราย และมีคุณภาพชีวิตลดลงอีกหนึ่งราย³ โรคนี้จึงถูกขนานนามว่าเพชฌฆาตเงียบ (silent killer) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นภัยร้ายที่กำลังคุกคามประชากรทั่วโลก

สำหรับในประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับต้น ๆ ของประเทศ รายงานล่าสุดจากสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคระบุว่า ในปีพ.ศ. 2558 โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของประชากรไทยทั้งในเพศชายและเพศหญิง³ และจากรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขพบว่าอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากร 1 แสนคน ระหว่างปีพ.ศ.2557-2559 คือ 38.63, 43.28 และ 43.54 ตามลำดับ⁴ ซึ่งบ่งบอกถึงแนวโน้มอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่

เพิ่มขึ้นทุกปี เมื่อเทียบกับโรคเบาหวานและโรคหัวใจขาดเลือดแล้ว พบว่ามีอัตราการตายมากกว่าถึง 1.5-2 เท่าตัว ซึ่งข้อมูลจากสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ มีการศึกษาแนวโน้มและคาดการณ์ว่า จะต้องเสียค่ารักษาพยาบาล 20,632 ล้านบาท/ปี⁵ โรคหลอดเลือดสมองจึงถือเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญสำหรับประเทศไทย

แม้ว่าประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย จะให้ความสำคัญและร่วมมือกันในการควบคุมและป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งมีการณรงค์ให้ประชาชน ครอบครัว ชุมชน รวมทั้งภาครัฐ มีความตระหนักและร่วมมือกันป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรค การสังเกตสัญญาณเตือนของโรค รวมถึงแนวทางการเข้ารับบริการเมื่อพบอาการของโรค และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อนำไปใช้ในการดูแลป้องกัน ลดปัจจัยเสี่ยง ลดความพิการและการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบกับองค์การอัมพาตโลก (WSO) มีการรณรงค์วันโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Day) ประเด็นเนื้อหาของแต่ละปีที่ผ่านมาล้วนแต่มุ่งเน้นการป้องกันและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น คำขวัญปี พ.ศ. 2559 คือ “Face the facts: Stroke is treatable.” หรือ “อัมพฤกษ์ อัมพาต ป้องกัน รักษาได้” และคำขวัญปี พ.ศ. 2560 คือ “What’s your reason for preventing stroke” ซึ่งมีจุดเน้นเรื่องการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรค โดยระบุว่าโรคนี้สามารถป้องกันได้ และ 90% ของปัจจัยเสี่ยงสามารถควบคุมได้ด้วยตนเอง สาเหตุหลักเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารไม่เหมาะสม ภาวะโภชนาการเกิน สูบบุหรี่ และดื่มสุรา⁶ เป็นต้น สำหรับคำขวัญในปี พ.ศ. 2561 คือ “Up again after stroke:

Support for life after stroke” โดยมีจุดเน้นเรื่องการให้การสนับสนุนแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการตนเอง ลดปัจจัยเสี่ยงของโรค และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี อันนำไปสู่การดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

จากสถานการณ์การจัดการกับโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก จะเห็นได้ว่ามีความสำคัญเรื่องการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาโดยตลอด ทั้งในเรื่องการควบคุมปัจจัยเสี่ยง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและรูปแบบการดำเนินชีวิต การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนานาชาติ พบว่าการจัดการตนเองในผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการควบคุมอาการและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยที่มีการจัดการตนเองที่ดีจะสามารถควบคุมตนเองจากปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารทอด ขนมหวาน ออกกำลังกายเป็นประจำ รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ โดยมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพ ลดโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น^{7,8}

การจัดการตนเองนับเป็นหัวใจของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากหลายประเทศทั่วโลก พบว่ามีงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการตนเองจำนวนมากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง^{7,8} การสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support) พบว่าประสบความสำเร็จในการนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด โดยเริ่มจากการตั้งเป้าหมาย (goal setting) วางแผนการจัดการกับภาวะความเจ็บ

ป่วย (action planning) ร่วมกับบุคลากรทีมสุขภาพ และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น (problem solving) โดยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและคนรอบข้าง จนผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ทักษะที่จำเป็นต่าง ๆ ในการจัดการตนเองสำหรับในประเทศไทย เริ่มมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการนำการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น^{9,10} อย่างไรก็ตาม ยังขาดการนำผลงานวิจัยไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงยังไม่มีกำหนดนโยบายเพื่อส่งเสริมการนำการจัดการตนเองไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ชัดเจนในประเทศไทย บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการตนเอง ทฤษฎีและโปรแกรมเกี่ยวกับการจัดการตนเอง การประยุกต์ใช้การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั่วไป และโรคหลอดเลือดสมอง และบทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วยนี้ ทั้งในระดับปฏิบัติการพยาบาลและระดับนโยบาย เพื่อประโยชน์ในการนำแนวคิดการจัดการตนเองไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับประเทศไทยต่อไป

การจัดการตนเอง (Self-management)

แนวคิดเรื่องการจัดการตนเอง (self-management) ปรากฏครั้งแรกในหนังสือเรื่องการฟื้นฟูสภาพเด็กที่มีภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง ในปีค.ศ. 1965 ซึ่งเขียนโดยนาย Thomas Creer หลังจากนั้น Creer และคณะได้นำแนวคิดการจัดการตนเองมาพัฒนาโปรแกรมการจัดการโรคหอบหืดในผู้ป่วยเด็ก¹¹ ซึ่งกล่าวว่าแนวคิดนี้มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Albert Bandura ที่เชื่อว่าบุคคลสามารถเรียนรู้ได้ด้วยวิธีการเสริมแรงอย่าง

