

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

โรคหัวใจวายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งของประเทศไทย เพราะเป็นอาการทางคลินิกที่เป็นการดำเนินการของโรคในระยะท้ายของโรคหัวใจเกือบทุกชนิด เป็นภาวะที่พบได้บ่อยโดยมีความชุกของโรคเฉลี่ยประมาณร้อยละ 1 ของประชากร และมีอัตราการตายสูงเฉลี่ยประมาณร้อยละ 10 ต่อปี (รังสฤษฏ์ กาญจนะวณิชและอรินทยา พรหมินธิกุลรังสฤษฏ์, มปป.) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานจำนวนผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐในประเทศไทย จำแนกตามกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดในปี พ.ศ. 2553พบว่าภาวะหัวใจวายสูงเป็นอันดับ 3 อัตรา 16.93 ต่อผู้ป่วยใน 100,000 คน (นรลักษ์ณธ์ เอื้อกิจ และ พัชรวรรณ ศรีคง, 2556) สำหรับสถิติผู้ป่วยโรคหัวใจวายในประเทศสหรัฐอเมริกา พบมีผู้ป่วยภาวะหัวใจวายใหม่เพิ่มขึ้นปีละ 550,000 คน (American Heart Association: AHA, 2004) อุบัติการณ์ส่วนใหญ่จะเกิดในคนช่วงอายุ 50 - 59 ปี และเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยเฉพาะในช่วงอายุ 80 - 89 ปี จะพบได้ 66 คน ต่อประชากร 1,000 คน (Redfield, 2003) นอกจากนี้ยังพบอัตราการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลภายใน 3 เดือน ประมาณร้อยละ 47 (Tully, 2002; Tacchetta - Chapnick, 2002; Brozena & Jessup, 2003) การพยากรณ์ของโรคขึ้นอยู่กับความรุนแรง ในรายที่มีอาการเล็กน้อยมีโอกาสเสียชีวิตร้อยละ 5-10 ในรายที่มีอาการรุนแรงมากมีโอกาสเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 30-50 (Francis, Gassler, & Sonnecklick, 2001) ผู้ป่วยที่ต้องรับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล มีระยะเวลาอนเฉลี่ย นานราว 10-20 วัน และใช้ทรัพยากรสาธารณสุขในการดูแลรักษาสูงเป็นภาระค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพ

โรคหัวใจวายเกิดจากความพร่องในการทำหน้าที่ของหัวใจ ทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายหรือรับเลือดกลับเข้าสู่หัวใจได้ตามปกติ ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ หายใจเหนื่อยหอบในตอนกลางคืน อ่อนเพลีย บวมตามร่างกาย (Francis et al., 2001) ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจะมีภาวะน้ำท่วมปอด โดยจะมีอาการไอ มีเสมหะเป็นฟองและมีเลือดปน อาจทำให้เสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการรักษาอย่างรีบด่วน (Perrin, 2002) เมื่อมีอาการเหนื่อยหอบ ผู้ป่วยต้องใช้กล้ามเนื้อเกี่ยวกับการหายใจมากขึ้น หายใจขัดถี่ และลำบากขึ้น ต้องออกแรงมากขึ้นเมื่อหายใจ (Francis et al., 2001) อาการเหนื่อยหอบจะพบได้บ่อยในตอนกลางคืนหลังจากนอนหลับแล้ว ประมาณ 3 - 4 ชั่วโมง ถ้ามีอาการรุนแรงมากอาจหยุดหายใจเป็นช่วง ๆ (Paroxysmal Nocturnal Dyspnea) แต่เมื่อผู้ป่วยลุกขึ้นนั่งอาการเหนื่อยหอบจะลดลง ผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงจากอาการเหนื่อยหอบ ไอ บวมที่ข้อเท้า หลังเท้า ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีเสื้อผ้าหรือสวมแหวนแล้วคับ ความทนในการทำกิจกรรมลดลง (Riegel, Cason, & Glaser, 2000; British Columbia Ministry of Health Services, 2003) ภาวะของโรคที่ดำเนินไปส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายของผู้ป่วย โดยตรง ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยล้า และเหนื่อยหอบมากขึ้นจะมีความทนในการทำกิจกรรมลดลง นอกจากนี้ภาวะของโรค ยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ ผู้ป่วยมักจะมีอาการวิตกกังวล เพราะรับรู้หัวใจเป็นอวัยวะที่สำคัญ เมื่อภาวะหัวใจวายมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น อาการเลวลง ผู้ป่วยจะกลัวการสูญเสียหน้าที่ของหัวใจอย่างถาวรและกลัว

เสียชีวิต (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552) ภาวะการเจ็บป่วยของโรคทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง และส่งผลกระทบต่อครอบครัวทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม ผู้ป่วยเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้พึ่งพาผู้อื่นมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงเนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง (วันทนีย์ แสงวัฒนะรัตน์, 2545)

เป้าหมายของการจัดการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจวาย เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต เพิ่มบทบาทการดูแลตนเอง ลดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการนอนซ้ำ(รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์และอรินทยา พรหมินธิกุล รังสฤษฎ์, มปป.) ดังนั้น การฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจที่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยโรคหัวใจมีการฟื้นฟูสภาพและกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจจะเน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การลดปัจจัยเสี่ยง การจัดการความเครียดและการควบคุมน้ำหนัก เป็นต้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ถือเป็นสิ่งจำเป็นที่ช่วยชะลอความเสี่ยงของพยาธิสภาพของโรคไม่ให้รุนแรงขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2546) Miller (1999) พบว่า การออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ 8-12 สัปดาห์ จะทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ทำให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจได้ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายสามารถควบคุมได้ ถ้าผู้ป่วยเฝ้าต่อการรับรู้ความรุนแรง เช่น อาการหอบเหนื่อยในระยะเริ่มต้น อาการบวม (วันทนา มณีสศิลป์, 2543) การรับประทานยา ร่วมกับมีการปรับตัวด้านจิตสังคมที่ดี (Byrne, Waish, & Murphy, 2005) ซึ่งสอดคล้องกับหลักการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ โดยเน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การลดปัจจัยเสี่ยง การจัดการความเครียดและการควบคุมน้ำหนัก เป็นต้น

การชี้แนะ เป็นกระบวนการให้คำแนะนำ และการสอนรายบุคคล เพื่อเพิ่มความรู้ ทักษะและความสามารถในการทำงานที่เน้นการพัฒนาความรู้ และทักษะของผู้เรียน ในสิ่งที่ผู้ใดมีความเชี่ยวชาญมีพื้นฐานจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เชี่ยวชาญและผู้เรียน เป็นรูปแบบการเรียนรู้รายบุคคล ด้วยวิธีการสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ ผู้ที่เป็นโค้ชจะต้องมีความรู้มีประสบการณ์ มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้นเป็นอย่างดี เป็นผู้อำนวยความสะดวก เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ใช้ความคิดริเริ่ม การคิดอย่างมีวิจรรย์ญาณ วิเคราะห์ปัจจัยต่างๆทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยมีโอกาสพิจารณาเลือกทางปฏิบัติอย่างมีอิสระด้วยตนเอง เพื่อให้สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต มีปฏิสัมพันธ์กัน เพื่อหาทางให้ผู้ป่วยแก้ปัญหาสุขภาพ และให้ความร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพ กระบวนการช่วยเหลือให้ผู้เรียนสร้างและพัฒนาความสามารถของตนเองทั้งในด้านความรู้และทักษะการปฏิบัติ โดยมีผู้สอนคอยให้ความช่วยเหลือ หรือกระตุ้นผู้เรียนให้มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามศักยภาพ กระบวนการเรียนรู้ การสอนอยู่ภายใต้บรรยากาศของความไว้วางใจ อบอุ่น เอื้ออาทร ให้กำลังใจ และเชื่อถือซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการเรียนรู้อย่างมีความสุข (สุรีย จันทรโมลี, 2543; ทิพาพันธ์ สังฆะพงษ์ และคณะ, 2546; Spross, 2009; Blanchard & Thacker, 2004)

ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้นี้จึงต้องการทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจของผู้ป่วยโรคหัวใจวาย โดยมุ่งเน้นพัฒนาและทดสอบโปรแกรมลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจวาย เพื่อสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยให้

สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและแบบแผนการดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

การทดสอบโปรแกรมลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมสุขภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจวาย

ขอบเขตของโครงการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาปัจจัยเสี่ยงและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจวาย ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

กรอบแนวคิด (Conceptual Framework)

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิด สามัญสำนึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Common sense Model) ของ ลีเวนทัล (Leventhal, Meyer, & Nerenz 1980) การส่งเสริมพฤติกรรมของเพนเดอร์ (Pender, Murdough, & Parson, 2006) และการปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based practice)

กรอบแนวคิด สามัญสำนึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Common sense Model) ของ ลีเวนทัล (Leventhal, Meyer, & Nerenz 1980) เป็นกรอบแนวคิดที่มุ่งเน้นการจัดการกับปัญหาการเจ็บป่วยที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การจัดการที่ดีหรือไม่ดีขึ้นอยู่กับความคิดเห็นของผู้ป่วยในการจัดการกับสุขภาพของตนเอง ภายใต้การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย อาจมาจากการประสบการณ์การเจ็บป่วยที่ผ่านมา คำแนะนำของทีมสุขภาพ และข้อมูลเกี่ยวกับอาการของโรคที่มาจาก การบอกเล่าของคนอื่น ที่เกี่ยวกับ สาเหตุ ผลกระทบ การควบคุมโรค ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาของโรคของตนเองแล้ว การนำประมวลความคิดเพื่อวิเคราะห์หาทางแก้ไข แล้วจะทำการตัดสินใจและจัดการกับการเจ็บป่วยตามการรับรู้และความเข้าใจ ซึ่งจะส่งผลถึงผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีขึ้นในที่สุด หากผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยจะมีการทบทวนเพื่อหาแนวทางที่จะทำให้ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีขึ้น ทั้งนี้บุคคลกรทางด้านสุขภาพมีส่วนช่วยให้ข้อมูล แนวทางแก้ไข รวมทั้งการช่วยเพิ่มศักยภาพในการวิเคราะห์ของผู้ป่วย

กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's health promotion model; Pender, Murdaugh, & Parson, 2006) เป็นกรอบแนวคิดเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงมาสู่ภาวะพฤติกรรมสุขภาพ กรอบแนวคิดประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานและประสบการณ์ส่วนบุคคล (Individual characteristics and experiences) อาทิ เช่น เพศ อายุ การศึกษา ดัชนีมวลกาย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความคิดและความชอบ (Behavior-specific cognitions and affect) เช่น ความเชื่อ การสนับสนุนจากสังคม สถานการณ์สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral outcome) ทั้งที่สามารถสังเกตเห็นและไม่สามารถสังเกตเห็น

การปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based practice) ปัจจุบันการเจ็บป่วยของคนไทยเป็นการเจ็บป่วยที่ซับซ้อน การให้บริการแบบดั้งเดิมไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอและให้ผลลัพธ์ที่เป็นไปตามความคาดหวัง ไม่สามารถตอบสนองต้องการของผู้ป่วยและญาติ การสร้าง “นวัตกรรมหรือรูปแบบวิธีการ ใหม่ ๆ” มาใช้ในการให้บริการสุขภาพ จึงจำเป็นต้องพัฒนาขึ้นมาภายใต้การปฏิบัติโดย

ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งแนวคิดนี้เป็นการนำองค์ความรู้ที่ผ่านการสกัด วิเคราะห์และสังเคราะห์จากงานวิจัยหลายๆ ชิ้นที่ถูกลำไปทดสอบและมีผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีเกิดขึ้น

ซึ่งการผสมผสานแนวคิดดังกล่าว จะทำให้สามารถเข้าใจผู้ป่วยโรคหัวใจวายได้ มีแนวทางที่ชัดเจนในการแก้ไขปัญหและสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะทำให้พยาบาล บุคลากรทางด้านสุขภาพและหน่วยงานสาธารณสุขสามารถให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย แนวคิดเกี่ยวกับโรคหัวใจวาย การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และการชี้แนะเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจวาย

แนวคิดเกี่ยวกับโรคหัวใจวาย

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการซึ่งมีสาเหตุจากความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ จากความผิดปกติของโครงสร้างหรือการทำงานที่ของหัวใจ มีผลทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายหรือรับเลือดกลับเข้าสู่หัวใจได้ตามปกติ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2557)

สาเหตุ

สาเหตุของการเกิดโรคหัวใจวาย สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ สาเหตุพื้นฐาน และสาเหตุที่ชักนำของหัวใจวาย (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550) ดังนี้

1. สาเหตุพื้นฐาน (Underlying cause) เกิดจากโรคหัวใจชนิดต่าง ๆ ที่ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักและมีความผิดปกติในการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ ดังนี้

1.1 ปริมาตรเลือดที่มีมากเกินไป (Volume overload) หรือหัวใจต้องออกแรงบีบตัวมากเกินไปทำให้ปริมาตรเลือดก่อนหัวใจบีบตัวมากเกินไป จนเลือดที่ออกจากหัวใจหรือ Stroke volume ลดลง

1.2 ความผิดปกติในการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ (Cardiomyopathy) เป็นภาวะที่มีการขัดขวางของการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจจากพยาธิสภาพที่กล้ามเนื้อหัวใจโดยตรง เช่น กล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction) โรคกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบจากการติดเชื้อต่าง ๆ โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery)

2. สาเหตุชักนำ (Precipitating cause) เป็นสาเหตุที่เกิดขึ้นแล้วส่งผลกระทบต่อการทำงานของหัวใจ สามารถแยกได้ดังนี้

2.1 การอุดตันของหลอดเลือดภายในปอด (Pulmonary embolism) อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีปริมาตรเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาทีน้อยเกินไป ทำให้มีการคั่งของการไหลเวียนของเลือด การนอนนาน ๆ ทำให้เกิดการอุดตันในหลอดเลือดดำที่ขาในอุ้งเชิงกรานลิ่มเลือดที่อุดตัน จะมีการไหลเวียนไปตามกระแสเลือด และมาอุดตันหลอดเลือดที่ปอด ทำให้เพิ่มความดันภายในปอดอย่างเฉียบพลัน เกิดการคั่งของเลือดหัวใจห้องล่างขวาและปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลงจึงไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายไม่เพียงพอ

2.2 การติดเชื้อภายในร่างกาย เป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจวาย เนื่องจากภาวะติดเชื้อทำให้มีไข้ หัวใจเต้นเร็วขึ้น มีการใช้พลังงานภายในร่างกายมากขึ้น ออกซิเจนในเลือดต่ำลง ทำให้หัวใจต้องบีบตัวและทำงานหนักมากขึ้นโดยเฉพาะการติดเชื้อที่บริเวณปอด

2.3 การเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ สาเหตุที่พบได้บ่อยได้แก่ หัวใจเต้นผิดจังหวะจากการเต้นที่เร็วมากหรือเต้นช้าเกินไป ทำให้การบีบตัวของหัวใจไม่มีความสัมพันธ์กันมีผลทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้นเพื่อเพิ่มปริมาณเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาที และภาวะต่อมไทรอยด์เป็นพิษทำให้เมตตาบอลิซึมของร่างกายสูงขึ้น ทำให้หัวใจเต้นเร็วและทำงานหนักเพิ่มขึ้น

อาการและอาการแสดง

การแบ่งชนิดของอาการและอาการแสดงของโรคหัวใจวาย โดยแบ่งตามอาการ อาการแสดงทางคลินิกตามพยาธิสรีรวิทยาสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท (ไพศาล ลีละชัยกุล, 2550; Smeltzer et al., 2010) ดังนี้

1.ภาวะหัวใจซีกซ้ายวาย (Left side heart failure) สาเหตุเกิดจากพยาธิและการเสื่อมสมรรถภาพของหัวใจห้องล่างซ้าย โดยหัวใจห้องล่างซ้ายจะต้องออกแรงต้านในการบีบเลือดออกจากหัวใจเพิ่มขึ้นเพื่อส่งเลือดให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย และทำให้มีการคั่งของปริมาตรเลือดในหัวใจห้องล่างซ้ายมากขึ้น ทำให้ความดันในหัวใจห้องบนซ้ายเพิ่มขึ้น และเกิดความดันย้อนกลับไปที่หลอดเลือดดำในปอด เกิดภาวะน้ำท่วมปอดขึ้นเมื่อมีปริมาตรเลือดในระบบไหลเวียนเลือดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน จนทำให้เวนตริเคิลซ้ายไม่สามารถปรับชดเชยได้ต่อไป จะเกิดภาวะหัวใจซีกซ้ายวายในที่สุด จะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการที่แสดงถึงภาวะน้ำท่วมปอด อาการจากปริมาตรเลือดออกจากหัวใจลดลง และอาการแสดงทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ดังนี้

1.1 อาการหอบเหนื่อยหรืออาการหายใจลำบาก (Dyspnea) เป็นอาการที่พบได้บ่อยในโรคหัวใจวาย ซึ่งเกิดจากความดันในหลอดเลือดดำของปอดที่เพิ่มขึ้น จะทำให้ปอดขยายตัวได้ไม่ดี ทำให้ผู้ป่วยต้องออกแรงเพิ่มมากขึ้นในการหายใจ ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก (Dyspnea) ผู้ป่วยบางรายอาจพบอาการหอบเหนื่อยเมื่อออกแรง (Dyspnea on exertion) จะเกิดขึ้นเมื่อมีการออกแรงหายใจ แต่เมื่อพักอาการหอบเหนื่อยจะหายไป หรืออาจพบอาการหอบเหนื่อยในท่านอนราบ (Orthopnea) จะเกิดขึ้นเมื่อนอนราบจะมีอาการหายใจหอบจะทำให้ปอดขยายตัวได้ไม่ดี จากการที่ปอดมีเลือดคั่ง และบวมน้ำทำให้กระบังลมยกสูงขึ้นไปเบียดปอดแต่ถ้านั่งอาการหอบเหนื่อยจะลดลง โดยมีอาการหอบเหนื่อยเป็นพัก ๆ ในตอนกลางคืน (Paroxysmal nocturnal dyspnea : PND)

1.2 อาการไอ โรคหัวใจวายระยะแรกจะมีอาการไอแห้ง ๆ ระคายคอและอาการไอแสดงถึงการมีเลือดอุดตันหลอดเลือดภายในปอด มักเกี่ยวข้องกับอาการหอบเหนื่อยและมักเกิดขึ้นในตอนกลางคืน

ถ้าพบอาการไอเป็นเลือดหรือเสมหะมีฟองเป็นสีชมพู พบได้บ่อยในภาวะน้ำท่วมปอดอย่างเฉียบพลัน (Acute pulmonary edema)

1.3 อาการอ่อนเพลีย จากการที่ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง ทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อได้เพียงพอ เนื้อเยื่อของร่างกายมีการขาดออกซิเจนและการถ่ายของเสียจากการเผาผลาญออกจากร่างกายได้ช้า ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการอ่อนเพลียได้ง่าย

1.4 อาการทางระบบไต สาเหตุเกิดจากเมื่อปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลงเลือดจึงไปเลี้ยงไตลดลง เกิดได้ทั้งในภาวะหัวใจซีกขวาและซ้ายวาย แต่มักจะปรากฏชัดเมื่อมีภาวะหัวใจซีกซ้ายวาย

1.5 อาการทางระบบประสาท เนื่องจากเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง จะทำให้มีอาการเหนื่อยง่าย ความจำเสื่อม สับสน หงุดหงิด กระวนกระวายหรือวิตกกังวล เป็นลม หมดสติ นอนไม่หลับ ซึมลง จากอาการทางระบบประสาทหรืออาการทางสมอง ซึ่งอาการทางสมองและระบบประสาทอาจเกิดจากการระบายอากาศไม่เพียงพอหรือการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอต่อความต้องการ

2. ภาวะหัวใจซีกขวาวาย (Right side heart failure) เกิดจากความดันในหัวใจข้างขวาจะสูงขึ้น เลือดดำจากร่างกายจะไหลกลับเข้าสู่หัวใจห้องบนขวาไม่ได้ เกิดการไหลย้อนกลับของเลือดทั่วร่างกาย จึงเกิดการคั่งของเลือดตามหลอดเลือดดำและอวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะที่ตับ และเกิดการรั่วซึมของน้ำเลือดออกมาในช่องว่างระหว่างเซลล์ (Interstitial fluid) นอกจากนี้ยังเกิดการคั่งของเลือดที่ขา ท้อง เป็นต้น บวมทั่วร่างกาย (Systemic edema) จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงที่เกิดจากการมีเลือดคั่งตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ดังนี้

