

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษารั้ครั้งนี้ เป็นการศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
2. การจัดการตนเอง
3. คุณภาพชีวิต
4. การจัดการตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง ภาวะที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดเพื่อไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่างๆของร่างกายได้เพียงพอกับความต้องการ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการบีบตัวของหัวใจที่อ่อนแรงไป หรือหัวใจได้รับการระงำนมากเกินไป ร่างกายจะมีกลไกการปรับตัวโดยการเพิ่มปริมาณเลือดที่ถูกบีบออกจากหัวใจและอัตราการไหลเวียนของเลือดเข้าสู่หัวใจ เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ การหนาตัว และเพิ่มปริมาณของกล้ามเนื้อหัวใจ เพื่อรักษาความสามารถในการทำหน้าที่สูบฉีดเลือดได้ตามปกติ ซึ่งกลไกต่างๆเหล่านี้จะมีข้อจำกัดเมื่อทำงานไปในระดับหนึ่ง แล้วจะมีผลทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในที่สุด (พิกุล บุญช่วง, 2541; สุพจน์ ศรีมหาโชค, 2542; Gould, 2002)

สมาคมแพทย์โรคหัวใจอเมริกา และ สมาคมโรคหัวใจอเมริกา (American College of Cardiology/American Heart Association [ACC/AHA]) จำแนกระยะของภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อแสดงถึงการดำเนินของโรค และพยาธิสภาพที่มีความรุนแรงมากขึ้น ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้ (Hunt et al., 2001)

ระยะ เอ (stage A) ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว แต่ยังไม่มีความล้มเหลว ได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดโคโรนารี มีประวัติเคยป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เบาหวาน โรคลิ้นหัวใจผิดปกติ มีประวัติโรคหัวใจในครอบครัว ต้มสุราเรื้อรัง

ระยะ บี (stage B) ผู้ป่วยมีความผิดปกติในโครงสร้างและการทำงานของหัวใจ แต่ยังไม่มีการหรืออาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น มีกล้ามเนื้อหัวใจหนาหรือบางกว่าปกติ การทำงานของหัวใจบกพร่องจากเบาหวาน หัวใจโตจากลิ้นหัวใจผิดปกติแต่ยังไม่มีอาการ

ระยะ ซี (stage C) ผู้ป่วยมีอาการจากภาวะหัวใจล้มเหลว แต่ยังสามารถควบคุมอาการโดยการรักษามาตรฐาน เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยหอบจากหัวใจห้องล่างทำงานผิดปกติ ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่ไม่มีอาการใดๆ หลังได้รับการรักษาด้วยยา

ระยะ ดี (stage D) ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการขั้นรุนแรง ไม่สามารถควบคุมอาการโดยการรักษามาตรฐาน เช่น ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลบ่อยครั้งด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยที่รอผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ

การจำแนกผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตามระยะของโรค เพื่อแสดงถึงการดำเนินของโรค และความรุนแรงของพยาธิสภาพที่มีความเสื่อมลงเป็นลำดับ เนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นโรคที่มีอาการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา เป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยแต่ละระยะนอกจากช่วยให้อาการดีขึ้นแล้ว ยังมุ่งเน้นการชะลอความเสื่อมของพยาธิสภาพเป็นสำคัญ การดำเนินของโรคแต่ละระยะไม่สามารถย้อนกลับได้ การรวมกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว แต่ไม่มีความผิดปกติของหัวใจ เช่น ระยะ เอ มีเป้าหมายในการรักษาเพื่อป้องกันการเกิดพยาธิสภาพที่หัวใจ

สาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระบบหัวใจและการไหลเวียนซึ่งมีหลายสาเหตุ สามารถแบ่งออกเป็น 2 สาเหตุใหญ่ คือ สาเหตุแท้จริง และสาเหตุชักนำ

1. สาเหตุแท้จริง แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

1.1 การทำงานของหัวใจเพิ่มมากผิดปกติ จากความดันของเลือดที่สูงขึ้น หรือ ปริมาตรของเลือดในระบบไหลเวียนมีจำนวนมากขึ้น ทำให้หัวใจห้องล่างต้องทำงานหนักมากขึ้น จนกระทั่งเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะที่ทำให้ความดันสูงขึ้น ได้แก่ ลิ้นหัวใจตีบ การมีความดันโลหิตสูง ความดันของหลอดเลือดในปอดสูง หลอดเลือดแดงเออร์ตาตีบ ส่วนภาวะที่ทำให้ปริมาตรเลือดมีจำนวนมากขึ้น ได้แก่ ลิ้นหัวใจรั่ว (Braunwald, 2001)

1.2 การทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ การทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจประกอบด้วย การบีบตัวและคลายตัว ภาวะที่ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวผิดปกติ ได้แก่ กล้ามเนื้อหัวใจตาย กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ กล้ามเนื้อหัวใจพิการไม่ทราบสาเหตุ และกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างโป่งพอง ส่วนภาวะที่ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจคลายตัวผิดปกติ ได้แก่ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ การมีสารเหลวมากในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ และการที่หัวใจถูกบีบรัด (cardiac tamponade) (Laurent, 2005)

2. สาเหตุชักนำ เป็นสาเหตุที่กระตุ้นให้ผู้ที่มิมีปัญหาเกี่ยวกับหัวใจอยู่ก่อนแล้ว มีการทำงานของหัวใจเพิ่มขึ้นจนเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมา คือ

2.1 การติดเชื้อ การติดเชื้อในร่างกายทำให้อัตราการเผาผลาญสูงขึ้น ส่งผลให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น และทำงานหนักขึ้นจนเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว พบได้บ่อยในการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ ขณะที่การติดเชื้ออย่างรุนแรง เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือดจะส่งผลต่อการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจโดยตรง (Braunwald, 2001)

2.2 ภาวะโลหิตจาง อาจเป็นทั้งเฉียบพลันหรือเรื้อรัง ระดับฮีโมโกลบินที่ลดลง ทำให้มีปริมาณของออกซิเจนไปยังเนื้อเยื่อลดลง หัวใจจึงทำงานหนักขึ้นเพื่อเพิ่มปริมาณเลือดและออกซิเจนไปยังเซลล์และเนื้อเยื่อ (นิริมา เชาวลิต และ ดำรัส ตรีสุโกศล, 2545)

2.3 ต่อมไทรอยด์เป็นพิษ การมีระดับไทรอยด์ฮอร์โมนในเลือดสูง ทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น หัวใจทำงานเพิ่มขึ้น จนอาจเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย และเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมาได้ (Carelock & Clark, 2001).

2.4 การเต้นผิดจังหวะของหัวใจ การที่หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติทำให้ช่วงเวลาในการคลายตัวของกล้ามเนื้อหัวใจเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง จึงเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และภาวะหัวใจล้มเหลวตามมา ส่วนการเต้นของหัวใจที่ช้ากว่าปกติทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวจากปริมาณเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาทีไม่เพียงพอสำหรับเลี้ยงเนื้อเยื่อต่างๆ ของร่างกาย (Braunwald, 2001)

2.5 การอุดตันของหลอดเลือดในปอด มีสาเหตุจากสิ่งแปลกปลอมต่างๆ เช่น ก้อนไขมัน ฟองอากาศและลิ่มเลือด ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยที่นอนป่วยนานๆ หรือมีความผิดปกติของหลอดเลือดดำส่วนปลาย การที่หลอดเลือดของปอดถูกอุดตันทำให้ความดันของหลอดเลือดปอดเพิ่มขึ้นทันที ส่งผลให้ความดันหัวใจห้องล่างขวาสูงขึ้น ทำให้เกิดภาวะหัวใจห้องล่างขวาล้มเหลวตามมา (Braunwald, 2001)

2.6 ภาวะอื่นๆ ที่กระตุ้นให้หัวใจทำงานหนักขึ้น ได้แก่ การออกกำลังกายมากเกินไป การตั้งครรภ์ ท้องผูกเรื้อรังทำให้ต้องเบ่งอุจจาระ สาเหตุเหล่านี้ล้วนทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น และส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมาได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2546)

อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว

อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นผลมาจากประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลง จึงก่อให้เกิดความผิดปกติทางสรีระของอวัยวะต่างๆ เช่น ปอด ไต กล้ามเนื้อ และอวัยวะอื่นๆ ดังนี้ (พิกุล บุญช่วง, 2541; Braunwald, 2001)