เป็นระบบภายใต้จุดเน้นเรื่องสมรรถนะหรือความสามารถของตนเอง (self-efficacy)¹² ซึ่งภายหลังมีการใช้อย่างแพร่หลายในวงการสุขภาพ โดยเฉพาะการจัดการกับโรคเรื้อรัง นับตั้งแต่นั้นมา ได้มีผู้ให้คำจำกัดความของคำว่าจัดการตนเองมากมาย ทั้งในต่างประเทศและประเทศไทย ดังนี้

Creer และคณะ (1976) กล่าวว่าจัดการตนเองต้องเกิดจากตัวผู้ป่วยที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษาความเจ็บป่วยที่กำลังเกิดขึ้น โดยเป็นกระบวนการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย (goal selection), การเก็บรวบรวมข้อมูล (information collection), การประมวลและประเมินข้อมูล (information processing and evaluation), การตัดสินใจ (decision making), การลงมือปฏิบัติ (action) และการสะท้อนตนเอง (self-reaction) อันนำไปสู่ความรุนแรงของโรคที่น้อยลง คุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้นและความเชื่อมั่นในความสามารถหรือสมรรถนะของตนที่สูงขึ้น¹¹

Browder and Shapiro (1985) ให้ความหมายของการจัดการตนเองว่าเป็นการประเมินความรู้ทักษะ และความสามารถของตนเองตามความเป็นจริง โดยเป็นกระบวนการเรียนรู้ส่วนบุคคลซึ่งมีการตั้งเป้าหมาย การติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติ การสร้างแรงจูงใจ การควบคุมตนเองและตอบสนองต่อผลสะท้อนกลับ¹³

Barlow และคณะ (2002) ให้ความหมายว่าการจัดการตนเองเป็นความสามารถของบุคคลในการจัดการกับภาวะความเจ็บป่วย และผลกระทบที่ตามมาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิตให้สอดคล้องกับภาวะความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่¹⁴

Lorig and Holman (2003) ให้นิยามการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังว่าเป็นการเรียนรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิตประจำวันอยู่กับภาวะความเจ็บป่วยนั้น ๆ ตลอดชั่วอายุคน¹⁵

Ryan (2009) กล่าวถึงการจัดการตนเองของผู้ป่วยว่าขึ้นอยู่กับครอบครัว ซึ่งเป็นระบบการใช้ชีวิตร่วมกันที่ไม่สามารถแยกจากกันได้ หากมีการเปลี่ยนแปลงในระบบของครอบครัว ผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบด้วย การจัดการตนเองที่ดีของผู้ป่วยจึงเกิดการสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัว¹⁶

อารีย์ (2557) กล่าวว่าจัดการตนเองเป็นการเตรียมบุคคลในการจัดการภาวะสุขภาพของตนเองในชีวิตประจำวัน โดยให้ความรู้ด้านสุขภาพ การรักษา การฝึกมีทักษะต่าง ๆ เพื่อลดผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจจากการเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยตนเอง จากความร่วมมือกับบุคลากรสุขภาพ¹⁷

ชดช้อย (2558) กล่าวถึงการจัดการตนเองว่าเป็นการปฏิบัติกิจกรรมในการจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเอง รวมถึงการปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมหรือลดผลกระทบจากการเจ็บป่วยและคงไว้ซึ่งการดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติ¹⁸

จากคำจำกัดความต่าง ๆ ที่กล่าวมา มีหลักฐานสนับสนุนการใช้ความหมายของการจัดการตนเองของ Lorig and Holman ในกลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดสมองมากที่สุดทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ¹⁹ ซึ่งให้ความหมายครอบคลุมถึงการจัดการกับโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นโรคเรื้อรัง หากเกิดขึ้นแล้ว ผู้ป่วยต้องเรียนรู้ที่จะใช้ชีวิตอยู่และฝึกทักษะในการจัดการกับภาวะความเจ็บป่วยนั้นไปตลอดชีวิตโดยคำจำกัดความนี้สอดคล้องกับอารีย์ (2557)¹⁷ และชดช้อย (2558)¹⁸ ที่กล่าวถึงการจัดการกับภาวะสุขภาพของตนเองในชีวิตประจำวันเพื่อการดำรงชีวิตอยู่นอกจาก

ในด้านบริบทของประเทศไทย ครอบครัวมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน คำจำกัดความของ Ryan¹⁶ ที่กล่าวว่า การจัดการตนเองของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับ การสนับสนุนของครอบครัวเป็นสำคัญ จึงมีแนวโน้มในการประสบความสำเร็จหากนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย โดยสามารถสรุปความหมายของการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ว่าเป็น ความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการกับภาวะสุขภาพ ทั้งภาวะความเจ็บป่วยและผลกระทบทางด้านร่างกายจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ตลอดจนการรักษาสุขภาพและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดำเนินชีวิตเพื่อการดำรงอยู่กับโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ ด้วยการสนับสนุนจากครอบครัวและทีมบุคลากรทางสุขภาพภายใต้ความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถในการจัดการภาวะสุขภาพของตนเองได้

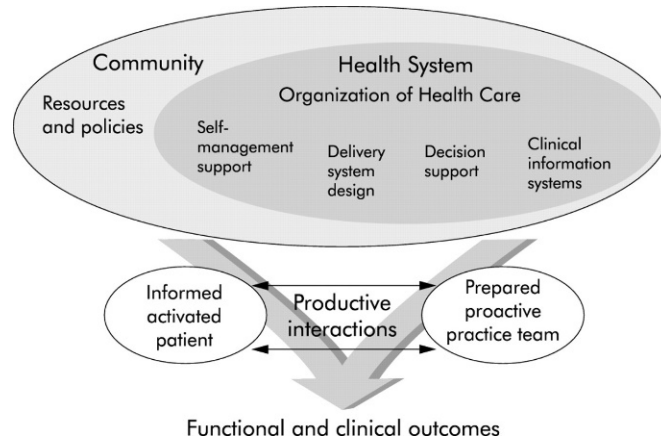
ทฤษฎีและโปรแกรมเกี่ยวกับการจัดการตนเอง

แนวคิดเรื่องการจัดการตนเองถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในต่างประเทศ โดยเฉพาะด้านการจัดการกับโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก โดยนักวิจัยหลายท่านได้คิดค้นทฤษฎีและพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองในกลุ่มโรคต่างๆ ดังนี้

Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP) Lorig และคณะ¹⁹ ได้นำแนวคิดการจัดการตนเองมาพัฒนาการจัดการอบรมสำหรับผู้ที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังต่างๆ เช่น หอบหืด ข้ออักเสบ เบาหวาน โรคหัวใจ โรคปอดเป็นต้น โดยมีวัตถุประสงค์

ในการสร้างความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วย (building self-efficacy) ในการจัดการกับภาวะสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง จากการเรียนรู้และพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา การตัดสินใจ และเทคนิคต่างๆ ที่จำเป็นในการควบคุมและดูแลปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นจากภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง

Chronic Care Model (CCM) Wagner และคณะ²⁰ นำแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองมาพัฒนารูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง โดยเสนอแนวทางในการจัดระบบการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิรูปแบบใหม่ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ 1) การสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support) ประกอบด้วย การสร้างแรงจูงใจ ความรู้ ทักษะในการดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรัง ความมั่นใจในการดูแลตนเองและตระหนักถึงอุปสรรคในการดูแลตนเอง 2) การออกแบบระบบการให้บริการ (delivery system design) ประกอบด้วย การทำงานเป็นทีม การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และการจัดการรายกรณี 3) การสนับสนุนการตัดสินใจ (decision support) มีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการให้บริการผู้ป่วย 4) ระบบสารสนเทศทางคลินิก (clinical information systems) เช่น ระบบฐานข้อมูลลงทะเบียนประวัติ 5) หน่วยงานบริการสุขภาพ (health systems organization) มีการพัฒนาแผนงานเพื่อความยั่งยืนของระบบบริการสุขภาพ และ 6) นโยบายและทรัพยากรในชุมชน (community resources and policies) คือ ความร่วมมือในการใช้ทรัพยากรในชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุด แสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 Chronic Care Model (CCM)²⁰

Extended Chronic Care Model (ECCM)
Barr และคณะ²¹ ดัดแปลง CCM โดยเพิ่มองค์ประกอบในระดับชุมชน (community resource) เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งในการจัดการสุขภาพของประชาชน โดยยังคงเน้นการสนับสนุนการจัดการตนเองเป็น

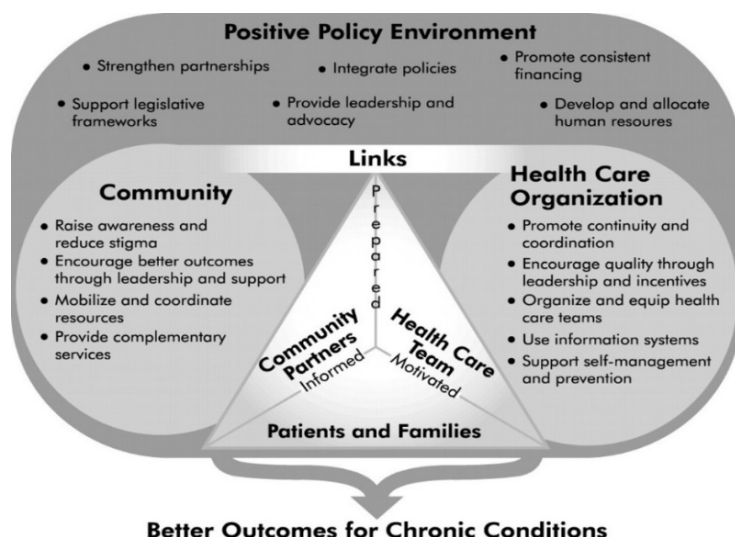
หลัก มีการสร้างพลัง (empowerment) ให้ผู้ป่วยมีทักษะและความเชื่อมั่นในการจัดการกับภาวะความเจ็บป่วยด้วยตนเอง โดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการดูแล ร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรที่มีสุขภาพ แสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 Extended Chronic Care Model (ECCM)²¹

Innovative Care for Chronic Condition (ICCC)²² องค์การอนามัยโลก (WHO) พัฒนา ICCC ขึ้นจาก CCM ร่วมกับการพัฒนาโรคเรื้อรังในประเทศต่างๆ ที่พัฒนาและกำลังพัฒนา โดยเพิ่มองค์ประกอบในระดับนโยบายเพื่อการจัดการสุขภาพของประชาชนที่ยั่งยืนให้ความสำคัญกับองค์ประกอบเรื่องการสนับสนุนการจัดการตนเองในองค์กรบริการ

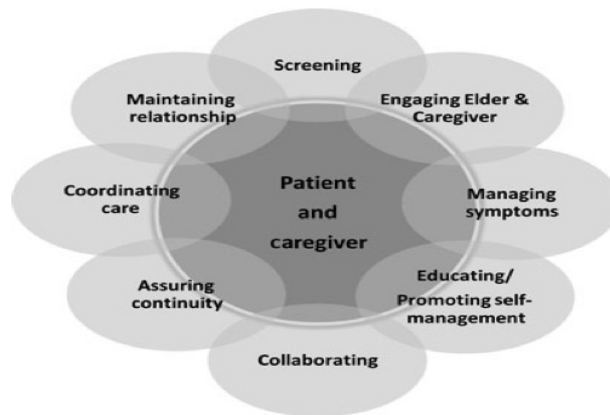
สุขภาพ เนื่องจากหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการจัดการภาวะความเจ็บป่วยของตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และรูปแบบการใช้ชีวิตประจำวัน เพื่อควบคุมสภาวะของโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน แสดงในภาพที่ 3