2.1 อาการบวม (Edema) เป็นอาการที่พบมากในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจซีกขวาวาย (Right side heart failure) เป็นผลจากเลือดคั่งตามหลอดเลือดส่วนปลายหรือส่วนต่ำของร่างกายที่มีการไหลกลับของหัวใจได้ไม่ดี ทำให้สารเหลวเข้าสู่ช่องว่างระหว่างเซลล์ ในระยะ แรกอาจสังเกตเห็น แต่จะทราบได้จากการชั่งน้ำหนัก เมื่อภาวะหัวใจวายรุนแรงมากขึ้นจะสังเกตอาการบวมได้ง่ายขึ้น บางรายอาจบวมทั้งตัว รวมทั้งอวัยวะสืบพันธุ์ หน้าอก แขน ขา ใบหน้า และมีภาวะท้องมานร่วมด้วย

2.2 อาการทางระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน แน่นท้อง ท้องอืด และท้องผูก เป็นอาการที่เกิดจากการคั่งของเลือดในกระเพาะอาหารและลำไส้ จึงทำให้การหลั่งน้ำย่อยลดลงและลำไส้เคลื่อนไหวลดลง หากเป็นระยะสุดท้ายของภาวะหัวใจวายเรื้อรัง อาจเกิดอาการผอมแห้งเนื่องจากขาดสารอาหาร ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายอาจพบตับโตและกดเจ็บ (Hepatomegaly) (ผ่องพรรณอรุณแสง, 2552; สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550)

2.3 อาการทางระบบหัวใจและหลอดเลือด จะพบหลอดเลือดดำที่คอโป่ง (Jugular vein engorgement) เมื่อหัวใจซีกขวาวาย ความดันในเวนทริเคิลขวาสูงจากเลือดคั่ง จึงมีแรงดันการไหลของ เลือดจากเอเทรียมขวาสู่เวนทริเคิลและแรงดันนี้จะดันการไหลของหลอดเลือดเข้าสู่หัวใจห้องบนขวาทำให้มีเลือดคั่งในหลอดเลือด Vena cava และหลอดเลือดดำที่คอ ส่งผลให้หลอดเลือดดำที่คอโป่ง

ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย

การแบ่งความรุนแรงของภาวะหัวใจวายสามารถแบ่งได้ตามระยะของโรคหรือการดำเนินของโรค และแบ่งตามอาการของผู้ป่วยซึ่งจะมีประโยชน์ในการพิจารณาแนวทางการรักษาโดยสมาคมแพทย์โรคหัวใจในอเมริกาและสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา American College of Cardiology/ American Heart Association [ACC/ AHA] (American Heart Association, 2014; รั้งสุภษฎ์ กาญจนะวณิช, 2547) สามารถแบ่งภาวะหัวใจวายตามการดำเนินของโรคเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ขั้นที่ 1 หรือ Stage A ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจวาย แต่ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพที่ชัดเจนและไม่มีผลของการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ เยื่อหุ้มหัวใจ หรือลิ้นหัวใจ ผู้ป่วยเหล่านี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี มีประวัติเคยมีกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคลิ้นหัวใจผิดปกติ มีประวัติโรคหัวใจในครอบครัว การได้รับยาหรือสารที่เป็นพิษต่อหัวใจและการดื่มสุราเรื้อรัง

ขั้นที่ 2 หรือ Stage B ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของหัวใจแล้วแต่ยังไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจวาย เช่น ผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อเวเนตริเคิลหนา (Left ventricle hypertrophy) การทำงาน

ของหัวใจบกพร่องจากเบาหวาน (Diabetic cardiomyopathy) หรือหัวใจโตจากลิ้นหัวใจผิดปกติแต่ยังไม่แสดงอาการ

ขั้นที่ 3 หรือ Stage C ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของหัวใจและกำลังมีหรือเคยมีอาการของภาวะหัวใจวายเป็นอาการที่ ยังสามารถควบคุมอาการโดยการรักษาด้วยยามาตรฐาน

ขั้นที่ 4 หรือ Stage D มีพยาธิสภาพของหัวใจขั้นรุนแรงเป็นระยะสุดท้าย มีอาการแม้อยู่ในระยะพัก ไม่สามารถควบคุมด้วยยามาตรฐานและต้องได้รับการรักษาพิเศษเพิ่มเติม

นอกจากนี้ยังสามารถประเมินระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย ที่แบ่งตามความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย จากความสามารถในการทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ (Function classification of heart failure) ของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association [NYHA]) (Yancy et al., 2013) เพื่อเป็นการกำหนดการดูแลรักษาได้อย่างชัดเจนสามารถแบ่ง เป็น 4 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 หรือ Class I ไม่มีขีดจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือกิจวัตรประจำวัน ถ้ามีกิจกรรมตามปกติจะไม่มีอาการ อ่อนเพลีย ใจเต้น ใจสั่น เหนื่อย หายใจลำบาก หรือเจ็บหน้าอก

ระดับที่ 2 หรือ Class II มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย ถ้ามีกิจกรรมตามปกติจะมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อย หายใจลำบาก แต่อาการจะดีขึ้นเมื่อได้พัก

ระดับที่ 3 หรือ Class III มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ชัดเจน ถ้ามีกิจกรรมซึ่งออกแรงน้อยในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว จะมีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อย หายใจลำบาก หรือเจ็บแน่นหน้าอกได้ จะรู้สึกสุขสบายขึ้นเมื่อได้พัก

ระดับที่ 4 หรือ Class IV ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เลย แม้ในขณะที่พักยังมีอาการหอบ หายใจลำบากและจะหอบเหนื่อยมากขึ้นแม้ทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย หรือมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกได้ จะรู้สึกไม่สุขสบายแม้ในขณะที่พัก

เป้าหมายการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจวาย (รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์และอรินทยา พรหมนิธิกุล รังสฤษฎ์, มปป.)

1. การป้องกันโดยการรักษาและควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง หรือสาเหตุของการทำงานผิดปกติของหัวใจที่นำไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลวและการป้องกันและชะลอการเสื่อมของการทำงานของหัวใจ โดยการ

- 1.1 เพิ่มการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ
- 1.2 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีบทบาทในการดูแลตนเองอย่างเต็มประสิทธิภาพ
- 1.3 ประเมินปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษาต่อเนื่องและต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย
- 1.4 ส่งเสริมให้ญาติหรือผู้ใกล้ชิดมีบทบาทสำคัญในทีมร่วมดูแลรักษา
- 1.5 ให้ความรู้และคำปรึกษาตัวต่อตัวในทุกหัวข้อที่จำเป็น แก่ตัวผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแล
- 1.6 มีช่องทางให้ผู้ป่วยและญาติสามารถติดต่อทีมแพทย์และพยาบาลเพื่อขอปรึกษาได้ง่าย
- 1.7 อาศัยกลยุทธ์ต่าง ๆ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2. ลดอาการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และปรับปรุงคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น

3. ลดอัตราการตาย ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วย

หัวใจวาย

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจวาย

การพยาบาลผู้ป่วยหัวใจวายมีเป้าหมายสำคัญคือการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจ ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยและควบคุมอาการภาวะหัวใจวายได้เหมาะสม โดยมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยทั้งขณะที่อยู่ที่โรงพยาบาลและภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้ว ดังนี้ (นรลักษณ์ เอื้อกิจ และ พิชรพรรณ ศรีคง, 2556)

1. ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจในการบีบตัวไปเลี้ยงเนื้อเยื่อและอวัยวะต่างๆให้ดีขึ้น ลดการคั่งของน้ำในร่างกาย โดยการดูแลและให้คำแนะนำญาติและผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้รับยาครบตามแผนการรักษาของแพทย์ ให้ผู้ป่วยชั่งน้ำหนักหลังถ่ายปัสสาวะตอนเช้าทุกวัน จำกัดน้ำตามแผนการรักษาให้ได้ประมาณ 800-1,000 ซี.ซี
2. ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจวายได้ เช่น การสอนแนะนำเทคนิคคลายความเครียด การลดความวิตกกังวล การให้ข้อมูลการรักษาและการเปลี่ยนแปลงของอาการที่ดีขึ้น การ ส่งเสริมให้ญาติหรือครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
3. ช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในการควบคุมอาการภาวะหัวใจวายได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เช่น การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อ ป้องกันอาการกำเริบรุนแรง ลดการกลับเข้า รักษาซ้ำในโรงพยาบาล ได้แก่ เรื่อง การทำกิจกรรมและการออกกำลังกายที่สามารถทำได้ตามปกติอย่างเหมาะสม เช่น การหมนข้อ การเดิน โทเก็ท ซี่กง เป็นต้น การรับประทานอาหารที่ควบคุมโซเดียมให้ไม่เกินวันละ 2 กรัม ไม่เติมเกลือหรือเครื่องปรุงรสต่างๆในอาหารที่จะรับประทาน หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ และบุหรี และการพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอวันละประมาณ 8-10 ชั่วโมง เป็นต้น

การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (Cardiac rehabilitation)

องค์การอนามัยโลก (World Heart Organization) ได้กล่าวไว้ในปี คศ.1993 ว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (Cardiac rehabilitation) เป็นกิจกรรมที่จำเป็น ที่มีผลต่อการส่งเสริมเพื่อลดสาเหตุของโรคหัวใจที่เป็น รวมทั้งเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อช่วยให้ผลที่ การรักษามีประสิทธิภาพ และยังช่วยฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมหลังเจ็บป่วย จึงทำให้การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจไม่สามารถแยกออกจากการการรักษา แต่จะต้องบูรณาการร่วมกับการรักษา European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice แนะนำว่า การฟื้นฟูหัวใจนอกจากจะช่วยลดอัตราการตายหลังเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ กล่าวคือ ลดการตายจากทุกสาเหตุร้อยละ 13 ลดการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 26 ยังมีความคุ้มค่ามาก (cost-effectiveness) ในการลดปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์ , 2554)

การที่จะทำให้ประสิทธิภาพร่างกายและจิตใจผู้ป่วยกลับมาสู่ภาวะปกติได้อีกครั้งหนึ่งนั้น จำเป็นต้องมีกระบวนการของการฟื้นฟูหัวใจ (cardiac rehabilitation) ซึ่งมีระบบและขั้นตอนต่าง ๆ