1. อาการเหนื่อยหอบ (dyspnea) เป็นอาการที่พบได้บ่อย ผู้ป่วยมีลักษณะหายใจค่อนข้างเร็วตื้น มีความยากลำบากในการหายใจแต่ละครั้ง ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวไม่รุนแรงจะมีอาการเฉพาะในขณะออกกำลังกายเท่านั้น

2. อาการนอนราบไม่ได้ (orthopnea) เป็นอาการหายใจลำบากที่เป็นผลจากการคั่งของเลือดภายในหลอดเลือดปอด ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อยเมื่อนอนราบ และมีอาการหอบลดลงเมื่อนอนในท่าศีรษะสูง เนื่องจากปริมาณของเลือดที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจลดลง แรงดันของน้ำภายในหลอดเลือดบริเวณส่วนบนของปอดลดลง และมีการเพิ่มขึ้นของความจุปอด อาการนอนราบไม่ได้นี้จะเปลี่ยนแปลงไปตามความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว

3. อาการเหนื่อยหอบตอนกลางคืน (paroxysmal nocturnal dyspnea [PND]) เป็นอาการเหนื่อยหอบที่เกิดขึ้นภายหลังจากผู้ป่วยนอนหลับไปประมาณ 2 หรือ 3 ชั่วโมง จากนั้นจะตื่นขึ้นมาทันทีเพราะหายใจขัดและหอบ บางครั้งมีอาการหลอดลมหดร่งร่วมด้วย เชื่อว่าอาการเหนื่อยหอบตอนกลางคืนเกิดจากการไหลกลับของสารเหลวเข้ามาในหลอดเลือด และมีการเพิ่มขึ้นของชีพจรเทตคโทน เมื่อร่างกายอยู่ในแนวราบแรงดันต่อหลอดเลือดของร่างกายส่วนล่างลดลง สารเหลวกลับเข้าสู่ระบบไหลเวียนเพิ่มขึ้น ทำให้ปริมาตรของเลือดที่ไหลกลับสู่หัวใจมีมากขึ้น ทำให้หายใจเหนื่อยหอบ อาการนี้สามารถพบได้ในระยะแรกของผู้ป่วยมีอาการ และเมื่อได้พักจะเกิดอาการเหนื่อยหอบมากขึ้น

4. อาการไอ พบได้ในขณะที่ผู้ป่วยนอนจึงรบกวนการพักผ่อนในเวลากลางคืนอย่างมาก อาจมีหรือไม่มีเสมหะก็ได้ อาการไอในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว มีสาเหตุจากการบวมของเยื่อหลอดลม หรือมีการคั่งของสารเหลวในเนื้อเยื่อปอด บางครั้งอาจไอมีเลือดปนถ้ามีการคั่งของเลือดภายในหลอดเลือดปอดมาก

5. อาการและอาการแสดงของภาวะน้ำท่วมปอด (pulmonary edema) เป็นอาการเจ็บปวณที่พบได้ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีความรุนแรงของโรคมกขึ้น มีความดันภายในหลอดเลือดฝอยของปอดมากเกินไป ทำให้สารเหลวซึมผ่านเข้าสู่ถุงลมปอด พื้นที่แลกเปลี่ยนก๊าซในถุงลมปอดลดลง ปริมาณออกซิเจนในเลือดแดงลดลง ผู้ป่วยต้องอยู่ในท่าศีรษะสูง กระสับกระส่าย เหงื่อออก ผิวหนังเย็นขึ้น อาจมีอาการเขียว หายใจเร็วลึกและใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ ฟังปอดได้

ยินเสียงวี๊ด (wheeze) และเสียงการเสียดสี (crepitation) ชีพจรเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น ถ้าอาการรุนแรงมาก ความดันโลหิตจะลดลงและเกิดภาวะช็อก บางรายอาจมีอาการเจ็บหน้าอกร่วมด้วย ไอมีเสมหะเหลว และเป็นฟองสีชมพู

6. อาการของการมีปริมาณเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง เป็นอาการของหัวใจห้องซ้ายล้มเหลวโดยมีอาการทั่วไป เช่น อ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรงและล้า ขาดสมาธิ หลงลืม ไม่ทนต่อการปฏิบัติกิจกรรมของร่างกาย ฟังหัวใจได้ยินเสียง S_3 และ S_4 และมีการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติเป็นต้น อาจพบอาการอื่นร่วมด้วย เช่น น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น การหายใจแบบหืดเป็นพักๆ

7. อาการบวม เป็นอาการที่พบได้บ่อยในภาวะหัวใจข้างขวาล้มเหลว ระยะแรกมักพบว่าน้ำหนักเพิ่มขึ้น บวมที่ส่วนล่างของร่างกาย เช่น ขาและเท้า หรือแผ่นหลังในผู้ป่วยที่นอนเป็นเวลานาน เวลากลางวันจะบวมเล็กน้อย ถ้าย่ำบวมจะบ่อยและมากในเวลากลางคืน ต่อมาเมื่ออาการรุนแรงมากขึ้น จะพบว่ามีอาการคั่งของน้ำในอวัยวะภายใน เช่น ตับ ทำให้เกิดเจ็บบริเวณท้อง มีอาการท้องมานจากการที่น้ำซึมออกจากหลอดเลือดดำและขังอยู่ในช่องท้องและตัวเหลือง ตาเหลืองจากภาวะตับถูกทำลาย

8. อาการหลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง เป็นอาการที่แสดงว่ามีการคั่งของน้ำในหลอดเลือดดำ ซึ่งเกิดจากการที่หัวใจห้องล่างขวามีแรงดันขณะคลายตัวสูง และมีการขยายออกของห้องหัวใจจึงมีแรงต้านต่อการไหลกลับของเลือดดำเข้าสู่หัวใจ ทำให้ความดันภายในหัวใจห้องบนขวาสูงขึ้น และมีผลต่อระบบไหลเวียนของเลือดดำ

9. อาการระบบทางเดินอาหาร เป็นผลจากการมีเลือดคั่งในหลอดเลือดดำของกระเพาะอาหาร ถ้าไส้ ผู้ป่วยมักมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน แน่นท้อง ท้องอืดและท้องผูก บางครั้งอาจมีการเน่าตายของลำไส้เกิดขึ้นได้ในภาวะหัวใจล้มเหลวที่รุนแรง เนื่องจากหลอดเลือดแดงของช่องท้องบีบรัดตัว

อาการของหัวใจล้มเหลว จำแนกตามระดับความรุนแรง และกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ ตามเกณฑ์ของ สมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association [NYHA]) (Braunwald, 1997) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 (NYHA class I) ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายได้ตามปกติ ไม่จำกัดกิจกรรม

ระดับที่ 2 (NYHA class II) ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ แต่มีอาการเหนื่อยง่ายเวลาออกกำลังกาย

ระดับที่ 3 (NYHA class III) ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยง่ายแม้ออกกำลังกายเพียงเล็กน้อย หรือแม้ทำกิจวัตรประจำวันเบาๆ

ระดับที่ 4 (NYHA class IV) ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย แม้อยู่ในขณะพัก

การจำแนกผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตามระดับความรุนแรงของอาการ เป็นการแบ่งเพื่อ บ่งบอกถึงอาการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ โดยไม่มุ่งเน้นถึงความรุนแรงของพยาธิสภาพ ระดับความ รุนแรงของอาการหัวใจล้มเหลวดังกล่าว สามารถเปลี่ยนแปลงกลับไปมาได้ระหว่างระดับที่ 1-4 เช่น ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงระดับ 2 หากมีการจัดการตนเองไม่ดี ได้แก่ รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ หรือรับประทานเกลือมากเกินไป ทำให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มเป็นระดับ 3 หรือระดับ 4 ได้ ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงระดับ 4 ภายหลังได้รับการรักษาแล้วผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจนระดับ ความรุนแรงลดลงเหลือระดับ 2 หรือระดับ 3 เป็นต้น