ภาพที่ 3 Innovative Care for Chronic Condition (ICCC)²²

Transitional Care Model (TCM) Naylor และคณะ²³ ได้พัฒนา TCM ซึ่งเป็นแนวทางหรือรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่าน โดยให้ความสำคัญกับช่วงเวลาเปลี่ยนผ่านเพื่อความต่อเนื่องของการดูแล เช่น จากโรงพยาบาลสู่สถานฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งมีองค์ประกอบด้านการให้ความรู้และการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วย (educating/promoting self-management) จาก

การประสานความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกที่ได้รับการฝึกอบรม (clinical nurse specialist: CNS) ทำให้ผู้ป่วยสามารถตั้งเป้าหมายการรักษา (goal setting), ควบคุมตนเอง (self-monitoring), ตัดสินใจ (decision making), และจัดการภาวะความเจ็บป่วย (managing symptoms) แสดงในภาพที่ 4



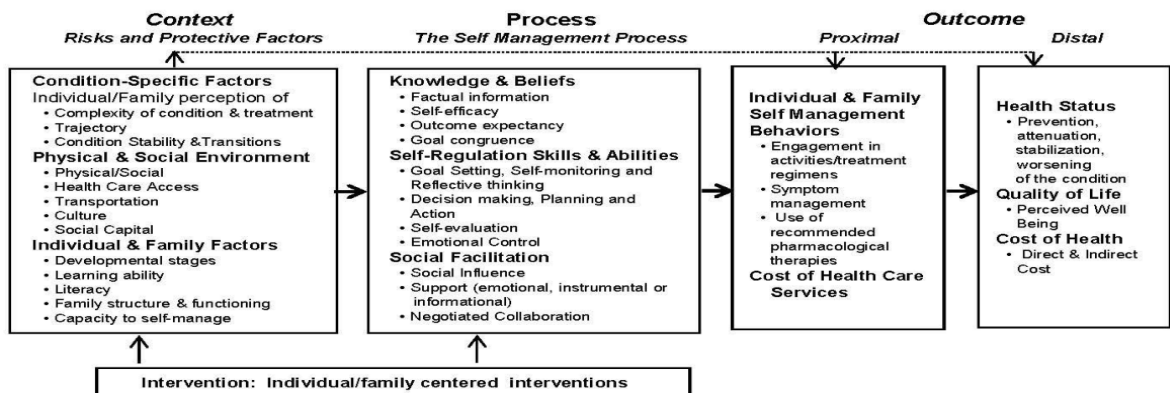
ภาพที่ 4 Transitional Care Model (TCM)²³

Individual and Family Self-Management Theory (IFSMT)¹⁶ Ryan พัฒนาทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวขึ้นในปี ค.ศ.2009 โดยเชื่อว่า ครอบครัวและผู้ป่วยเป็นหน่วยเดียวกัน สมาชิกในครอบครัวย่อมมีอิทธิพลต่อสมาชิกคนอื่นๆ ทั้งด้านพฤติกรรมสุขภาพ ความสามารถในการควบคุมตนเอง (self-regulation) และการเข้าถึง

สิ่งอำนวยความสะดวกทางสังคม (social facilitation) ซึ่งส่งผลต่อความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นการสนับสนุนจากครอบครัว (family support) จึงเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการจัดการตนเองของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดี หากได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว แสดงในภาพที่ 5

Individual and Family Self-management Theory

©Ryan and Sawin, 2013



ภาพที่ 5 Individual and Family Self-Management Theory (IFSMT)¹⁶

จากทฤษฎีและโปรแกรมเกี่ยวกับการจัดการตนเองต่าง ๆ ที่กล่าวมานั้น จะเห็นได้ว่าการนำวิธีการและเทคนิคหลากหลายมาใช้เพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วย ได้แก่ การสร้างความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน (building self-efficacy) การสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support) ตั้งเป้าหมายการรักษา (goal setting) การเสริมพลัง (empowerment) การเฝ้าติดตามตนเอง (self-monitoring) การควบคุมตนเอง (self-regulation) การแก้ปัญหา (problem solving) การตัดสินใจ (decision making) และการประสานความร่วมมือ (collaboration) ซึ่งมีหลักฐานว่าเป็นวิธีการที่ได้รับการยอมรับและประสบความสำเร็จในการจัดการตนเองของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังต่าง ๆ รวมถึงโรคหลอดเลือดสมอง โดยวิธีการที่นำมาใช้อย่างแพร่หลายมากที่สุด คือ การสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support) และตั้งเป้าหมายการรักษา (goal setting) รองลงมา คือ การสร้างความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน (building self-efficacy) และการฝึกทักษะการแก้ปัญหา (problem solving skills)^{7,8}

การประยุกต์ใช้การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ^{24,25} พบว่าในต่างประเทศ มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการนำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะในประเทศสหรัฐอเมริกา โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการยอมรับและมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนจำนวนมาก คือ Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP)¹⁹ ที่เน้นการสร้างเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน (building

self-efficacy) ในการจัดการสุขภาพของตนเอง ในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ¹⁹ ความดันโลหิตสูง¹⁹ และโรคหลอดเลือดสมอง²⁷ เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถควบคุมตนเองและจัดการกับภาวะสุขภาพของตนเองได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการสุขภาพที่ดีขึ้น โดยพบว่า การเข้าร่วม CDSMP ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและจิตสังคม รวมถึงคุณภาพชีวิต เช่น ความเจ็บป่วยและตึงเครียดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพลดลง รู้สึกสดชื่น มีพลังกำลังและความเหนื่อยล้าลดลง เพิ่มการออกกำลังกาย ลดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล เพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ ลดข้อจำกัดทางบทบาททางสังคม เพิ่มความมั่นใจในการดูแลสุขภาพและจัดการกับภาวะความเจ็บป่วย ลดอัตราการตายและการเกิดโรคแทรกซ้อน ตลอดจนลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัวและประเทศชาติ^{24,25,28}