เข้ามาเสริม โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะทำให้ผู้ป่วยนั้นสามารถที่จะกลับมามีร่างกายและจิตใจที่มีประสิทธิภาพ สามารถปฏิบัติ ภารกิจต่าง ๆ ได้ตามปกติรวมถึงการป้องกันไม่ให้เกิดโรคซ้ำ (secondary prevention) (ประวิชน์ ต้นประเสริฐ,2554) ซึ่งประกอบไปด้วย การรักษาด้วยยาโดยแพทย์ และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมี Lifestyle modification เป็นส่วนที่สำคัญที่สุดที่มักถูกละเลย แพทย์พยาบาลควรเป็นผู้ให้ความรู้ และชี้ประโยชน์ พร้อมทั้งเป็นตัวอย่างที่ดีแก่ผู้ป่วย ซึ่งได้แก่ การลดน้ำหนัก การควบคุมการรับประทานทั้งชนิดและปริมาณอาหาร รับประทานยาที่จำเป็นให้สม่ำเสมอเป็นประจำ และประการสำคัญที่สุดคือการต้องออกกำลังกาย ซึ่งเป็นสิ่งที่ยากต่อการปฏิบัติให้เป็นกิจวัตรประจำ ซึ่งจากสถิติของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกนั้นผู้ป่วยที่สามารถเข้าถึงบริการของ cardiac rehabilitation ได้นั้นมีเพียงประมาณ ร้อยละ 30 ของผู้ป่วยโรคหัวใจ อุปสรรคที่สำคัญก็คือการที่ทุกส่วนของผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดทั้งบุคลากรทางการแพทย์เอง รวมทั้งผู้ป่วยและญาติยังมีความเข้าใจน้อย และยังไม่ได้ทราบประโยชน์ที่แท้จริง (ประวิชน์ ต้นประเสริฐ,2554)

การทำให้เกิด Lifestyle modification หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยจะส่งผลในการรักษาที่ดี และต่อเนื่อง จากการเปรียบเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติ กับผู้ป่วยที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีการลดโอกาสเกิด กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และโรคหลอดเลือดหัวใจที่ต่อนอนโรงพยาบาล ผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ หรือขยายหลอดเลือด นอกจากนี้ยังพบวากลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีกิจกรรมอย่างเข้มข้น เวลานานกว่าจะลดดัชนีมวลกายลงได้ มีการศึกษาแบบควบคุม (Systematic review of randomized controlled trials) ในผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันในชุมชน ระหว่างปี 1990 ถึง ปัจจุบัน จำนวน 21 การศึกษา ประชากร 10,800 คน ติดตามอย่างน้อย 3 เดือน ที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาหาร ออกกำลังกาย ดูแลความเครียดทางอารมณ์ พบวากลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สามารถลดโอกาสตายจากทุกสาเหตุจาก 4 ใน 6 การศึกษา และสามารถลดโอกาสตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด 3 ใน 8 การศึกษา (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2554)

องค์ประกอบของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจวาย

องค์ประกอบที่สำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การให้ความรู้ การให้คำแนะนำและคำปรึกษา ส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การควบคุมน้ำหนักและโรคร่วม ซึ่งสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (American Heart Association, 2014; วิศาล คันธรัตน์กุล, 2551) และ สมาคมฟื้นฟูโรคหัวใจ หลอดเลือดและปอดของสหรัฐอเมริกา (The American Association of Cardiovascular and Pulmonary rehabilitation – AACVPR) ได้กำหนดเป้าหมายของการการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจว่าเป็นการลดปัจจัยเสี่ยง กระตุ้นการปรับเปลี่ยนและคงไว้พฤติกรรมสุขภาพที่ดี ลดความพิการและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดำเนินชีวิตที่กระฉับกระเฉง รวมทั้งได้กำหนดแนวปฏิบัติในการฟื้นฟูโรคที่มีปัญหาของหัวใจ ได้แก่ การประเมินสุขภาพ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโภชนาการ การจัดการภาวะไขมันผิดปกติ การควบคุมความดันโลหิต การเลิกสูบบุหรี่ การควบคุมน้ำหนัก การควบคุมเบาหวาน การดูแลด้านจิตใจ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การฝึกการออกกำลังกาย ซึ่งแนวปฏิบัติดังกล่าว ประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

แนวปฏิบัติในการฟื้นฟูโรคที่มีปัญหาของหัวใจวาย

องค์ประกอบ	การประเมิน	กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
การประเมิน ภาวะสุขภาพ	<p>ประวัติการเจ็บป่วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.การประเมินระบบหัวใจและหลอดเลือด 2.การวินิจฉัย การรักษา 3.อาการแสดงของโรค 4.ความก้าวหน้าของโรคและโรคร่วม 5.ปัจจัยเสี่ยงของหลอดเลือด 6. ยาและการรับยาต่อเนื่อง <p>การตรวจร่างกาย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.สัญญาณชีพ 2.หัวใจและหลอดเลือด 3.ข้อและระบบประสาท <p>การตรวจอื่น ๆ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.EKG 2.คุณภาพชีวิต 	<ol style="list-style-type: none"> 1.การบันทึกปัญหาที่ได้จากการตรวจผู้ป่วย 2.แผนการดูแลที่มุ่งเน้นการลดปัจจัยเสี่ยงและการฟื้นฟูสมรรถนะหัวใจ 	<ol style="list-style-type: none"> 1.ผลลัพธ์ระยะสั้น (สัปดาห์/เดือน) 2.กลยุทธ์ที่จะลดความพิการหรือผลตามมา
อาหารและโภชนาการ	<ol style="list-style-type: none"> 1.จำนวนพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวันสัดส่วนของไขมัน โซเดียมและอาหารกลุ่มอื่น 2.นิสัยการรับประทานอาหาร เช่น จำนวนมื้อ ปริมาณอาหาร อาหารขบเคี้ยว ความถี่ในการรับประทานอาหารนอกบ้าน การดื่มเหล้า 3.ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไต เป็นต้น 	<ol style="list-style-type: none"> 1.กำหนดเมนูอาหารให้อยู่ใน AHA step II diet 2.กำหนดแผนการควบคุมอาหารเฉพาะบุคคล 3.ให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับเป้าหมายของการควบคุมอาหารและวิธีการที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ 4.กำหนดกิจกรรมเพื่อให้ปรับเปลี่ยนและคงไว้พฤติกรรมรับประทานอาหารที่เหมาะสม 	<ol style="list-style-type: none"> 1.ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ 2.ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโภชนศาสตร์เบื้องต้น 3.ผู้ป่วยสามารถวางแผนแก้ไขปัญหาค่ารับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้องได้
การจัดการไขมัน (lipid management)	<ol style="list-style-type: none"> 1.ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับไขมันในเลือด ถ้าผิดปกติต้องหาสาเหตุจากอาหาร การใช้ยา และปัจจัยอื่นๆ 2.การได้รับการรักษาในปัจจุบัน และความสม่ำเสมอในการมารับบริการ 3.ตรวจระดับไขมันในเลือด อีก 4-6 สัปดาห์ หลังการ 	<ol style="list-style-type: none"> 1.ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาหารและการควบคุมน้ำหนักโดยมีเป้าหมาย AHA step II diet กับผู้ป่วยที่มี LDL > 100 mg/dl อาจให้ยาลดไขมันถ้า LDL 100-130 mg/dl และถ้า LDL > 130 mg/dl ต้องให้ยารักษา 2.เพิ่มกิจกรรมเพื่อเพิ่ม HDL > 35 mg/dl เช่นออกกำลังกาย เลิกสูบบุหรี่ 	<p>ผลลัพธ์ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> -ประเมินและปรับระดับ LDL อย่างต่อเนื่องจนอยู่ในระดับ < 100 mg/dl ผลลัพธ์ระยะยาว -เพื่อคงไว้ซึ่งระดับ LDL < 100 mg/dl เพิ่ม HDL > 35 mg/dl และไตรกลีเซอไรด์

องค์ประกอบ	การประเมิน	กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
	รักษาในโรงพยาบาล และ 2 เดือนหลังการใช้ยาลดไขมัน	<p>บุหรี</p> <p>3.ลดกิจกรรมที่ทำให้ไตรกลีเซอไรด์ < 200 mg/ml เช่นการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาหาร การควบคุมน้ำหนัก ออกกำลังกาย ลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และให้ยาตาม NCEP</p> <p>4.ติดตามการให้ยาร่วมกับพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน</p>	< 200 mg/ml
การควบคุมความดันโลหิต	<p>1.วัดความดันโลหิตขณะพักมากกว่า 2 ครั้ง</p> <p>2.ประเมินผลการให้การรักษาปัจจุบันและความต่อเนื่องของการรักษา</p>	<p>1.ถ้า Systolic BP > 130-139 mmHg, Diastolic BP 85-90 mmHg</p> <p>-ให้แนวทางในการปรับวิถีการดำเนินชีวิต เช่น ออกกำลังกาย ควบคุมน้ำหนัก ลด/ควบคุมอาหารเค็ม ลดแอลกอฮอล์ และเลิกสูบบุหรี</p> <p>-ให้ยาในผู้ป่วยที่มีหัวใจวาย เบาหวาน โรคไตเรื้อรัง</p> <p>2.ถ้า Systolic BP > 140 mmHg, Diastolic BP > 90 mmHg</p> <p>-ให้ปรับพฤติกรรม และให้ยา</p> <p>3.ติดตามการให้ยาร่วมกับพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน</p>	<p>ผลลัพธ์ระยะสั้น</p> <p>-ประเมินผลอย่างต่อเนื่องและปรับปรุงวิธีการจนเหลือ Systolic BP < 130 mmHg และ Diastolic BP < 85 mmHg</p> <p>ผลลัพธ์ระยะยาว</p> <p>-ควบคุม Systolic BP < 130 mmHg และ Diastolic BP < 85 mmHg</p>
การเลิกสูบบุหรี	<p>1. พฤติกรรมการสูบบุหรีทั้งในอดีต ปัจจุบัน เกี่ยวกับระยะเวลา ปริมาณ วิธีการสูบ และบุคคลที่เกี่ยวข้องกับบุหรี มือสอง</p> <p>2.ประเมินปัจจัยแทรก(ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลิกบุหรี)</p> <p>3.ประเมินความพร้อมที่จะเลิก ถ้าพร้อมก็ให้ intervention ถ้ายังไม่พร้อมก็กระตุ้นให้คิดว่าควรเลิกสูบบุหรี</p>	<p>ถ้าพร้อมที่จะเลิกบุหรี กำหนดวันที่จะเลิกและกลยุทธ์ที่จะใช้</p> <p>โดยอย่างน้อยที่สุดที่ควรทำได้แก่</p> <p>-ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา</p> <p>-ให้การสนับสนุนการเลิกบุหรีจากบุคคลากรด้านสุขภาพและครอบครัว</p> <p>-ป้องกันการกลับมาสูบบุหรีอีก</p> <p>ส่วนวิธีการที่เหมาะสมที่ควรทำได้แก่</p> <p>-ให้เข้าโปรแกรมเลิกบุหรี</p> <p>-ให้ยาเลิกบุหรี โดยการรักษาของแพทย์</p> <p>- ใช้การบำบัดทางเลือกอื่นๆ เช่น การฝังเข็ม การสะกดจิต</p>	<p>ผลลัพธ์</p> <p>-ผู้ป่วยกำหนดวันหยุดสูบบุหรี</p> <p>-ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี กำหนดภายใน 12 เดือน ต้องหยุดสูบบุหรี</p>