กล่าวได้ว่า การจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ต้องคำนึงถึงความสามารถใน การทำหน้าที่ของร่างกาย และระดับของกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้เป็นสำคัญ จึงเลือกใช้ การจำแนกความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ตามสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์กเป็นเกณฑ์ใน การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัย โดยเลือกศึกษาผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคในระดับ 2 และ ระดับ 3 เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติการจัดการตนเองได้ มีการพึ่งพาผู้อื่นเพียง บางส่วน สำหรับผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคในระดับ 4 มีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย ไม่สามารถ ปฏิบัติการจัดการตนเองได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นเป็นส่วนใหญ่ บางรายอาจต้องจำกัดกิจกรรมพักผ่อน เฉพาะบนเตียง ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคระดับ 1 อาการของโรคไม่มีผลกระทบต่อ ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านต่างๆของผู้ป่วย ผู้ป่วยบางรายไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับ อาการกำเริบของโรค และไม่เห็นความสำคัญของการเฝ้าระวังอาการเหล่านี้ ในขณะที่การจัดการ ตนเองมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเฝ้าระวังอาการของโรค ผู้วิจัยจึงไม่ทำการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้

การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว

ปัจจุบันนี้เป้าหมายในการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวมุ่งเน้นที่ควบคุมอาการของโรค ลด การกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ป้องกันและชะลอความเสื่อมของหัวใจ แนวทางการรักษา ภาวะหัวใจล้มเหลวมีดังนี้

1. แก้ไขสาเหตุโดยตรงที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น โรคเส้นหัวใจ โรคหลอดเลือด หัวใจโคโรนารี โรคพังผืดหุ้มหัวใจครัด เป็นต้น รักษาโรคต่างๆ เหล่านี้ด้วยการผ่าตัด หรือ การใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ เพื่อแก้ไขความผิดปกติของหัวใจ (อภิชาติ สุคนธ์สรรพ และ รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิช, 2547)

2. การรักษาด้วยยา สมาคมแพทย์โรคหัวใจอเมริกา และ สมาคมโรคหัวใจอเมริกา (ACC/AHA) ปี ค.ศ. 2001 กำหนดยาที่เป็นมาตรฐานในการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวไว้ 6 กลุ่ม

คือ ยาขับปัสสาวะ ยากลุ่มยับยั้งฤทธิ์ของแองจิโอเทนซิน ยาเบต้าบล็อกเกอร์ ยาดีจิตาลิส ยาต้านตัวรับอัลโดสเทอโรน ยาต้านตัวรับแองจิโอเทนซิน

2.1 ยาขับปัสสาวะ (diuretics) เป็นยารักษาภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำเกิน โดยมีฤทธิ์ขับโซเดียมและน้ำออกจากร่างกาย ช่วยลดอาการน้ำคั่งที่ปอดและลดอาการบวมบริเวณอวัยวะส่วนปลาย ยาขับปัสสาวะกลุ่มไทอะไซด์ (thiazides) ใช้รักษาผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำเกินไม่มากและการทำงานของไตดี ส่วนยากลุ่มลูปไดยูเรติก (loop diuretics) ใช้กับผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตไม่ดี หรือมีอาการรุนแรงมาก (Hunt et al., 2001) อาการข้างเคียงของการได้รับยาขับปัสสาวะในขนาดที่ทำให้เกิดการขับถ่ายปัสสาวะมากเกินไป ได้แก่ อ่อนเพลีย แขนขาอ่อนแรงเป็นตะคริว ความดันโลหิตต่ำ ระดับโปแทสเซียมในเลือดต่ำ และการทำงานของไตแย่ลง ดังนั้นผู้ป่วยควรชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน ดื่มน้ำดื่มและปัสสาวะของตนเองในแต่ละวัน สังเกตอาการบวมตามร่างกาย สังเกตอาการของความดันโลหิตต่ำ และภาวะโปแทสเซียมในเลือดต่ำ แต่ผู้ป่วยที่ได้รับยาขับปัสสาวะขนาดต่ำเกินไปอาจกลับเข้ารับการรักษาด้วยอาการน้ำคั่งในร่างกายอย่างรุนแรง จึงมีการสอนให้ผู้ป่วยบางรายปรับขนาดยาขับปัสสาวะตามน้ำหนักตัวของผู้ป่วย (รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิช, 2547)

2.2 ยากลุ่มยับยั้งฤทธิ์ของแองจิโอเทนซิน (angiotensin-converting enzyme inhibitors [ACEI]) ยากลุ่มนี้ทำให้แองจิโอเทนซิน II ลดลง จึงช่วยลดอาการรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวได้ และมีฤทธิ์ขยายหลอดเลือด ทำให้หัวใจทำงานได้ดีขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทนต่อการปฏิบัติกิจกรรมได้ดีขึ้น อาการข้างเคียงของยา ได้แก่ ความดันโลหิตลดลง การทำงานของไตแย่ลง ระดับโปแทสเซียมในเลือดสูงขึ้น และอาการไอแห้งๆเรื้อรัง ดังนั้นควรแนะนำผู้ป่วยให้ลดการทำกิจกรรมหรือพักผ่อน 1-2 ชั่วโมงหลังจากรับประทานยา ไม่ควรใช้ยากลุ่มนี้ในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตผิดปกติ อาการไอแห้งๆ หากไม่รุนแรงและสามารถทนได้ผู้ป่วยควรรับประทานต่อไป แต่ถ้าไอบ่อยอาจหยุดยาและเลือกใช้ยากลุ่มอื่นแทน และติดตามผลตรวจระดับครีเอตินิน (creatinine) หากเพิ่มขึ้น จำเป็นต้องหยุดยาและเลือกใช้ยากลุ่มอื่นแทน (สุพจน์ ศรีมหาโชค, 2542)

2.3 ยาเบต้าบล็อกเกอร์ (beta-blockers) เป็นยาลดอัตราการเต้นของหัวใจ ทำให้มีการไหลของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ดีขึ้น ช่วยป้องกันการปรับเปลี่ยนรูปร่างและขนาดของหัวใจห้องล่าง ทำให้หัวใจไม่ขยายขนาดและไม่หนาตัวมากขึ้น หัวใจจึงทำงานอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น อาการข้างเคียงของยา ได้แก่ หัวใจเต้นช้า อาการล้า อาการหอบหืดกำเริบ จึงห้ามใช้ยากลุ่มนี้ในผู้ป่วยที่เป็นโรคหอบหืด และอาการหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันในระยะแรกของการใช้ยา ผู้ป่วยไม่ควรหยุดยาเอง เพราะการหยุดยาทันทีจะทำให้อาการหัวใจล้มเหลวรุนแรงกว่าเดิมได้ (รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิช, 2547)

2.4 ยาดิจิตาลิส (digitalis) เป็นยาเพิ่มแรงในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้ปริมาณเลือดออกจากหัวใจเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงไตมากขึ้น และมีผลต่อการส่งกระแสไฟฟ้าภายในกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง จึงใช้ในการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีการเต้นของหัวใจห้องบนแบบต้นพริ้ว (atrial fibrillation) อาการข้างเคียงของยา ได้แก่ หัวใจเต้นช้า หรือไม่สม่ำเสมอ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน การมองเห็นผิดปกติ เช่น ตามัว มีจุดเห็นแสงเป็นวงกลมรอบวัตถุสีเข้ม เห็นสีขาวเป็นสีเหลือง เป็นต้น แนะนำผู้ป่วยให้จับชีพจรก่อนรับประทานยาทุกครั้ง หากชีพจรเร็วหรือช้ากว่าที่กำหนด หรือเต้นไม่สม่ำเสมออย่างมาก โดยที่ไม่เคยเป็นมาก่อน ควรหยุดยาและไปพบแพทย์ก่อนเวลานัด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะพิษของยาดิจิตาลิสซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ (พิกุล บุญช่วง, 2541)

2.5 ยาด้านตัวรับอัลโดสเตอโรน (aldosterone receptor antagonists) เป็นยาที่ทำให้การสร้างอัลโดสเตอโรนลดลง จึงลดการกั่งของโซเดียม ลดการเสื่อมสลายของเซลล์หลอดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจในบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บหรือตาย ซึ่งเป็นผลมาจากปริมาณอัลโดสเตอโรนที่สูงขึ้นของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว สไปโรโนแลคโตน (spironolactone) เป็นยาในกลุ่มนี้ที่มีฤทธิ์ขับปัสสาวะในขนาดยาที่สูง แต่ในขนาดยาที่ต่ำซึ่งใช้รักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีฤทธิ์ป้องกันผลเสียของอัลโดสเตอโรนต่อหัวใจและหลอดเลือด อาการข้างเคียงสำคัญของสไปโรโนแลคโตน คือ ภาวะโปแทสเซียมในเลือดสูง และพบผลข้างเคียงต่อผู้ป่วยชายประมาณร้อยละ 10 คือ อาการเจ็บบริเวณเต้านม หรือเต้านมโตในผู้ชาย (Ammon, 2001)