สำหรับในประเทศไทย มีผู้นำ CDSMP ไปใช้ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมจัดการสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม การออกกำลังกาย การรับประทานยาและการตรวจตามนัดและการผ่อนคลายความเครียดที่สูงกว่า และระดับ systolic และ diastolic blood pressure ที่ลดลงมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง²⁹ และพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมรับประทานอาหารและการใช้ยาในระดับที่ดีขึ้น มีระดับ HbA1C ที่ลดลงและมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มทดลอง³⁰ อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาผลของ CDSMP ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใน

ประเทศไทย ซึ่งอาจมีสาเหตุจากนโยบายสุขภาพที่เน้นเรื่อง primary prevention เพื่อการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่มากกว่า secondary prevention ที่เน้นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

นอกจากนี้ แนวคิด Chronic Care Model (CCM)²⁰ ถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในระดับองค์กรโดยเป็นต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังในระบบบริการปฐมภูมิ การมีระบบการจัดการโรคที่ดี จะนำไปสู่ภาวะสุขภาพที่ดีและส่งผลกระทบต่อพัฒนาประเทศในระยะยาว ในประเทศที่พัฒนาแล้วมีการนำ CCM ไปใช้ในการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับโรคเรื้อรัง เช่น สหรัฐอเมริกา แคนาดา สหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ และบางประเทศในแถบยุโรป ปัจจุบันมีหลักฐานเชิงประจักษ์มากมายเกี่ยวกับความสำเร็จในการนำ CCM มาใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยผลจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าโปรแกรมการจัดการโรค ช่วยให้คุณภาพการบริการสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น รวมถึงลดอัตราการนอนโรงพยาบาล^{31,32,33} สำหรับในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้นำ CCM มาใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการให้บริการ และให้ความสำคัญกับการทำงานเป็นทีมของบุคลากรสุขภาพ มีการศึกษาและพบหลักฐานเชิงประจักษ์ส่วนใหญ่ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน³⁴ รวมทั้งมีการนำ CCM มาใช้พัฒนาแนวทางการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การจัดการรายกรณี (case management)^{10,35}

อีกหนึ่งโมเดลที่มีชื่อเสียงและเป็นที่ยอมรับในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือ TCM²³ หัวใจสำคัญของโมเดลนี้ คือ ความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวในการจัดการกับปัญหาสุขภาพ ตลอดจนตระหนักถึง

ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นและป้องกันการเสื่อมถอยของภาวะสุขภาพจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างมีระบบในต่างประเทศ³⁶ พบว่าการมีพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก (clinical nurse specialist) ในการจัดการผู้ป่วยรายกรณีระยะเปลี่ยนผ่านจากสถานพยาบาลหนึ่งไปอีกแห่งหนึ่ง โดยมีการให้ความรู้และการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วย (educating/promoting self-management) ร่วมกับการประสานความร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัว ในการตั้งเป้าหมายการรักษา (goal setting) มีการฝึกการควบคุมตนเอง (self-monitoring) การตัดสินใจ (decision making) และจัดการภาวะความเจ็บป่วย (managing symptoms) ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินลดลงและมีการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชำน้อยลง อีกทั้งยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอีกด้วย อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างมีระบบเกี่ยวกับการนำ TCM ไปใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแสดงให้เห็นว่าประสิทธิภาพของโปรแกรมยังไม่ชัดเจน บางงานศึกษาไม่พบผลลัพธ์ทางด้านบวกจึงยังไม่สามารถสรุปได้ว่า TCM ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้³⁷ สำหรับในประเทศไทย เริ่มมีการนำ TCM มาใช้และมีการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรม และพบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้ ความพร้อมด้านการปรับตัว คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มทดลองสูงขึ้น และความเครียดลดลง^{38,39}

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

พยาบาลเป็นกำลังสำคัญของทีมสุขภาพ ผู้ทำงานใกล้ชิดผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ตามพระราช

บัญญัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และแก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2540 มีการกำหนดขอบเขตของการพยาบาลทั้งด้านการดูแลช่วยเหลือ การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน อีกทั้งสภาการพยาบาลกำหนดสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพด้านวิชาการและวิจัยทางการพยาบาล โดยปัจจุบันมีการมุ่งเน้นด้านการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลเพื่อเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพวิชาชีพในมิติต่างๆ ทั้งด้านการศึกษา การบริการ การวิจัยและการบริหาร ดังนั้นการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กำลังเป็นภัยร้ายคุกคามประเทศไทยและทั่วโลกจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับพยาบาลทุกคน ควรมีการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวตลอดจนชุมชน จากหลักฐานเชิงประจักษ์นานาชาติประเทศเกี่ยวกับวิธีส่งเสริมการจัดการตนเองที่ประสบผลสำเร็จ สามารถเสนอแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ดังนี้

1. การให้ความรู้ที่จำเป็นเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและหลักการการจัดการตนเองแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยอาจจัดกิจกรรมเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ถูกต้อง เน้นย้ำในการตระหนักถึงความสำคัญและผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง ตลอดจนนำวิธีการจัดการตนเองมาใช้ในชีวิตประจำวัน เช่น เรียนรู้จากผู้ป่วยคนอื่นว่า การรับประทานอาหารเค็มและไขมันสูงเป็นประจำ ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตและระดับไขมันในเลือดสูงขึ้น และทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองในที่สุด พยาบาล