องค์ประกอบ	การประเมิน	กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
การควบคุม น้ำหนัก	ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณค่าดัชนีมวลกาย วัด รอบเอว	ผู้ป่วยที่มี BMI >25 kg/m ² รอบเอว >40 นิ้ว (102 ซม) ในเพศชาย หรือ > 35 นิ้ว (88 ซม) ในเพศหญิง 1.วางแผนระยะสั้นและระยะยาว เป็นรายบุคคลสำหรับการลด น้ำหนักและปัจจัยเสี่ยง ประมาณ ร้อยละ10 สัปดาห์ละ0.5-1 kg ในระยะเวลา 6 เดือน 2.สร้างโปรแกรมปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ออกกำลังกายเพื่อลดพลังงานและ เพิ่มการใช้พลังงาน	ระยะสั้น: ประเมินและ ปรับปรุงโปรแกรมจน น้ำหนักลด ถ้าหากลด น้ำหนักไม่ได้ให้ปรึกษา ผู้เชี่ยวชาญหรือเข้า โปรแกรมที่มีประสิทธิภาพ ระยะยาว: เข้าโปรแกรม อย่างต่อเนื่องจนสามารถ ลดได้ตามเป้าหมาย
การควบคุม เบาหวาน	1.ประเมินประวัติการเป็น เบาหวาน ประวัติการใช้ยา เบาหวาน วิธีการติดตามผล น้ำตาลในเลือด ประวัติการ ควบคุมน้ำตาลในร่างกาย 2.ติดตามผลการตรวจน้ำตาล ในเลือดผล Hb A1C	1.วางแผนเพื่อควบคุมอาหารและ น้ำหนัก ยาที่ใช้ การควบคุมปัจจัย เสี่ยง 2.ติดตามผลน้ำตาลก่อน-หลังการ ออกกำลังกาย 3.คัดกรองผู้ที่เสี่ยงให้ได้รับการ ตรวจและวินิจฉัย	1.ควบคุมระดับน้ำตาลให้ ใกล้เคียงปกติ 2.ป้องกันภาวะแทรกซ้อน 3.ควบคุมโรคอื่น ความดันโลหิตสูงและไขมันสูง
การจัดการภาวะ สุขภาพจิต	ประเมินปัญหาทางจิตโดยใช้ แบบประเมินมาตรฐาน: ซิมเคร้า วิดกกังวล ไม่เป็น มิตร แยกตัว ผิดปกติทางเพศ ติดยาและปัญหา ทางจิตอื่น ๆ	1.ให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลหรือ เป็นกลุ่มเกี่ยวกับการปรับตัวให้เข้า กับโรคหัวใจ การจัดการ ความเครียด วิถีชีวิตที่เน้นสุขภาพ ควรให้อาสาสมัครร่วมมีส่วนร่วม 2.จัดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน 3.ให้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ	1.ความผาสุกเพิ่มขึ้น 2.พฤติกรรมมีการเปลี่ยน ตามที่วางแผน 3.มีการดำเนินการอย่าง ต่อเนื่องตามแผน
การให้คำปรึกษา เกี่ยวกับมี กิจกรรมทางกาย	1.ระดับของการมีกิจกรรม ทางกาย ที่บ้าน ที่ทำงานและ สันทนาการ 2.กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับ การดำเนินชีวิต เช่น การขับ รถ เพศสัมพันธ์ การทำงาน บ้าน การเล่นเกม การ ทำงานสวน 3.ความพร้อมในการปรับ เปลี่ยนพฤติกรรม ความ มั่นใจ ปัญหา/อุปสรรค การ สนับสนุนทางสังคม	ให้คำแนะนำ ปรึกษา สนับสนุน เกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางกาย 1.ตั้งเป้าหมายการมีกิจกรรมทาง กายมากกว่าวันละ 30 นาที สัปดาห์ ละ > 5 วัน ควรจัดให้สามารถทำ พร้อมกับกิจกรรมประจำวันที่ทำอยู่ เป็นประจำ 2.แนะนำให้ออกกำลังกายแบบไม่ ลงน้ำหนักมากเพื่อป้องกันการ บาดเจ็บ	การมีกิจกรรมทางกาย เพิ่มขึ้น

องค์ประกอบ	การประเมิน	กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
การฝึกทักษะการออกกำลังกาย	ประเมิน exercise capacity (ชีพจร อาการและอาการแสดง การเปลี่ยนแปลง EKG และ exercise capacity	กำหนดขนาดของการออกกำลังกายแบบแอโรบิกและแบบต้านแรงที่สอดคล้องกับผลการประเมินเป้าหมายของโปรแกรมและผู้ป่วย แหล่งประโยชน์ ควรกำหนด ความถี่ ความหนักเบา ระยะเวลา และชนิด -แอโรบิก: F=3-5 d/wkl= 50%, D=30-60 min, M= walking, trademill -ต้านแรง: F=2-3d/wk, I= 8-15 ครั้ง, D= 1-3 set upper & lower body, M= elastic band, dumpbells -มีการอบอุ่นและผ่อนคลายก่อน และหลังออกกำลังกาย -มีโปรแกรมให้สามารถทำได้ที่บ้าน -ตั้งเป้าหมายใช้พลังงานประมาณ 1000 แคลลอรี่/สัปดาห์	ลดความเสี่ยงและเพิ่มผลลัพธ์โดยรวม (กล้ามเนื้อแข็งแรง มีความยืดหยุ่นดีขึ้น นำหนักลด มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง)

การชี้แนะด้านสุขภาพ (Health coach)

“นวัตกรรมหรือรูปแบบวิธีการใหม่ ๆ” เพื่อใช้ในการให้บริการสุขภาพในปัจจุบันจำเป็นต้องพัฒนาขึ้นมาจากแนวคิดการปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นการนำองค์ความรู้และงานวิจัยที่นำไปทดสอบและมีผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี มาวิเคราะห์และสังเคราะห์ เพื่อสกัดเอาเนื้อหาและกระบวนการ ผลลัพธ์และเหมาะสมกับความเชื่อ ความชอบของผู้รับบริการให้มากที่สุด การปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based practice) นี้เหมาะกับการแก้ปัญหาการเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อน การให้บริการแบบดั้งเดิมมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอและไม่สามารถตอบสนองต้องการของผู้ป่วยและญาติ

การทบทวนวรรณกรรมจากฐานข้อมูล พบว่า การชี้แนะ (Health coach) เป็นกระบวนการที่ดีถูกนำไปใช้ในการพัฒนาการปฏิบัติของผู้ป่วยในกลุ่มต่างๆที่หลากหลายและให้ผลลัพธ์ที่ดี โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น รุ่งระวี นาวิเจริญ และคณะ (2552) ที่ศึกษาผลของการชี้แนะในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมลดลง ระดับความพึงพอใจเพิ่มขึ้น แต่ค่าของระดับความดันโลหิต และระดับไขมันชนิดไม่ดีไม่แตกต่างกัน จากการศึกษาของ Wongpiriyayothar, Piamjariyakul, & Williams (2010) ที่ศึกษาผลของการชี้แนะในผู้ป่วยโรคหัวใจ พบว่าผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการของภาวะหายใจลำบาก และระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบากลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Whittemore et al. (2004) ซึ่งศึกษาผลของการชี้แนะในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหารเฉพาะ

โรคดีขึ้น มีการออกกำลังกายดีขึ้น และมีภาวะ ซึมเศร้าลดลง และยังพบในจากการศึกษาของ Vale et al. (2003) ที่ศึกษาผลของการชี้แนะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าผู้ป่วยมีผลรวมของคลอเรสเตอรอลลดลง และระดับแอลดีแอลลดลง และการศึกษาของ Whittmore, Melkus, Sullivan, และ Grey (2004) ได้ศึกษาถึงการชี้แนะในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายดีขึ้น นอกจากนี้ยังมีการนำแนวคิดการชี้แนะไปใช้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ดังเช่นการศึกษาของ McMurray, Johnson, Davis, และ McDougall (2002) ศึกษาถึงการให้ความรู้และการจัดการดูแลโดยใช้กระบวนการชี้แนะในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตและมีโรคเบาหวานร่วม พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้น ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมลดลง อัตราการนอนโรงพยาบาลลดลง และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

การชี้แนะจะต้องประกอบด้วย ผู้ที่จะทำการชี้แนะและกระบวนการ/ขั้นตอนการชี้แนะทางสุขภาพ (Spross, 2009)

1. ผู้ชี้แนะ/โค้ช จะต้องมีความสามารถในการชี้แนะ (Coaching competency) ซึ่งประกอบด้วย

1.1 สมรรถนะด้านคลินิก (clinical competency) ซึ่งเป็นความสามารถในการให้ความรู้ การมีมุมมองแบบองค์รวม มีความสามารถในการคิดสร้างสรรค์และการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วย มีประสบการณ์ด้านคลินิกและการตัดสินใจแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อนทางคลินิก

1.2 สมรรถนะด้านเทคนิค (technical competency) มีความรู้ด้านการพยาบาลขั้นสูง มีความรู้ความเชี่ยวชาญ และทักษะเฉพาะ มีประสบการณ์การทำงานก่อนและหลังปริญญาโท