2.6 ยาด้านตัวรับแองจิโอเทนซินทู (angiotensin II receptor antagonists [ARBs]) ออกฤทธิ์ต้านตัวรับแองจิโอเทนซินทูโดยตรง ยากลุ่มเออาร์บีเป็นยาที่ใช้แทนยากลุ่มเอซีอีไอในกรณีที่ผู้ป่วยทนต่อการได้รับยากลุ่มเอซีอีไอไม่ได้ หรือใช้ร่วมกับยากลุ่มเอซีอีไอเพื่อเพิ่มประโยชน์ในการลดการเสียชีวิต และการเข้ารักษาในโรงพยาบาลจากภาวะหัวใจล้มเหลว ยากลุ่มนี้มีผลข้างเคียงน้อยกว่าและผู้ป่วยทนการรักษาได้ดีกว่ายากลุ่มเอซีอีไอ แต่ในทางปฏิบัติกลับนำมาใช้น้อยเนื่องจากข้อจำกัดด้านราคา (นิริมา เชาวลิธ และ ดำรัส ตริสุโกศล, 2545)

3. การรักษาโดยไม่ใช้ยา เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ใช้ควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยา

3.1 โปรแกรมการจัดการเกี่ยวกับโรค (disease management program) เป็นการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีแพทย์เป็นหัวหน้าทีม พยาบาลเป็นสื่อกลางประสานการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาอย่างครอบคลุม ให้ความรู้และคำปรึกษาแบบตัวต่อตัวในทุกหัวข้อที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและญาติ นัดตรวจบ่อยเพื่อติดตามอาการอย่างใกล้ชิด มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเช่น โภชนากร เภสัชกร อย่างเหมาะสม จากการศึกษาผลของการ

ดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีความรุนแรงของโรคระดับ 3 และระดับ 4 ด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยแพทย์ประเมินอาการและปรับขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับ พยาบาลให้สุขศึกษา โภชนากรให้คำแนะนำเรื่องอาหาร น้ำ และเกลือ ส่งต่อผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายกับนักกายภาพบำบัด พบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตและความสามารถในการออกกำลังกายดีขึ้น และมีอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลงร้อยละ 87.2 (Holst et al., 2001)

3.2 การติดตามเยี่ยมบ้าน เป็นการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยพยาบาลจะประเมินความก้าวหน้าของโรค ตรวจร่างกาย การปฏิบัติตามแนวทางการรักษา และสามารถปรับเปลี่ยนแผนการรักษาที่บ้านได้ หากพบปัญหารุนแรงสามารถส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการที่เหมาะสม หรือปรึกษาแพทย์ผู้ร่วมทีมการดูแล จากการศึกษาผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหลังจากเข้ารับการรักษาก่อนการเจ็บป่วย พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจติดตามเยี่ยมบ้านภายใน 7-14 วันหลังจำหน่าย ติดตามเป็นระยะเวลา 6 เดือน พบว่า ทำให้อัตราการรอดชีวิตและคุณภาพชีวิตดีขึ้น อัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลง ซึ่งส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาของกลุ่มทดลองต่ำกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม (Stewart, Marley, & Horowitz, 1999)

3.3 การโทรศัพท์ติดตาม พยาบาลติดตามผู้ป่วยด้วยวิธีการโทรศัพท์ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อติดตามอาการของผู้ป่วยและการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน เป็นการประเมินความร่วมมือในการรักษาและความก้าวหน้าของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการสอนสุขศึกษาเพิ่มเติม และสามารถปรึกษาปัญหาสุขภาพกับพยาบาลทางโทรศัพท์ จากการศึกษาผลลัพธ์ของการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์พบว่า ผู้ป่วยลดการบริโภคเกลือลงร้อยละ 38 ผู้ป่วยได้รับการปรับขนาดยาเอซีอีไอเพิ่มขึ้น ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความสามารถในการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น ลดการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลลงร้อยละ 74 ลดการใช้บริการที่ห้องฉุกเฉินลงร้อยละ 31 (West et al., 1997)

3.4 การให้ความรู้และคำแนะนำในการจัดการตนเองแก่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

3.4.1 การจำกัดเกลือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวควรบริโภคเกลือน้อยกว่า 2 กรัมต่อวัน ร่วมกับการไม่ดื่มเกลือ น้ำปลา หรือซีอิ๊วในอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว และหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารกระป๋อง อาหารจานด่วน อาหารสำเร็จรูป ควรอ่านฉลากแสดงส่วนประกอบทางโภชนาการเพื่อดูปริมาณส่วนผสมของเกลือหรือโซเดียมคลอไรด์ในอาหาร (รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์, 2547) จากรายงานการศึกษาความร่วมมือในการรับประทานอาหารและยาของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 713 รายที่เข้ารับการรักษามารักษาในโรงพยาบาล พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยเหล่านี้เข้ารับการ

รักษาเนื่องจากภาวะน้ำเกิน ด้วยสาเหตุไม่รับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำ และ/หรือ รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ (Bennett, Milgrom, Champion, & Huster, 1997)

3.4.2 การจำกัดน้ำดื่ม ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการรุนแรงควรดื่มน้ำไม่เกิน 2 ลิตรต่อวัน เพื่อช่วยการควบคุมน้ำหนัก และลดการใช้ยาขับปัสสาวะในขนาดสูง ผู้ป่วยควรระมัดระวังการรับประทานซูป น้ำผลไม้ หรือผลไม้ที่มีน้ำเป็นส่วนประกอบจำนวนมาก ด้วยการบันทึกปริมาณน้ำดื่มในแต่ละวัน (Colonna et al., 2003)

3.4.3 การควบคุมภาวะโภชนาการ แนะนำผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน ควรลดน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ภาวะอ้วนทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น และมีขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงยิ่งขึ้น จากรายงานการศึกษาใน ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่สามารถลดน้ำหนักลงได้ พบว่า มีระดับความรุนแรงของอาการหัวใจล้มเหลวดีขึ้นถึงร้อยละ 90 หัวใจห้องล่างทำหน้าที่ในการบีบตัวและคลายตัวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Colonna et al., 2003)

3.4.4 การเฝ้าระวังอาการตนเอง ผู้ป่วยควรรู้จักอาการต่างๆของภาวะหัวใจล้มเหลว โดยเฉพาะอาการของภาวะน้ำเกิน และสามารถประเมินได้ว่าอาการเหนื่อยมากขึ้น น้ำหนักเพิ่มขึ้น บวม นอนราบไม่ได้ หรือการลุกมาหอบตอนกลางคืน เป็นอาการที่ไม่ควรมีในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมแล้ว หากเริ่มมีอาการดังกล่าวควรแจ้งให้ทีมสุขภาพรับรู้แต่เนิ่นๆ เพื่อได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงที และลดการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น (Grady et al., 2000)

3.4.5 การชั่งน้ำหนักตัว เพื่อประเมินภาวะน้ำเกิน ผู้ป่วยควรชั่งน้ำหนักตนเองทุกวัน หรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในตอนเช้าหลังจากถ่ายปัสสาวะแล้ว และก่อนรับประทานอาหารเช้า การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวมากกว่า 2 กิโลกรัมใน 3 วัน แสดงถึงการมีภาวะน้ำคั่งในร่างกาย ผู้ป่วยควรปรึกษาแพทย์และพยาบาลผู้ดูแลเพื่อจัดการกับปัญหาก่อนจะมีอาการกำเริบรุนแรง และการสอนให้ผู้ป่วยปรับขนาดยาขับปัสสาวะเองตามน้ำหนักตัวเป็นสิ่งที่สามารถกระทำได้ (Grady et al., 2000) จากการศึกษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้าร่วมโปรแกรมสอนการจัดการตนเอง เกี่ยวกับการเฝ้าระวังอาการกำเริบของโรค ผลของยาที่รับประทาน ความสำคัญของการชั่งน้ำหนักตนเองทุกวัน และแผนการปฏิบัติเมื่อน้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลง พบว่า สามารถลดการเข้ารักษาในโรงพยาบาล ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม (Wright et al., 2003)