มีบทบาทในการให้ความรู้เพิ่มเติมเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเข้าใจยิ่งขึ้น เช่น ผลการศึกษา⁴⁰ พบว่า การรับประทานอาหารรสเค็มที่มีโซเดียมสูงเพิ่มปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดถึง 2 เท่า โดยอาหารที่มีโซเดียมสูงทำให้เพิ่มแรงดันในหลอดเลือด และส่งผลให้หลอดเลือดมีความเปราะบางเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนในที่สุดเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) ประกอบกับการมีไขมันในเลือดสูงจากการรับประทานอาหารมัน ของทอดและขาคือการออกกำลังกาย ทำให้หลอดเลือดมีความตีบแคบและสูญเสียความยืดหยุ่นจากการสะสมของไขมันในผนังของหลอดเลือด มีการกีดขวางการลำเลียงเลือดไปเลี้ยงสมอง และเกิดไขมันหรือลิ่มเลือดหลุดลอยไปอุดตันเส้นเลือดสมองจนในที่สุดเกิดเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (ischemic stroke) เป็นต้น ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และตระหนักถึงความสำคัญของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเพื่อควบคุมและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคนำไปสู่การตั้งเป้าหมายสุขภาพ (goal setting) การควบคุมตนเอง (self-regulation) ทักษะการแก้ปัญหา (problem solving skills) การเฝ้าติดตามตนเอง (self-monitoring) และการสร้างความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน (building self-efficacy)

2. การใช้เทคนิคสร้างแรงจูงใจและให้แรงเสริมทางบวกแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (empowerment) ทำให้การดูแลตนเองและการจัดการกับภาวะสุขภาพเกิดขึ้นจากตัวผู้ป่วยเอง ก่อเกิดเป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและช่วยลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากการให้ความรู้อย่างเดียวไม่สามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างแท้จริง การสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support) จึงเป็นสิ่งสำคัญ

พยาบาลสามารถสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วยได้โดยการให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ตนเอง หาสาเหตุการเกิดโรคและหาแนวทางดูแลและจัดการสุขภาพของตนเอง ให้กำลังใจผู้ป่วย ซึ่งอาจกำหนดเป้าหมายในการจัดการสุขภาพของตนเอง (goal setting) ให้กำลังใจและรางวัลแก่ตัวเองเมื่อบรรลุเป้าหมายในการดูแลสุขภาพที่ตั้งไว้ เช่น หลังจากออกกำลังกายด้วยการเดิน 3-5 ครั้ง/สัปดาห์เป็นเวลา 1 เดือน ผู้ป่วยให้รางวัลตัวเองด้วยการไปดูหนัง ฟังเพลงกับครอบครัว และพยาบาลกล่าวชื่นชมผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จในการดูแลสุขภาพของตนเอง อย่างไรก็ตาม ในการใช้เทคนิคสร้างแรงจูงใจ ผู้ป่วยต้องใช้ความพยายามอย่างมากเพื่อไม่ให้กลับไปมีพฤติกรรมการใช้ชีวิตแบบเดิม ผู้ป่วยจึงต้องการกำลังใจและการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง ทั้งครอบครัวและบุคลากรทีมสุขภาพ

3. การสร้างแรงสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน (social support) จากทฤษฎีและโปรแกรมการจัดการตนเองต่าง ๆ^{16,20-23} พบว่าครอบครัวมีส่วนสำคัญอย่างมากต่อผู้ป่วย หากครอบครัวให้การสนับสนุนผู้ป่วย (family support) ในการจัดการตนเอง คอยเฝ้าระวังปัญหาที่อาจเกิดขึ้น อยู่เคียงข้างคอยให้กำลังใจและเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ป่วย ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับภาวะความเจ็บป่วยดีขึ้น พยาบาลจึงมีหน้าที่แนะนำและประสานกับครอบครัวผู้ป่วยในการทำบทบาทผู้ดูแล นอกจากนี้ชุมชนยังมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วย พยาบาลชุมชนสามารถส่งเสริมการสร้างชุมชนน่าอยู่ท่ามกลางโรคหลอดเลือดสมองได้ เช่น การณรงค์ลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยประสานความร่วมมือกับร้านค้าต่าง ๆ ในชุมชน เพื่อลดหรือไม่ใช่เครื่องปรุงในอาหาร และเพิ่มเมนูเพื่อสุขภาพแก่คนในชุมชน

4. การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การติดตามผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน และส่งต่อการดูแลให้สถานฟื้นฟูสภาพในทุกๆ ระยะของการเปลี่ยนถ่ายการดูแล จาก การนำแนวคิดของ TCM²³ มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อช่วยเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัวในการจัดการตนเองได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง พยาบาลมีส่วนสำคัญในการให้คำปรึกษา/คำแนะนำ (counseling/advice) เมื่อผู้ป่วยและญาติมีข้อสงสัยเกี่ยวกับแผนการรักษาหรือการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะวิธีการจัดการตนเองให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ป่วยสามารถตั้งเป้าหมายการรักษา (goal setting) ควบคุมตนเอง (self-monitoring) ตัดสินใจ (decision making) และจัดการภาวะความเจ็บป่วย (managing symptoms) ของตนเองได้ ซึ่งนอกจากจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีด้านสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ยังเกิดประโยชน์ต่อประเทศในภาพรวม ด้านการลดภาระค่าใช้จ่ายในการจัดการโรคหลอดเลือดสมองและผลกระทบที่อาจตามมา