1.3 สมรรถนะด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal competency) มีความสามารถในการใช้ทักษะการติดต่อสื่อสาร มีทักษะการฟังอย่างตั้งใจ มีความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย และให้การพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

1.4 การสะท้อนคิดตนเอง (self-reflection) เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะด้านคลินิก ด้านเทคนิค และด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลร่วมกับการสะท้อนคิด เพื่อสามารถปรับปรุงการชี้แนะให้ดีขึ้น และบรรลุเป้าหมายการให้ความรู้

2. กระบวนการ/ขั้นตอนการชี้แนะ

ในขั้นตอนนี้ มีผู้เสนอแนะแนวทางไว้หลากหลาย เช่น Eaton & Johnson (2001) แบ่งขั้นตอนออกเป็น 6 ขั้นตอน ได้แก่

1. การกำหนดเป้าหมาย (Definition) การตั้งเป้าหมายจะเกิดขึ้นเมื่อผู้โค้ชและผู้ป่วยยอมรับที่จะเข้าร่วมสู่กระบวนการชี้แนะ โดยเป้าหมายที่กำหนดขึ้นจะต้องมีความเฉพาะ สามารถวัดได้

2. การวิเคราะห์สถานการณ์ (Analysis) เป็นการที่ผู้โค้ชช่วยเหลือให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจริง

3. การสำรวจทางเลือก (Exploration) เป็นการค้นหาวิธีทางในการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่กำหนด

4. การวางแผนการปฏิบัติ (Action) เป็นขั้นของการเจาะจงหน้าที่ของผู้ป่วยในการปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้ และให้คำมั่นสัญญาต่อการปฏิบัติกิจกรรมที่ได้วางแผนไว้

5. การปฏิบัติ (Learning) เป็นขั้นของการที่ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้ ให้ไปสู่เป้าหมายที่ปรารถนา โดยมีโค้ชให้การช่วยเหลือ

6. การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) ผู้โค้ชและผู้ป่วยร่วมกันให้ข้อมูลย้อนกลับต่อการปฏิบัติกิจกรรม และพิจารณาการปฏิบัติที่ผ่านมาและวางการปฏิบัติใหม่

หลังจากการทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์เนื้อหาที่สำคัญจากหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่าการชี้แนะ เป็นกระบวนการให้คำแนะนำผู้ป่วยบุคคล เพื่อเพิ่มความรู้ ทักษะ และความสามารถในการดูแลตนเอง โดยพยาบาลที่มีความรู้ มีประสบการณ์ มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นอย่างดี เป็นผู้โค้ช เพื่อการพัฒนาความรู้และทักษะของผู้ป่วยมีพื้นฐานจากปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพยาบาลที่เชี่ยวชาญและผู้ป่วย ใช้วิธีการสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ พยาบาลที่เป็นโค้ชต้องเป็นผู้อำนวยความสะดวก เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ใช้ความคิดอย่างมีวิจารณญาณ มีความคิดริเริ่ม สามารถวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆทั้งด้านส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการดูแลสุขภาพของตนเอง ให้โอกาสผู้ป่วยพิจารณาเลือกทางปฏิบัติอย่างมีอิสระด้วยตนเองที่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต มีโอกาสทดลองรูปแบบวิธีการที่เลือกเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ มีการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสร้างและพัฒนาความสามารถของตนเอง โดยมีพยาบาลผู้เป็นโค้ชคอยให้ความช่วยเหลือและกระตุ้นให้มีการปรับเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามศักยภาพ กระบวนการเรียนรู้อยู่ภายใต้บรรยากาศของความไว้วางใจ อบอุ่น เอื้ออาทร ให้กำลังใจ เชื่อถือซึ่งกันและกัน เกิดการเรียนรู้อย่างมีความสุข (Blanchard & Thacker, 2004) หลังจากที่ได้เนื้อหาหลักแล้ว คณะผู้วิจัยนำไปสร้างเป็นโปรแกรมลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจวาย ดังภาคผนวก

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหัวใจวายที่เข้ามาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มีนาคม – 31 สิงหาคม พ.ศ. 2558

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหัวใจวาย จำนวน 30 ราย โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจวาย
2. มีอาการและอาการแสดงที่ไม่อยู่ในภาวะวิกฤติ
3. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และสื่อสารด้วยภาษาไทย
4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับ การศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา
2. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อวัด พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการรับประทานอาหารอาหารเฉพาะโรค พฤติกรรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยง
3. แบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ (Brief Quality of life) ที่สร้างโดยองค์การอนามัยโลก
4. เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดดิจิทัล
5. เครื่องนับก้าว ยี่ห้อ Garmin ใช้วัดการนับก้าวเฉลี่ยใน 1 สัปดาห์
6. โปรแกรมลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจวาย ซึ่งพัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based practice) ซึ่งมีสาระหลัก เช่น การชี้แนะรายบุคคล (Health coaching) เกี่ยวกับการจัดการการเจ็บป่วย การเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต การฟื้นฟูและเพิ่มสมรรถภาพหัวใจ เป็นต้น
7. คู่มือผู้ป่วยเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ
การทดสอบความเที่ยงตรงและเชื่อมั่นของเครื่องมือ
 1. เครื่องวัดความดันโลหิต และ แบบวัดพฤติกรรมการสุขภาพ ใช้ชุดเดียวกับการวิจัยระยะที่ 1 ทดสอบความเที่ยงตรงและเชื่อมั่นของเครื่องมือเช่นเดียวกับระยะที่ 1
 2. แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ และแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ (Brief Quality of life) ใช้ชุดเดียวกับการวิจัยระยะที่ 1 ทดสอบความเที่ยงตรงและเชื่อมั่นของเครื่องมือเช่นเดียวกับระยะที่ 1
 3. โปรแกรมลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจวาย ซึ่งคณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจาก หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based practice) ซึ่งมีสาระหลัก เช่น การชี้แนะรายบุคคล (Health coaching) เกี่ยวกับโรค การจัดการการเจ็บป่วย การเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และ

ดำเนินการทั้งหมด จำนวน 4 สัปดาห์ ๆ ละ 2 ครั้ง (ตั้งภาคผนวก 1) ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ อาจารย์พยาบาล และพยาบาลผู้มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ และได้ปรับแก้ไขตามคำแนะนำแล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยติดต่อประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความร่วมมือและเก็บรวบรวมข้อมูล จากผู้ที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง

2. เตรียมผู้ช่วยวิจัยเพื่อให้โปรแกรมลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วยโรคหัวใจวาย

3. เก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติตามที่กำหนดจากเวชระเบียน จำนวน 30 ราย

3.2 ผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการฝึกการเก็บข้อมูลเข้าพบผู้ป่วยโรคหัวใจวายขณะรอรับการตรวจ แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย แล้วขอความร่วมมือในการวิจัย หลังจากที่ถูกกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมโครงการ ผู้ช่วยวิจัยแจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ ให้กลุ่มตัวอย่างทราบพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อข้องใจ แล้วให้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

3.3 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 30 ราย

3.4 ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยอธิบายถึงวิธีการเก็บข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายทราบวิธีการโดยละเอียดตามแผนการวิจัยที่กลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มเข้ากลุ่ม

3.5 ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ โดยผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามโดยละเอียดจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจดีก่อน แล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในสถานที่ที่ปราศจากเสียงรบกวน หรือมีเสียงรบกวนน้อยที่สุด ใช้เวลาประมาณ 30 นาที หลังจากนั้นผู้ช่วยวิจัยจะวัดความดันโลหิตและส่งตรวจพิเศษทางด้านหัวใจในรายที่มีแนวโน้มเกิดภาวะแทรกซ้อน

3.6 ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยนัดกลุ่มตัวอย่างเพื่อมาเข้าโปรแกรมฯ ตามวันและเวลาที่กำหนด

3.7 ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองเข้ากิจกรรมตามโปรแกรม จำนวน 4 สัปดาห์ ๆ ละ 2 ครั้งจนสิ้นสุดโปรแกรม

3.8 ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มทดลองแต่ละรายตอบแบบสอบถามหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ตรวจสอบความถูกต้อง ลงรหัส และลงข้อมูลในฐานข้อมูลที่ผู้วิจัยจะสร้างขึ้นและนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

2. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความแตกต่างของตัวแปรที่คัดสรร เช่น พฤติกรรมสุขภาพ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยใช้สถิติ paired t-test

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจวายที่มารับการรักษาที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มีนาคม– 31 สิงหาคม พ.ศ. 2558 จำนวน 30 ราย ผลการวิจัยนำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยายดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบการควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้แก่ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.7 มีอายุเฉลี่ย 48.57 ปี (SD = 11.51) สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 90.0 การประกอบอาชีพ เป็นอาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 43.3 และอาชีพอื่นๆ คิดเป็น ร้อยละ 33.33 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ชั้นบนของบ้าน คิดเป็น ร้อยละ 53.3 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001-20,000 บาทถึงร้อยละ 66.67 และส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 89.63 โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย $M = 30.72$ เดือน (SD = 42.63) และส่วนใหญ่มีประวัติการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 86.7 รับการรักษาต่อเนื่องคิดเป็นร้อยละ 90.0 โดยมีระยะเวลาการเดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาลเฉลี่ย 40.19 นาที (SD = 13.48) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=30)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	20	66.7
หญิง	10	33.3
อายุ (M= 48.57, SD = 11.51)		
< 50 ปี	13	43.33
50 - 59 ปี	14	46.67
60 - 69 ปี	2	6.67
≥ 70 ปี	1	3.33
สถานภาพสมรส		
คู่	27	90.0
โสด หม้าย/หย่า/แยก	3	10.0