3.4.6 การงดดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เกิดจากแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุชักนำ ควรงดดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิดอย่างเด็ดขาด เนื่องจากแอลกอฮอล์มีผลลดการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ (Colonna et al., 2003)

3.4.7 การเลิกสูบบุหรี่ ผู้ป่วยควรเลิกสูบบุหรี่อย่างเด็ดขาด เนื่องจากสารนิโคตินในบุหรี่จะกระตุ้นให้หลอดเลือดหดตัวและหัวใจเต้นเร็วขึ้น ขณะที่คาร์บอนไดออกไซด์ในควันบุหรี่ขัดขวางการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนในปอดทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมียาการรุนแรงมากขึ้น (Gibbs, Jackson, & Lip, 2000)

3.4.8 การออกกำลังกาย ผู้ป่วยควรออกกำลังกายในขนาดที่ร่างกายสามารถทำได้อย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบและอ่อนแรง ช่วยให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายของร่างกายดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถทำงานต่างๆ ได้มากขึ้นและมีความสุขเพิ่มขึ้น วิธีออกกำลังกายที่เหมาะสม คือ การปั่นจักรยาน หรือ การเดินบนพื้นราบ โดยเริ่มทีละน้อยจาก 2-5 นาทีต่อวันเป็นเวลา 1 สัปดาห์แล้วเพิ่มเป็น 5-10 นาทีต่อวัน หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายชนิดที่มีการเกร็งของกล้ามเนื้อ เช่น การเบ่ง การยกน้ำหนักกว่า 10 กิโลกรัม หรือการออกกำลังกายมากเกินไปจนรู้สึกล้าของตนเอง (รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิช, 2547) จากการศึกษาผลของโปรแกรมการเดินออกกำลังกายในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเพิ่มขึ้น (พิมพ์ใจ จุณะโปะ, 2547) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมเดินออกกำลังกายที่บ้านในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดีขึ้น คุณภาพชีวิตทั่วไปและคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับผลกระทบของโรคหัวใจล้มเหลวดีขึ้น (กฤติกา ชูดวงษ์, 2547)

3.4.9 เพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคในระดับ 1 และระดับ 2 ควรประเมินสภาพร่างกายก่อนการมีเพศสัมพันธ์ โดยผู้ป่วยที่สามารถเดินขึ้นลงบันได 1 ชั้นได้โดยไม่ต้องมีอาการเหนื่อยหอบ สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้อย่างปลอดภัย นอกจากนั้นแนะนำการใช้ยากลุ่มไนเตรทอมได้ลิ้นก่อนมีเพศสัมพันธ์จะช่วยลดอาการเหนื่อยหอบ ส่วนผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคในระดับ 3 หรือระดับ 4 ไม่ควรมีเพศสัมพันธ์ เพราะอาจมีอาการกำเริบในขณะหรือหลังมีเพศสัมพันธ์ได้ (รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิช, 2547)

ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้กลับสู่ภาวะปกติได้ การดำเนินของโรคมีแนวโน้มที่จะรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ เป้าหมายในการรักษามุ่งเน้นการควบคุมอาการของโรค ป้องกันและชะลอความเสื่อมของหัวใจ โดยการรักษาด้วยยา ร่วมกับการรักษาโดยไม่ใช้ยา แต่ยังคงพบว่าจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น อัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลสูง และอัตราการตายของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวยังไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น เนื่องจาก ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา ไม่ทราบถึงประโยชน์และฤทธิ์ข้างเคียงของยา จึงรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ

ไม่ตระหนักถึงการมีส่วนร่วมในการรักษา ทีมสุขภาพและผู้ป่วยไม่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ถึงแม้จะมีการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ แต่ผู้ป่วยมีจำนวนมากทำให้ไม่สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยทุกคนได้ จำเป็นต้องเลือกเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิช, 2547) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมกับโรคและการรักษา เป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่สามารถกระทำได้

การจัดการตนเอง

การจัดการตนเอง มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social cognitive theory) และการควบคุมด้วยตนเอง (self regulation model) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม เชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการเรียนรู้ที่ได้รับจากสังคม และสิ่งแวดล้อม (Bandura, 1986) ส่วนการควบคุมตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลปฏิบัติ เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งกระบวนการนี้สามารถเรียนรู้ได้ (Kanfer, 1981)

ความหมายการจัดการตนเอง

ปัจจุบันวิชาชีพด้านสุขภาพ เช่น การแพทย์ การพยาบาล ด้านการฟื้นฟู ด้านสุขภาพจิต และสุขภาพ ได้ดำเนินแนวทางการจัดการตนเองลงสู่การปฏิบัติอย่างแพร่หลายและมีหลายวิธี จึงเป็นเรื่องยากในการที่จะให้คำจำกัดความ การจัดการตนเอง (self-management) อย่างชัดเจน ครอบคลุม และเป็นมาตรฐานเดียวกัน ในบางครั้งมีการใช้สลับกับคำว่า การดูแลตนเอง (Deaton, 2000) อย่างไรก็ตามมีผู้ให้ความหมายการจัดการตนเองไว้ ดังนี้

ด้านทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social cognitive theory) การจัดการตนเอง หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ หรือป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพ รวมถึงการให้ความร่วมมือกับบุคลากรในทีมสุขภาพ (Tobin, Reynolds, Holroyd, & Creer, 1986)

ด้านสุขภาพจิต การจัดการตนเอง หมายถึง กลยุทธ์ และวิธีปฏิบัติในการควบคุมกระบวนการเรียนรู้และพฤติกรรม (Rehm & Rokke as cited in Kangchai, 2002)

ด้านการพยาบาล การจัดการตนเอง หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่กระทำเพื่อคงภาวะสุขภาพที่ดี และลดผลกระทบของความเจ็บป่วย รวมถึงการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ (Bartholomew, Parcel, Swank, & Czyzewski, 1993)

ไพรซ์ (Price, 1993 อ้างใน เพ็ญศิริ สันตโยภาส, 2542) กล่าวว่า การจัดการตนเอง หมายถึง วิธีการ หรือกระบวนการที่บุคคลเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเองในการปฏิบัติจัดการกระทำด้วยตนเอง เพื่อลดผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรัง

รีเกล, คาร์ลสัน, และ เกลเซอร์ (Riegel, Carlson, & Glaser, 2000) ให้ความหมาย การจัดการตนเอง ว่าเป็นกระบวนการเรียนรู้และการตัดสินใจของบุคคล ในการตอบสนองต่ออาการ และอาการแสดงของโรค เพื่อคงภาวะสุขภาพ และป้องกันอาการกำเริบของโรค โดยผู้รับบริการสามารถเรียนรู้ไปร่วมกับการชี้แนะของบุคลากรทีมสุขภาพ

คลาร์ก และคณะ (Clark et al., 1991) ให้ความหมาย การจัดการตนเอง ว่าเป็นการกระทำของบุคคลแบบวันต่อวัน เพื่อควบคุมหรือลดผลกระทบของโรคที่มีต่อภาวะสุขภาพด้านร่างกาย จิตสังคม และเศรษฐกิจ โดยมีทีมสุขภาพเป็นผู้ให้คำชี้แนะและความร่วมมือเกี่ยวกับวิธีการหรือกลยุทธ์ในการจัดการตนเอง

ฮอลแมน และ โลริก (Holman & Lorig, 2000) กล่าวว่า การจัดการตนเองของผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นการเฝ้าระวังและจัดการกับอาการของโรค การปฏิบัติตามแผนการรักษา ดำเนินชีวิตอย่างรักษาสุขภาพ และการจัดการกับผลกระทบของโรคต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย อารมณ์ และความสัมพันธ์ทางสังคม

แครียร์ (Creer, 2000) กล่าวว่า การจัดการตนเอง เป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตน เพื่อจัดการควบคุมความเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยตนเอง

การจัดการตนเอง หมายถึง กระบวนการ กิจกรรม หรือ กลยุทธ์ที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตน เพื่อควบคุมอาการ ป้องกันการกำเริบ และลดผลกระทบของโรคที่มีต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยมีบุคลากรในทีมสุขภาพเป็นผู้ให้คำชี้แนะ