5. การฝึกทักษะต่างๆ ที่จำเป็นต่อการจัดการตนเอง (self-management skills) ได้แก่ ทักษะการแก้ปัญหา (problem solving) ทักษะในการตัดสินใจ (decision making) การควบคุมตนเอง (self-regulation) การเฝ้าติดตามตนเอง (self-monitoring) การกำหนดเป้าหมายในการจัดการโรค (goal setting) และการสร้างความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน (building self-efficacy) พยาบาลมีบทบาทหลักในการจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการพัฒนาทักษะที่จำเป็นเหล่านี้ โดยยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการจัดการตนเอง มีการใช้สถานการณ์ตัวอย่าง และให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันวางแผนแก้ปัญหา ฝึกการตัดสินใจ กำหนดเป้าหมายที่ต้องการ

ปรับเปลี่ยนในการจัดการโรคที่เป็นไปได้ เพื่อสร้างความมั่นใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง เมื่อสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาและจัดการภาวะสุขภาพตามเป้าหมายที่ตั้งใจไว้ได้ ผู้ป่วยจะมีทักษะในการจัดการตนเองที่เพิ่มพูนขึ้น

6. การสร้างสัมพันธ์ภาพและประสานความร่วมมือกับผู้ป่วย (establishing patient-provider relationship and collaboration) ครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพ กุญแจสำคัญในการทำให้การจัดการตนเองประสบความสำเร็จ คือ ความไว้วางใจจากผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นสิ่งแรกเมื่อกำแพงระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยถูกทำลาย ผู้ป่วยและครอบครัวจะเปิดใจและให้ความร่วมมือตามแผนการรักษา ส่งผลให้การส่งเสริมการจัดการตนเองทำได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้พยาบาลยังเป็นตัวกลางในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพ ทักษะการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพจึงเป็นสิ่งที่สำคัญเช่นกัน หากมีการสื่อสารที่ดีภายในทีมผู้ดูแล การให้บริการก็จะมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ผู้ป่วยและครอบครัวก็จะมีคามพึงพอใจในการบริการ และให้ความร่วมมืออย่างต่อเนื่อง

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสำคัญระดับโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างไม่หยุดยั้ง จากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั่วโลก พบว่าการจัดการตนเองประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังรวมถึงโรคหลอดเลือดสมอง จึงอาจเป็นทางออกในการจัดการกับปัญหาโรคหลอดเลือดสมองนี้ซึ่งมีผู้ให้คำนิยามการจัดการตนเองไว้หลากหลาย โดยสรุปการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คือ ความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการกับภาวะสุขภาพ ทั้งภาวะความเจ็บป่วยและผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ตลอดจนการรักษาสุขภาพและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดำเนินชีวิตเพื่อการใช้ชีวิตอยู่กับโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ จากที่ได้นำเสนอเกี่ยวกับทฤษฎีและโปรแกรมเกี่ยวกับการจัดการตนเองในต่างประเทศ หลายประเทศมีการนำแนวคิดการจัดการตนเองมาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ CDSMP, CCM, ECCM, ICC, TCM และ IFSMT โดยมีวิธีการต่าง ๆ ที่นำมาใช้เพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วย เช่น การสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support), การเฝ้าติดตามตนเอง (self-monitoring), การควบคุมตนเอง (self-regulation) การแก้ปัญหา (problem solving) และการตัดสินใจ (decision making) เป็นต้น ซึ่งมีการเสนอแนวทางการประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว เช่น การสร้างแรงสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน การฝึกทักษะต่างๆ ที่จำเป็นต่อการจัดการตนเอง และการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เป็นต้น

ประเทศไทยเริ่มมีการนำวิธีการจัดการตนเองมาใช้และพบความสำเร็จในการจัดการโรคหลอดเลือดสมองในคนไทย เช่น การจัดการผู้ป่วยรายกรณี แต่ยังขาดงานวิจัยสนับสนุนอยู่จำนวนมาก จึงควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยเพิ่มขึ้น เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการให้บริการผู้ป่วยอย่างมีมาตรฐานในอนาคต โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วย ควรทำการศึกษาวิจัยผลลัพธ์จากการนำแนวคิดการจัดการตนเองไปใช้ในการดูแล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายควรให้การสนับสนุนการนำแนวคิดและวิธีการจัดการตนเองไปใช้ในองค์กรสุขภาพระดับนโยบาย เช่น การออกนโยบายส่งเสริมการนำวิธีการจัดการตนเองไปใช้ในการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การจัดตั้งกลุ่มแกนนำเพื่อนำการจัดการตนเองมาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ดีทางคลินิกและชุมชน (Good Nursing Practice Guidelines) สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

References

1. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013.
2. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011.
3. Thai Bureau of Non Communicable Diseases [TB–NCD]. World Stroke Day 2017 Campaign [Internet]. 2017 [cited 2018 Aug 3]. Available from: http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/ประเด็นสารรณรงค์วันอัมพาตโลกปี_2560_2560_.pdf. (in Thai).
4. International Health Policy Program Foundation. Burden of disease Thailand 2014. Nonthaburi: Graphico Systems; 2017. (in Thai).
5. Strategy and Planning Division, Thailand Ministry of Public Health. Annual report of Thai Bureau of Non Communicable Diseases 2016. Bangkok: War Veterans Organization of Thailand; 2016. (in Thai).
6. World Stroke Organization. Learn how to prevent a stroke [Internet]. 2018 [cited 2018 Jul 31]. Available from: <https://www.worldstrokecampaign.org/learn/learn-how-to-prevent-a-stroke.html>
7. Parke HL, Epiphaniou E, Pearce G, Taylor SJ, Sheikh A, Griffiths CJ, Greenhalgh T, Pinnock H. Self-management support interventions for stroke survivors: a systematic meta-review. PLoS One 2015;10(7):e0131448.
8. Warner G, Packer T, Villeneuve M, Audulv A, Versnel J. A systematic review of the effectiveness of stroke self-management programs for improving function and participation outcomes: self-management programs for stroke survivors. Disabil Rehabil 2015;37(23):2141–63.
9. Thutsaringkarnsakul S, Aungsuroch Y, Jitpanya C. Self-management program on blood pressure control in Thai hypertensive patients at risk for stroke: a randomized controlled trial. J Health Res 2012;26(5):243–9.
10. Kummarg U, Sindhu S, Muengtaweepongsa S. The early outcomes of nurse case management in patients with acute ischemic stroke treated with intravenous recombinant tissue plasminogen activator: a prospective randomized controlled trial. Neurol Res Int 2018;2018:1–7.
11. Creer TL. Self-management of chronic illness. In: Boekarts M, Pintrich P, Seidner M, editors. Self-regulation: theory, research, and applications. Orlando, FL: Academic Press; 2000. p. 601–29.
12. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: Freeman; 1997.
13. Browder DM, Shapiro ES. Applications of self-management to individuals with severe handicaps: a review. J Assoc Pers Sev Handicaps 1985;10:200–8.