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ			
	รับจ้าง	13	43.3
	ข้าราชการ	4	13.3
	ค้าขาย	3	10.0
	อื่นๆ	10	33.3
สภาพที่อยู่อาศัย			
	ชั้นล่าง	14	46.7
	ชั้นบน	16	53.3
รายได้ (บาท/เดือน) (n=24) (M= 14,675 บาท , SD = 5,997.84)			
	≤ 10000 บาท	7	29.17
	10,001-20,000 บาท	16	66.67
	> 20,000 บาท	1	4.16
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (n=29) (M= 30.72 เดือน , SD = 42.63)			
	< 1 ปี	10	34.48
	1 - 3 ปี	16	55.17
	> 3 ปี	3	10.34
ประวัติการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล			
	ไม่เคย	4	13.3
	1 ครั้ง	17	56.7
	2 ครั้ง	8	26.7
	3 ครั้ง	1	3.3
ประวัติการรักษา			
	รักษาต่อเนื่อง	27	90.0
	รักษาไม่ต่อเนื่อง	3	10.0
มีผู้ดูแลช่วยเหลือ			
	ไม่มี	5	16.7
	มี	25	83.3
ระยะเวลาการเดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาล (n=27) (M= 40.19 นาที , SD = 13.48)			
	≤ 15 นาที	2	7.40
	16-30 นาที	5	18.52
	31-45 นาที	12	44.44
	46-60 นาที	8	29.64

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบการควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้แก่ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองมี พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ ($t_{29} = 8.90$, $p < .001$) มีพฤติกรรมการจัดการภาวะเครียดเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ ($t_{29} = 3.5488$, $p = .001$) มีการปฏิบัติตามแผนการรักษาและควบคุมปัจจัยเสี่ยงเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ ($t_{29} = 13.26$, $p < .001$) และมีสมรรถนะร่างกายเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ ($t_{11} = 3.65$, $p = .004$) ส่วนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไปเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่เสี่ยงต่อสุขภาพลดลงจากก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง ($n = 30$)

การควบคุมปัจจัยเสี่ยง	Mean	SD	D	SDd	T	df	p
พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค							
ก่อนการทดลอง	44.47	7.41	1.83	8.08	1.24	29	.224
หลังการทดลอง	46.30	3.42					
พฤติกรรมการดื่ม							
ก่อนการทดลอง	7.63	2.87	0.37	3.61	.56	29	.583
หลังการทดลอง	7.27	1.95					
พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย							
ก่อนการทดลอง	13.77	3.93	7.87	4.48	8.90	29	<.001
หลังการทดลอง	21.63	3.11					
พฤติกรรมการจัดการภาวะเครียด							
ก่อนการทดลอง	31.20	3.57	3.53	4.99	3.88	29	.001
หลังการทดลอง	34.73	3.31					
พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป							
ก่อนการทดลอง	7.77	1.22	0.567	2.25	1.38	29	.179
หลังการทดลอง	8.33	1.73					

การควบคุมปัจจัยเสี่ยง	Mean	SD	D	SDd	T	df	p
การปฏิบัติตามแผนการรักษาและควบคุมปัจจัยเสี่ยง							
ก่อนการทดลอง	31.33	4.45	13.87	5.73	13.26	29	<.001
หลังการทดลอง	41.10	3.83					
สมรรถนะร่างกาย (Step count)							
ก่อนการทดลอง	33,280.17	6,363.25	7,530.33	7,143.02	3.65	12	.004
หลังการทดลอง	40,810.50	5,929.64					

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ ($t_{29} = 16.70$, $p < .001$) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง (n = 30)

	Mean	SD	D	SDd	T	df	p
คุณภาพชีวิต							
ก่อนการทดลอง	83.67	7.75	16.70	9.51	9.62	29	<.001
หลังการทดลอง	100.37	5.30					

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

สรุปการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและทดสอบผลของโปรแกรมลด ความเสี่ยงและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจวาย คณะวิจัยพัฒนาโปรแกรมจากหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมีเนื้อหาเป็นการชี้แนะด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหัวใจวาย จำนวน 30 ราย คัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือวิจัยได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามข้อมูล ภาวะสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ แบบสอบถามคุณภาพชีวิต และอุปกรณ์นับก้าว (Garmin, Viofit) กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย ได้รับโปรแกรมลด ความเสี่ยงและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจวายนาน 4 สัปดาห์ ๆ ละ 2 ครั้ง วิเคราะห์ ข้อมูลโดยสถิติ paired t-test

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหัวใจวาย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.7 มีอายุเฉลี่ย 48.57 ปี (SD = 11.51) สถานภาพสมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 90.0 การประกอบอาชีพ เป็น อาชีพรับจ้างคิดเป็น ร้อยละ 43.3 และอาชีพอื่นๆ คิดเป็น ร้อยละ 33.33 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ชั้นบนของ บ้าน คิดเป็น ร้อยละ 53.3 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001-20,000 บาทถึงร้อยละ 66.67 มีระยะเวลา การเจ็บป่วยน้อยกว่า 3 ปี คิดเป็น ร้อยละ 89.63 โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย $M = 30.72$ เดือน (SD = 42.63) และส่วนใหญ่มีประวัติการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 86.7 รับ การรักษาต่อเนื่องคิดเป็นร้อยละ 90.0 โดยมี ระยะเวลาการเดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาลเฉลี่ย 40.19 นาที (SD = 13.48)

การควบคุมปัจจัยเสี่ยง

พบว่ากลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองมี มีพฤติกรรมเคลื่อนไหวและออกกำลังกายเพิ่มขึ้น จากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ ($t_{29} = 8.90$, $p < .001$) มีพฤติกรรม การจัดการภาวะเครียดเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ ($t_{29} = 3.5488$, $p = .001$) มีการปฏิบัติตามแผนการรักษาและควบคุมปัจจัยเสี่ยงเพิ่มขึ้นจากก่อนการ ทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ ($t_{29} = 13.26$, $p < .001$) และมีสมรรถนะร่างกาย เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ ($t_{11} = 3.65$, $p = .004$) ส่วน ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรคเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทาง สถิติที่ มีพฤติกรรมดูแลตนเองโดยทั่วไปเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มที่เสี่ยงต่อสุขภาพลดลงจากก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 2

คุณภาพชีวิต

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ ($t_{29} = 16.70$, $p < .001$)

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจฉับพลัน พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย มีการปฏิบัติตามแผนการรักษา และควบคุมปัจจัยเสี่ยง และมีสมรรถนะร่างกายเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหัวใจที่เข้าร่วมโปรแกรมที่เน้นการชี้แนะเป็นรายบุคคลที่เป็นกระบวนการที่เพิ่มความรู้ ทักษะ และความสามารถของผู้ป่วย ด้วยวิธีการสื่อสารแบบไม่เป็นการประจบประแจงหรือการฟุ้งเฟ้อและส่งเสริมสมรรถภาพหัวใจ ให้ผู้ป่วยได้ศึกษาด้วยตนเอง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ใช้ความคิด วิเคราะห์ปัจจัยต่างๆทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยมีโอกาสพิจารณาเลือกทางปฏิบัติอย่างมีอิสระด้วยตนเองให้สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต เพื่อปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับภาวะเครียด การจัดการกับอาการข้างเคียง ภาวะเสี่ยงต่างๆที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งการดูแลตนเองโดยทั่วไป ทำให้กลุ่มตัวอย่างปรับพฤติกรรมสุขภาพได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Sangster และคณะ (2015) ศึกษาผลของการฝึกออกกำลังกายร่วมกับประเมนการเคลื่อนไหวและน้ำหนักตัวของผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ใช้โปรแกรมการชี้แนะเป็นรายบุคคล ในเรื่องแผนการดำเนินชีวิต เรื่องอาหารและการออกกำลังกาย ความรู้เรื่องอาหารควบคุมน้ำหนัก และการออกกำลังกาย มีการใช้เครื่องนับก้าว สมุดบันทึกเพื่อติดตามรวมถึงแนะนำการออกกำลังกาย ต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที ความถี่ 5 ครั้งต่อสัปดาห์ พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีการเคลื่อนไหวร่างกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ ($P < .05$) และตรงกันกับการศึกษาโดยการทดลองที่เน้นการชี้แนะในผู้ป่วยให้มีแนวทางในการออกกำลังกาย การเคลื่อนไหวออกแรง ใช้เครื่องนับก้าวประเมนการเคลื่อนไหวพบว่าผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Seghers et al., 2015; Rimmer et al., 2009)

อย่างไรก็ตามตามในส่วนของพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค และพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป พบว่ามีพฤติกรรมดีขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างตระหนักและเห็นถึงความสำคัญในการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและการดูแลตนเองโดยทั่วไป แต่เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย $M = 30.72$ เดือน ($SD = 42.63$) และได้รับการรักษาต่อเนื่องคิดเป็นร้อยละ 90.0 จึงได้รับความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคและการปฏิบัติตัวโดยทั่วไปจากแพทย์ พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์มาก่อน ประกอบกับพื้นที่การทำวิจัยอยู่ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งมีอาหารที่มีไขมันสูง จึงสามารถหลีกเลี่ยงอาหารดังกล่าวได้ยาก ในส่วนของพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่เสี่ยงต่อสุขภาพพบว่าลดลงจากก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างเห็นความสำคัญของการลดการดื่มเครื่องดื่มที่เสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ แต่เนื่องจากเครื่องดื่ม ได้แก่ ชา กาแฟ น้ำอัดลม เป็นเครื่องดื่มที่มีผลต่อการติดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จึงต้องให้เวลานานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ในเรื่องคุณภาพชีวิตพบว่ากลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจวายมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นจากการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหัวใจวายที่เข้าร่วมโปรแกรมที่เน้นการชี้แนะเพื่อปรับพฤติกรรมได้เรียนรู้ในเรื่องโรค เรื่องการปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับภาวะเครียด การจัดการกับอาการข้างเคียง ภาวะเสี่ยงต่างๆที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งการดูแลตนเองโดยทั่วไป ทำให้กลุ่มตัวอย่างปรับพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น ทำให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ศึกษาผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม การทำหน้าที่ด้านร่างกาย และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังออกจากโรงพยาบาล โดยใช้กิจกรรมการชี้แนะเป็นรายบุคคล ประกอบด้วยการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยด้านจิตใจ ว่าอยู่ระยะใดของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Behavioral staging) การให้ความรู้ทางโทรศัพท์โดยเฉลี่ย 15-30 นาที เรื่องการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหัวใจ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านงดการสูบบุหรี่ อาหาร และการออกกำลังกาย การให้คำปรึกษา ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเสริมแรงจิตใจ ตั้งเป้าหมายพฤติกรรมสัปดาห์ละครั้ง การเน้นย้ำกระตุ้นเตือน และให้กำลังใจในการปฏิบัติ (Holmes-Rovner, et al., 2008)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โครงการวิจัยนี้มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหัวใจวายมีคุณภาพชีวิตที่ดี เพิ่มบทบาทการดูแลตนเอง ลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพที่ผู้ป่วยต้องเผชิญอยู่ในชีวิตประจำวัน โดยการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง มีทักษะในการดูแลตนเองและการเฝ้าระวังการดูแลตนเองเฉพาะโรค ลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจวายที่มีประสิทธิภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจวายในคนไทย โดยมุ่งหวังลดผลกระทบโดยตรงและโดยอ้อม โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นจากการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและจากภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาในอนาคต และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นจากการใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจวาย

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย ได้แก่

1. พยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพ สามารถนำโปรแกรมลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจวาย ไปใช้พัฒนาระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจวายในสถานบริการสาธารณสุขและในชุมชนได้
2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรนำโปรแกรมลดความเสี่ยงและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจวายนี้ไปศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้นหรืออาจเพิ่มกลุ่มเปรียบเทียบ และควรมีระยะเวลาในการศึกษานานขึ้นเพื่อเพื่อดูความเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทั้งทางตรงและทางอ้อม

บรรณานุกรม

- ทิพาพันธ์ สังฆะพงษ์ และคณะ. (2546). ผลของการสอนแนะและการสะท้อนคิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกรพยาบาลและความพึงพอใจในการจัดการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาล. *สารศิริราช*, 55(12), 721-731.
- นรลักษณ์ เอื้อกิจ และ พัทธวรรณ ศรีคง. (2556). ภาวะหัวใจวาย: การพยาบาลและคำแนะนำ. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*; 27(1): 131-143.
- ประวิชัย ต้นประเสริฐ. (2554). ทำไมต้องฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ. *Journalfocus@yahoo.com*, เมษายน (2554) , 29-30.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2552). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด*. ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา.
- ไพศาล ลีละชัยกุล. (2550). พยาธิวิทยาของระบบไหลเวียนโลหิต หัวใจและหลอดเลือด. ใน อารัง จิรจรียาเวช (บรรณาธิการ), *พยาธิวิทยากายวิภาค เล่ม 1* (หน้า 148-293). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์ และ อรินทยา พรหมินธิกุลรังสฤษฎ์. (มปป). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง แบบบูรณาการ*. Retrieved September 7, 2015 from http://www.thaiheart.org/images/column_1291454908/CMU%20HF%20Clinicpdf.
- รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์. (2547). แนวทางการวินิจฉัยและรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวชนิดเรื้อรัง. ใน อภิชาติ สุคนธสรรพ์ และศรัณย์ ควรประเสริฐ (บรรณาธิการ), *Heart: Cardiac diagnosis and treatment* (หน้า 316-335; พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: ไอเอ็นดีดี.
- รุ่งระวี นาวีเจริญ ยุพิน อังสุโรจน์ และ สุรีย์พร ธรศิลป์. (2552). ผลของระบบการพยาบาลชี้แนะแบบหลากหลายต่อภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. *จดหมายเหตุทางการแพทย์ แพทย์สมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์*. 92(8),1102-1112.
- วิศาล คันธรัตน์กุล. (2551). แนวคิดใหม่ของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ. ใน ระพีพล กุญชร ณ อยุธยา (บรรณาธิการ), *เวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจเล่ม 2*. กรุงเทพฯ : สมาคมแพทย์ โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์.
- วันทนา มณีศิลป์. (2543). *ประสบการณ์เหนื่อยหอบ ผลของการเหนื่อยหอบและวิธีการจัดการกับอาการเหนื่อยหอบของผู้ป่วยโรคคลื่นหัวใจพิการ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันทนีย แสงวัฒนารัตน์ . (2545). *ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและความต้องการการดูแลที่บ้านของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงของหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ , บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. (2550). หัวใจล้มเหลว (Heart failure). ใน วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ), *ตำราอายุรศาสตร์ 4* (หน้า 202-218; พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ:

- โรงพยาบาลแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. (2014). *Cardiovascular disease Prevention and Cardiac Rehabilitation: update*. From [http://www.thaiheart.org/images/column_1388551165/Update%20Cardiac % 20Prevention%20Rehabilitation %202014.pdf](http://www.thaiheart.org/images/column_1388551165/Update%20Cardiac%20Prevention%20Rehabilitation%202014.pdf)
- สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. (2554). *สคส. หมอชาวบ้าน 2554(33)* Retrieved From http://www.thaiheart.org/images/Healthy_Habits.pdf
- สมจิต หนูเจริญกุล. (บรรณาธิการ). (2546). *การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 2*. กรุงเทพฯ : วี.เจ. พรินติ้ง.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: เอ-พลัส พริน.
- สุริย์ จันทร์โมลี. (2543). *กลวิธีทางสุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพฯ : มปท.
- American Heart Association. (2004). *Congestive Heart Failure*. Retrieved February 28, 2004, from <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=1593>.
- American Heart Association. (2014). *The benefits of daily physical activity*. Retrieved December 28, 2014, from <http://www.americanheart.org/presenter.html?identifier=764>.
- Blanchard, P. N., & Thacker, J. W. (2004). *Effective training systems strategies and practice* (2th ed.). New jersey: Peason Education.
- British Columbia Ministry of Health Services. (2003). *Guidelines & protocols heart failure care*. Retrieved November 1, 2008, from <http://www.gpscbc.ca/system/files/HeartFail-PHGuide.pdf>.
- Brozena, S., & Jessup, M. (2003). The new staging system for heart failure. *Geriatrics*, 56(8), 31-36.
- Byrne, M., Waish, J., & Murphy, A. (2005). Secondary prevention of coronary heart disease: Patient beliefs and health-related behavior. *Journal Psychosomatic Research*, 58(12), 403-445.
- Francis, G. S., Gassler, J. P., & Sonneckblich, E. H. (2001). Pathophysiology and diagnosis of heart failure. In V. Fuster, R. W. Alexander.& R. A. O'Rourke(Eds). *The Heart*, pp. 655-685. RR Donnelley and Sons. New York: Pergamon Press.
- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. R. (1980). The common sense representation of illness danger. In S. Rachmand (Ed.), *Contributions to Medical Psychology*, 46(2), 17-30.

- Holmes-Rovner. M., Stommel. M., Corser. W. D., Olomu. A., Holtrop. J.S., Siddiqi. A., & Dune. S.L. (2008). Dose outpatient telephone coaching add to hospital quality improvement following hospitalization for acute coronary syndrome. *Journal of General International Medicine*, 23(9),1464-1470.
- McMurray, S. D., Johnson, G., Davis, S. & McDougall, K. (2002). Diabetes education and care management significantly improve patient outcome in the dialysis unit. *Americans journal of kidney diseases*, 40(3), 566-575.
- Miller, N. H. (1991). Cardiac rehabilitation. In M. R. Kinney, D.R. Packa, K.G. Andreoli, & D.P. Zipes, (Eds.), *Comprehensive cardiac care* (7 th ed.). St.Louis : Mosby.
- Pender, N., J., Murdaugh, C., L., & Parsons, M., A. (2006). *Health Promotion in Nursing Practice*. 5th ed. New Jersey : Pearson Education, Inc.
- Perrin, K. O. (2002). Interventions for clients with cardiac problems In: D. D. Ignatavicius, M. L. Workman, (Eds.), *Mediacal-surgical Nursing: Critical Thinking for Collaborative Care* (4th ed., 698-720). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Smeltzer, S. C., Hinkle, J. L., Bare, B. G., & Cheever, K. H. (2010). Chapter 30 management of patients with complications from heart disease. In Smeltzer, S. C (Ed.), *Textbook of medical-surgical nursing volume 1* (pp. 829; 12th ed.). New York: Wolter Kluwer Health.
- Redfield, M. M. (2003). Burden of systolic and diastolic ventricular dysfunction in the community: Appreciating the scope of the heart failure epidemic. *Journal Advanced Medicine Administration*, 289(2), 194-202.
- Riegel, B., Cason, B., & Glaser, D. (2000). Development and testing of a clinical tool measuring self-management of heart failure: *Heart & Lung: Journal of Critical Care*, 29(1), 4-15.
- Rimmer, J. H., Rauworth, A., Wang, E., Heckerling, P. S., & Gerber, B. S. (2009). A randomized controlled trial to increase physical activity and reduce obesity in a predominantly African American group of women with mobility disabilities and severe obesity. *Preventive Medicine*, 48: 473-479.
- Sangster, J., Furber, S., Allman-Farinelli, M., Phongsavan, P., Redfern, J., Haas, M., & Bauman, A. (2015). Effectiveness of a Pedometer-Based Telephone Coaching Program on Weight and Physical Activity for People Referred to a Cardiac Rehabilitation Program: A randomized controlled. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation & Prevention*, 35(2), 124-129.

- Spross, J. A. (2009). Expert coaching and guidance. In A. B. Hamric, J. A. Spross & C. M. Hanson (Eds.), *Advanced practice nursing : An integrative approach*. United states: Saunders Elsevier.
- Taccetta - Chapnick, M. (2002). Using carvedilol to treat heart failure. *Critical Care Nurse, 22*(2), 36-58.
- Tully, K. C. (2002). Cardiovascular disease in older adult. In V. T. Cotter, & N. E. Strumpf (Eds), *Advanced Practice Nursing with Older Adults: Clinical Guideline*. New York: McGraw-Hill.
- Vale, M. J., Jelinek, M. V., Best, J. D., Dart, A. M., Grigg, L. E., Hare, D. L., Ho, B. P., Newman, R. W., & McNeil, J. J. (2003). Coaching patients on achieving cardiovascular health (COACH). *Arch inter med, 163*, 2775-2783.
- Whittemore, R., Melkus, G. D., Sullivan, A. & Grey, M. (2004). A nurse-coaching intervention for women with type 2 diabetes. *The diabetes educator, 30*(5), 795-804.
- Wongpiriyayothar, A. ,Piamjariyakul, U., & Williams, P. D. (2010). Effect of patient teaching, educational materials and coaching using telephone on dyspnea and physical functioning among person with heart failure. *Applied nursing research, xx*, xxx-xxx.
- World Health Organization. (2014) (n.d.). *Benefits of physical activity*. Retrieved December 28, 2014, from http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_benefits/en/
- Yancy, C. W., et al. (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/128/16/e240.extract>.