สำหรับการศึกษานี้ การจัดการตนเอง จึงเป็นทั้งกระบวนการ กิจกรรม หรือ กลยุทธ์ที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตน เพื่อควบคุมอาการ ป้องกันการกำเริบ และลดผลกระทบของภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยมีทีมสุขภาพ เป็นผู้ให้ความรู้ และส่งเสริมให้ปฏิบัติทักษะต่างๆ อย่างต่อเนื่อง

กระบวนการจัดการตนเอง

การจัดการตนเองเป็นแนวคิดที่กว้าง และมีการนำไปปฏิบัติอย่างหลากหลายวิธี สำหรับ เครียร์ (Creer, 2000) เสนอกระบวนการในการจัดการตนเองไว้ 6 ขั้นตอน คือ

1. การตั้งเป้าหมาย (goal setting) คือ การกำหนดเหตุการณ์หรือพฤติกรรมในอนาคต ซึ่งคาดหวังจะเกิดขึ้น ผู้ป่วยกับทีมสุขภาพควรร่วมกันตั้งเป้าหมายโดยการปรึกษา ต่อบรอง และ กำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเองออกมา การตั้งเป้าหมายร่วมกันจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความ มุ่งมั่นที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมการจัดการตนเองนั้นๆ ให้สำเร็จตามเป้าหมายให้ได้ เป้าหมายที่ตั้งควร เฉพาะเจาะจง สามารถวัดได้ มีความเป็นจริงได้ในระยะสั้น จากนั้นเขียนเป็นแผนการปฏิบัติ เช่น การตั้งเป้าหมายในการออกกำลังกายให้ได้อย่างน้อยวันละครั้ง ครั้งละ 5-10 นาที ตั้งเป้าหมายการชั่ง น้ำหนักตัววันละครั้ง ตอนเช้า ตั้งเป้าหมายวัดอัตราการไหลของอากาศวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อน นอน เป็นต้น การที่ผู้ป่วยจะสามารถตั้งเป้าหมายได้ผู้ป่วยต้องมีความรู้เรื่องโรค การรักษา และ ทักษะในการจัดการกับโรค ข้อดีของการตั้งเป้าหมาย คือ เป็นการกำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการ เพิ่มข้อ ผูกมัดแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมาย การเสนอความคาดหวังของผู้ป่วย และการกระตุ้น ความพยายามในการปฏิบัติ สำหรับผู้ป่วยเรื่องการตั้งเป้าหมายมีข้อดีอีกประการ คือ เป็นวัตถุ ประสงค์ในการจัดการกับโรคให้สำเร็จ ด้วยความพยายามร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ โดยทีมสุขภาพต้องติดตามพฤติกรรมผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในระยะเริ่มแรก

2. การรวบรวมข้อมูล (information collection) เป็นการเฝ้าระวังตนเอง (self-monitoring) ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ การสังเกตอาการตนเอง (self-observation) และการบันทึกข้อมูล เกี่ยวกับตนเอง (self-recording) การเฝ้าระวังตนเองเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้สามารถบรรลุตาม เป้าหมาย และจัดการตนเองได้สำเร็จ แนวทางการเฝ้าระวังตนเองมี 3 ประการ คือ

- 2.1 ควรเฝ้าระวังเฉพาะอาการที่กำหนดไว้เป็นพฤติกรรมเป้าหมาย เพราะผู้ป่วยอาจ รู้สึกเหนื่อยถ้าได้ หากทำการเฝ้าระวังอาการต่างๆ รอบตัวมากเกินไป

- 2.2 ควรกำหนดวัตถุประสงค์ที่สามารถวัดได้ เช่น ประเมินการรับประทานยาต้านการ แข็งตัวของเลือดโดยการเจาะเลือดปลายนิ้วตรวจค่าระยะเวลาที่เลือดแข็งตัว (prothrombin time [PT]) หรือการใช้เครื่องวัดอัตราการไหลของอากาศ (peak flow) เพื่อเฝ้าระวังการอุดตันของหลอด ลม หรือการชั่งน้ำหนักเป็นประจำ เพื่อเฝ้าระวังภาวะน้ำหนักเกินในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว หรือการตรวจ ระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เป็นต้น

2.3 ควรสังเกตและบันทึกข้อมูล ในช่วงเวลาเฉพาะที่แพทย์หรือทีมสุขภาพกำหนด เช่น การวัดความดันโลหิตวันละ 2 ครั้ง การชั่งน้ำหนักตัวทุกเช้า หลังขับถ่าย และก่อนรับประทานอาหารเช้า เป็นต้น

3. การวิเคราะห์และประเมินข้อมูล (information processing and evaluation) คือ การนำข้อมูลที่รวบรวมมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ซึ่งอาจเป็นค่ามาตรฐานสากล หรือค่าเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ความดันโลหิตของผู้ป่วยไม่ควรสูงกว่า 140/90 มม.ปรอท ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานไม่ควรเกิน 200 มก./ดล. น้ำหนักตัวที่เหมาะสมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแต่ละคน เป็นต้น แนวทางในการวิเคราะห์และประเมินข้อมูล มี 5 ประการ คือ

3.1 ผู้ป่วยสามารถรับรู้ถึงอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง การวิเคราะห์และประเมินข้อมูลที่ผู้ป่วยสังเกตและบันทึกนี้จะเป็นงานที่ง่าย เป็นการรวบรวมข้อมูลที่สามารถวัดได้ เช่น การเฝ้าระวังเรื่องความดันโลหิต การที่ผู้ป่วยเฝ้าระวังและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่เป็น เช่น อาการปวดศีรษะ หรืออาการปวดเรื้อรัง จะเป็นงานที่ยากสำหรับผู้ป่วย ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องสามารถรับรู้ถึงอาการที่เปลี่ยนแปลงไปจากอาการปกติ หรือจากระดับที่เหมาะสมของผู้ป่วย ข้อมูลนี้เป็นข้อมูลส่วนบุคคลมีเพียงผู้ป่วยเท่านั้นที่รับรู้ได้ แต่ผู้ป่วยแต่ละคนมีความสามารถแตกต่างกัน ดังนั้นจึงต้องมีการให้ความรู้ การกำหนดเป้าหมาย และฝึกทักษะในการเฝ้าระวังอาการที่เป็นเป้าหมาย

3.2 ทีมสุขภาพควรสร้างแบบประเมิน หรือแบบบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน และมีมาตรฐาน เพื่อ เป็นแนวทางในการประเมินอาการของตนเอง และผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้จริง ตัวอย่างเช่น แบบบันทึกค่าความดันโลหิตสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง แบบบันทึกค่าอัตราการไหลของอากาศสำหรับผู้ป่วยโรคหอบหืด หรือแบบบันทึกน้ำหนักตัวสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นต้น

3.3 ผู้ป่วยสามารถประเมินและตัดสินใจเกี่ยวกับข้อมูลที่รวบรวม สามารถตัดสินใจได้โดยง่ายตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ เช่น เปรียบเทียบค่าความดันโลหิตที่วัดได้กับค่ามาตรฐาน หากสูงกว่าค่ามาตรฐานแสดงว่าความดันโลหิตสูง แต่ในรายที่เป็นการเปรียบเทียบอาการอาจทำได้ยาก ผู้ป่วยอาจมีความคลุมเครือ ควรสอนให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับอาการสำคัญของโรค และวิธีการสังเกตอาการของตนเอง เช่น สอนผู้ป่วยเบาหวานเกี่ยวกับอาการแสดงของระดับน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ปัสสาวะมากขึ้น อ่อนเพลีย คอแห้ง กระหายน้ำ ตามัว คันช่องคลอด เป็นต้น

3.4 ผู้ป่วยต้องเรียนรู้การประเมินอาการเปลี่ยนแปลงที่เป็นอาการนำ และสามารถแก้ไขอาการเปลี่ยนแปลงนั้นได้ด้วยตนเอง การวิเคราะห์อาการนำ พฤติกรรมที่ทำให้เกิด และผลที่เกิดตามมาจากการกระทำนั้น เป็นการเตรียมข้อมูลที่จำเป็นสำหรับตัดสินใจเลือกแนวทางที่ดีที่สุด