14. Barlow JH, Sturt J, Hearnshaw H. Self-management interventions for people with chronic conditions in primary care: examples from arthritis, asthma and diabetes. *Health Educ J* 2002;61:365-78.
15. Lorig KR, Holman, HR. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med* 2003;26:1-7.
16. Ryan P, Sawin KJ. The individual and family self-management theory: background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nurs Outlook* 2009;57(4):217-25.
17. Sane A. Self-management program in chronic diseases. *J Royal Thai Army Nurs* 2014 ;15(2): 129-34. (in Thai).
18. Wattana C. Self-management support: strategies for promoting disease control. *Journal Phrakokkiao Nursing College* 2015;26(1):117-27. (in Thai).
19. Lorig KR, Sobel DS, Stewart AL, Brown JrBW, Bandura A, Ritter P, et al. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. *Med Care* 1999;5-14.
20. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff* 2001;20(6):64-78.
21. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, et al. The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Healthc Q* 2003;7(1):73-82.
22. World Health Organization. Innovative Care for Chronic Conditions: building Blocks for Action [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2002 [cited 2018 August 2]. Available from: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccreport/en/>.
23. Naylor MD, Broton DA, Campbell RL, Maislin G, McCauley KM, Schwartz JS. Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2004;52:675-84.
24. Kidd T, Carey N, Mold F, Westwood S, Miklaucich M, Konstantara E, et al. A systematic review of the effectiveness of self-management interventions in people with multiple sclerosis at improving depression, anxiety and quality of life. *PloS One* 2017;12(10):1-16.
25. Pinnock H, Parke HL, Panagioti M, Daines L, Pearce G, Epiphaniou E, et al. Systematic meta-review of supported self-management for asthma: a healthcare perspective. *BMC Med* 2017;15(1):64.
26. Lennon S, McKenna S, Jones F. Self-management programmes for people post stroke: a systematic review. *Clin Rehabil* 2013;27(10):867-78.
27. Ahn S, Basu R, Smith ML, Jiang L, Lorig K, Whitelaw N, et al. The impact of chronic disease self-management programs: healthcare savings through a community-based intervention. *BMC Public Health* 2013;13(1):1141-6.
28. Kennedy A, Reeves D, Bower P, Lee V, Middleton E, Richardson G, et al. The effectiveness and cost effectiveness of a national lay-led self care support programme for patients with long-term conditions: a pragmatic randomised controlled trial. *J Epidemiol Community Health* 2007;61(3):254-61.
29. Seesawang J, Thongtaeng P, Yodthong D. Effectiveness of self-management supportive program among hypertensive older people. *Ramathibodi Nursing Journal* 2014;20(2):179-92. (in Thai).

30. Chumchiang P. The Effects of self-management support program on health behaviors and body mass index in people with pre-diabetes. *Nursing Public Health and Education Journal* 2018;19(1):108-19. (in Thai).
31. Wagner EH, Davis C, Schaefer J, Von Korff M. A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature?. *Managed Care Q* 1999;7(3):56-66.
32. Boehmer KR, Dabrth AMA, Gionfriddo MR, Erwin P, Montori VM. Does the chronic care model meet the emerging needs of people living with multimorbidity? a systematic review and thematic synthesis. *PloS One* 2018;13(2):1-17.
33. Reynolds R, Dennis S, Hasan I, Slewa J, Chen W, Tian D, et al. A systematic review of chronic disease management interventions in primary care. *BMC family practice* 2018;19(1):11-23.
34. Tossanoot S, Sirikamonsathian B. A situation study of using Chronic Care model in caring for diabetes type 2 patients. *Journal of Health Science Research* 2016;10(2):29-40. (in Thai).
35. Prasanwong J, Singdong P, Samsan R. Caring system development for stroke's patients at Sisaket Hospital. *Journal of Nursing Division* 2012;39(2):51-65. (in Thai).
36. Albert NM. A systematic review of transitional-care strategies to reduce rehospitalization in patients with heart failure. *Heart Lung* 2016;45(2):100-13.
37. Puhr MI, Thompson HJ. The use of transitional care models in patients with stroke. *J Neurosci Nurs* 2015;47(4):223-34.
38. Paksee N, Sirapo-ngam Y, Monkong S, leelacharas S. Effect of transitional care program for stroke patients and family caregivers on caregiver's preparedness, stress, adaptation, and satisfaction. *Ramathibodi Nursing Journal* 2016;22(1):65-80. (in Thai).
39. Moonthee W, Monkong S, Sirapo-ngam Y, Leelacharas S. Impact of transitional care programme and family caregivers on stroke patients' routine activity performance, complications, and satisfaction. *Thai Journal of Nursing Council* 2016;31(1):95-110. (in Thai).
40. Feigin VL, Roth GA, Naghavi M, Parmar P, Krishnamurthi R, Chugh S, et al. Global burden of stroke and risk factors in 188 countries, during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet Neurol* 2016;15(9):913-24.