3.5 การวิเคราะห์และประเมินข้อมูล เกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ควรคำนึงถึงปัจจัยแวดล้อม เช่น ความสัมพันธ์กับบุคลากรในทีมสุขภาพ การเรียนรู้วิธีการและพฤติกรรมในการจัดการตนเอง ความเชื่อ และค่านิยม มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติจัดการตนเองของผู้ป่วยเรื้อรัง

4. การตัดสินใจ (decision making) เป็นขั้นตอนสำคัญของการจัดการตนเอง หลังจากผู้ป่วยรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ และประเมินข้อมูลของตนเองเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ผู้ป่วยต้องสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมโดยอาศัยข้อมูลเหล่านี้เป็นพื้นฐาน การตัดสินใจเป็นแก่นของความสำเร็จในการจัดการตนเอง แนวทางในการตัดสินใจ มีดังนี้ 1) พิจารณาอาการกำเริบแต่ละครั้งแยกจากกัน 2) กำหนดแนวทางในการดูแลรักษาให้ผู้ป่วยพิจารณาเป็นข้อๆ 3) ใช้ข้อมูลของผู้ป่วยเป็นพื้นฐานในการเลือกวิธีการดูแลรักษาที่เหมาะสมที่สุด 4) กำหนดวิธีการจัดการเป็นขั้นตอนให้เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของโรคที่เปลี่ยนแปลงไป 5) หลีกเลี่ยงความเชื่อผิดๆ เกี่ยวกับการจัดการกับอาการกำเริบของโรค 6) คำนึงถึงความเป็นไปได้ในการปฏิบัติของผู้ป่วย

5. การปฏิบัติ (action) เป็นการปฏิบัติทักษะการจัดการตนเอง เพื่อควบคุมภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังหรือภาวะที่มีผลต่อสุขภาพ เช่น การหาแหล่งช่วยเหลือ การวางแผนและแก้ปัญหา กลยุทธ์ที่ผู้ป่วยปฏิบัติเป็นการกระทำที่วางแผนไว้ เช่น การเสริมแรง (reinforcement) การผ่อนคลาย (relaxation) การมีต้นแบบ (modeling) เป็นต้น ผู้ป่วยจะประสบความสำเร็จได้ควรมีอิสระในการปฏิบัติเป็นขั้นตอนตามแนวทางที่วางแผนไว้ และยังขึ้นอยู่กับองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ความสะดวก หรือสิ่งที่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติทักษะการจัดการด้วยตนเอง

6. การประเมินตนเอง (self-reaction) คือ การประเมินความสามารถของตนเอง บุคคลควรถามตนเองว่ามีความมั่นใจมากเท่าไรว่าจะสามารถปฏิบัติการจัดการตนเองให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ จากการประเมินนี้บุคคลสามารถคาดการณ์ถึงการปฏิบัติจริง หรือต้องฝึกทักษะเพิ่มเติม ผู้ป่วยเรื้อรังควรทราบถึงข้อจำกัดในการปฏิบัติของตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการนำกระบวนการนี้ หรือบางขั้นตอนของกระบวนการพัฒนาเป็นโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดังการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืด 37 ราย เบาหวาน 24 ราย โรคหัวใจล้มเหลว 22 ราย พัฒนาโปรแกรมจากแนวคิดการควบคุมตนเอง และการจัดการตนเอง โดยมุ่งเน้นการตั้งเป้าหมาย (goal setting) และแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งมี 6 ขั้นตอน คือ การตั้งเป้าหมาย การเฝ้าระวังตนเอง (self-monitoring) การประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การปฏิบัติ และการประเมินผล พบว่า ผู้เข้าร่วมโปรแกรมและพยาบาลผู้ดำเนินการประเมินผลโปรแกรมด้านบวก ซึ่งผลการประเมินไม่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยเมื่อเริ่มต้น หรือความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง แต่ผู้ป่วย

สูงอายุ มีการศึกษาดำ และไม่ได้ทำงาน ได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมโปรแกรมมากที่สุด (Schreurs, Colland, Kuijer, Ridder, & Elderen, 2003)

การประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองทางคลินิก

เนื่องจาก การจัดการตนเองเป็นแนวคิดที่กว้าง และมีการพัฒนาเป็นโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างแพร่หลาย เช่น ผู้ป่วยโรคหอบหืด เบาหวาน ข้ออักเสบ ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ โรคเอสแอลอี และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น (Barlow, Wright, Sheasby, Turner, & Hainsworth, 2002) โดยส่วนใหญ่พบว่ามิใช่หลักการเรียนรู้ (cognitive) การควบคุมหรือกำกับตนเอง (self regulation model) การส่งเสริมความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน (self efficacy) การตัดสินใจ (decision making) และการแก้ปัญหา (problem solving) ร่วมด้วย ดังเช่นงานวิจัยต่อไปนี้

คลาร์ก และคณะ (Clark et al., 1991) กล่าวว่า การจัดการตนเองของผู้ป่วยเรื้อรังจะสำเร็จได้ต้องมีกิจกรรมที่ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยต้องมีความรู้เกี่ยวกับอาการของโรค การรักษา เพื่อช่วยการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง 2) ผู้ป่วยต้องปฏิบัติกิจกรรมที่มีเป้าหมายในการจัดการกับอาการ และ 3) ผู้ป่วยต้องฝึกทักษะที่จำเป็นเพื่อคงความสามารถในการทำหน้าที่ทางร่างกาย และจิตสังคม พฤติกรรมเหล่านี้มีเป้าหมาย เพื่อลดผลกระทบของโรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน โทบิน และคณะ (Tobin et al., 1986) เชื่อว่า ความสำเร็จในการจัดการตนเองสัมพันธ์กับตัวแปรด้านบุคคล ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมการเรียนรู้ สภาพแวดล้อมทางสังคม แหล่งประโยชน์ ขณะที่การสนับสนุนทางสังคมก็เป็นตัวแปรที่มีผลต่อความสำเร็จในการจัดการตนเองเช่นกัน

เจนสัน และคณะ (Janson et al., 2003) ศึกษาผลของการสอนการจัดการตนเองเป็นรายบุคคลในผู้ป่วยโรคหอบหืด ต่อผลลัพธ์ทางคลินิก และความร่วมมือในการใช้ยาต้านการอักเสบตามแผนการรักษา โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและฝึกทักษะที่จำเป็น เช่น เทคนิคการพ่นยาที่ถูกต้อง วิธีการวัดอัตราการไหลของอากาศ (peak flow measurement) ฝึกทักษะในการเฝ้าระวังอาการและการประเมินอาการตนเอง มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนเมื่อเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการพ่นยาคอร์ติโคสเตียรอยด์เพิ่มขึ้น มีการรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมอาการของโรคเพิ่มขึ้น และมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ซอห์ง (Sohng, 2003) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเอสแอลอี ประเทศเกาหลี จำนวน 41 ราย กลุ่มควบคุม 20 ราย กลุ่มทดลอง 21 ราย กลุ่มทดลองได้รับการสอนเป็นกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ กิจกรรมของโปรแกรมเน้นด้านการ

จัดการกับยา การจัดการกับอาการ การออกกำลังกาย การปฏิสัมพันธ์ การจัดการกับอาการผื่นแดงของผิวหนัง การดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพดี และการจัดการกับปัญหาสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วยเอสแอลอี พบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมมีอาการด้านและภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีทักษะในการจัดการกับปัญหา และความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอาการปวดและระดับความรุนแรงของโรค พบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างทั้งสองกลุ่ม

ไรท์ และคณะ (Wright et al., 2003) ศึกษากลยุทธ์การจัดการตนเองของโปรแกรมการจัดการโรคหัวใจล้มเหลว กลุ่มทดลองได้รับสมุดบันทึกน้ำหนักตัว และเข้าร่วมกลุ่มการสอน 3 ครั้ง ซึ่งให้ความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว ความสำคัญของการชั่งน้ำหนักตัวเป็นประจำ แผนการปฏิบัติเมื่อน้ำหนักตัวมีการเปลี่ยนแปลง ประโยชน์ของการรับประทานยา ความสำคัญของการปฏิบัติตามแผนการรักษา แนะนำการออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารลดเค็ม โดยประเมินการจัดการตนเองจากการบันทึกน้ำหนักตัวในสมุดบันทึกและพฤติกรรม การชั่งน้ำหนักตัว ระดับความรู้ในการจัดการตนเอง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ในการจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีพฤติกรรมการชั่งน้ำหนักตัวและการบันทึกน้ำหนักตัวเป็นประจำสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

มาร์เทนส์สัน, สตรอมเบอร์ก, วาห์ลสตรอม, คาร์ลสัน, และ ฟรีกลุนด์ (Martensson, Stromberg, Dahlstrom, Karlsson, & Fridlund, 2005) ศึกษาผลการปฏิบัติพยาบาลโดยมีพยาบาลเป็นผู้จัดการ เพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลชุมชน 153 ราย การปฏิบัติพยาบาลประกอบด้วย การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องโรคและการจัดการตนเอง ซึ่งได้แก่ การจำกัดอาหารเกลือโซเดียม การจำกัดน้ำดื่ม การเฝ้าระวังน้ำหนักตัวและอาการของภาวะน้ำเกิน เช่น อาการเหนื่อยหอบ บวม และการปรับขนาดยาขับปัสสาวะตามอาการ การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เดือนละครั้งเป็นเวลา 12 เดือน ผลการศึกษาพบว่าเดือนที่ 3 กลุ่มทดลอง มีคุณภาพชีวิตด้านผลกระทบด้านสุขภาพต่อการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การเปรียบเทียบภายในกลุ่มที่ 3 และ 12 เดือนพบว่ากลุ่มทดลองคงคุณภาพชีวิตที่ดีไว้ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วารี กังใจ (Kangchai, 2002) นำแนวคิดการจัดการตนเองมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาล ในผู้สูงอายุสตรีที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดปัสสาวะราด/กลั้นไม่ทันหรือชนิดผสม ผู้สูงอายุกลุ่ม ทดลองเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองซึ่งพัฒนาขึ้นภายใต้แนวคิดการจัดการตนเอง และโมเดลการกำกับตนเอง ซึ่งประกอบด้วย 1) การประเมินปัญหา และตั้งเป้าหมาย 2) เตรียมผู้ป่วยด้วยการให้ความรู้ และส่งเสริมทักษะในการจัดการตนเอง 3) ปฏิบัติ

กิจกรรมด้วยการออกกำลังกล้ามเนื้อบริเวณอุ้งเชิงกรานและฝึกกระเพาะปัสสาวะ 4) ประเมินผลการปฏิบัติ โดยการเยี่ยมบ้าน พบว่า กลุ่มทดลองปฏิบัติการจัดการด้วยตนเองทั้งระยะหลังการทดลองระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และ 2 มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองมีความถี่ของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ลดลง ผลกระทบของโรคต่อผู้ป่วยทางด้านจิตสังคมลดลง เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น สรุปได้ว่า องค์ประกอบที่จำเป็นในโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย แบบกลุ่มหรือรายบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ และเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาในเรื่องยา อาหาร และการออกกำลังกาย 2) การฝึกปฏิบัติทักษะที่จำเป็นสำหรับการจัดการตนเอง ทักษะการสังเกตและเฝ้าระวังอาการของตนเอง มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนเมื่อเกิดอาการเปลี่ยนแปลง 3) การประเมินผล เป็นการติดตามปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องด้วยการเยี่ยมบ้าน หรือติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ โดยผลลัพธ์หรือเป้าหมายของโปรแกรมการจัดการตนเอง ได้แก่ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเพิ่มขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น มีการรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมอาการของโรคเพิ่มขึ้น และมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น

โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด พยาธิสภาพของโรคจะดำเนินไปข้างหน้าอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นเมื่อได้รับการรักษาและดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม แต่มีโอกาสดังสูงที่จะเกิดอาการกำเริบจนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หากผู้ป่วยจัดการตนเองอย่างไม่เหมาะสม ได้แก่ รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ไม่มาพบแพทย์ทันทีที่มีอาการผิดปกติ ไม่มาตรวจตามนัด ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาเรื่องการรับประทานอาหารลดเค็ม และการจำกัดน้ำดื่ม (Vinson et al., 1990) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการเจ็บป่วย ไม่เกิดการกำเริบของโรค มีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น มีความพึงพอใจในชีวิตและรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จากการทบทวนวรรณกรรม และดำเนินกิจกรรมตามวิธีการจัดการตนเองของ เครียร์ (Creer, 2000) ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว การจัดการตนเองตามกระบวนการ 6 ขั้นตอน และการประเมินผล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การให้ความรู้ การสอนให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ ภาวะหัวใจล้มเหลว อาการและอาการแสดงของโรค การรับประทานยา ผลข้างเคียงของยา อาหารเกลือโซเดียมต่ำ และการจำกัดน้ำดื่ม การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรคและระดับความรุนแรงของโรค เพื่อผู้ป่วยสามารถตั้งเป้าหมาย และวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมจัดการตนเองได้ (Clark et al., 1991) จากการศึกษาของ ไน และคณะ (Ni et al., 1999) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีความรุนแรงของโรค ระดับ 3 หรือระดับ 4 จำนวน 113 คน พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 37 มีความรู้เรื่องโรคเพียงเล็กน้อย ผู้ป่วยร้อยละ 14 มีความรู้มาก และผู้ป่วยร้อยละ 40 ไม่รู้ถึงความสำคัญของการชั่งน้ำหนักตัว ผู้ป่วยร้อยละ 27 ชั่งน้ำหนักตัวเดือนละ 2 ครั้งหรือน้อยกว่า และคะแนนความรู้ที่สูงมีความสัมพันธ์กับการได้รับคำแนะนำ และข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลจัดการตนเองจากแพทย์หรือพยาบาล

2. การจัดการตนเองตามกระบวนการของ เครียร์ (Creer, 2000) 6 ขั้นตอน เป็นการเฝ้าระวังและสังเกตอาการของโรคที่กำลังเกิดขึ้นให้ได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก และขอความช่วยเหลือ หรือหาทางแก้ไขก่อนที่จะมีอาการจะกำเริบหนักจนต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องเฝ้าระวังการเกิดภาวะน้ำคั่งในร่างกาย โดยการเฝ้าระวังอาการดังต่อไปนี้ 1) น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว 2) อาการบวมกดปุ่มที่เท้า หน้าแข้ง และเข่า 3) อาการเหนื่อยหอบ 4) อาการเหนื่อยหอบเวลานอนราบ 5) อาการสะดุ้งตื่นกลางดึก 6) อาการไอ ผู้ป่วยต้องตระหนักว่าอาการเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับภาวะหัวใจล้มเหลวที่เป็น หากอาการเหล่านี้มีการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยต้องสามารถตัดสินใจและกระทำการแก้ไขตามแนวทางที่ทีมสุขภาพกำหนด หรือขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกของการเปลี่ยนแปลง จากนั้นผู้ป่วยทำการประเมินการปฏิบัตินั้นว่าผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพหรือไม่ เพื่อพัฒนาการจัดการตนเองต่อไป รายละเอียดแต่ละขั้นตอนมีดังนี้

2.1 การตั้งเป้าหมาย การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเองร่วมกับผู้วิจัยได้ ได้แก่ ผู้ป่วยจะไม่มีอาการกำเริบของโรคจนเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะรับประทานยาตามแผนการรักษา ผู้ป่วยจะไม่เติมเกลือหรือน้ำปลาในอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว ผู้ป่วยจะชั่งน้ำหนักตัวและจดบันทึกทุกวัน หากน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นผู้ป่วยจะปฏิบัติตามแนวทางที่ทีมสุขภาพให้ไว้ ผู้ป่วยจะสังเกตและประเมินอาการเหนื่อยหอบ อาการบวมกดปุ่ม อาการนอนราบไม่ได้ อาการสะดุ้งตื่นกลางดึก อาการไอ ทุกวัน การตั้งเป้าหมายร่วมกันจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองให้สำเร็จตามเป้าหมายให้ได้

2.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นการเฝ้าระวังและสังเกตอาการของผู้ป่วยด้วยตนเอง และบันทึกไว้ สำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวควรเฝ้าระวังอาการแสดงสำคัญของภาวะน้ำคั่งในร่างกายทั้ง 6 อาการที่กล่าวมาแล้ว พร้อมกับบันทึกข้อมูลในแบบบันทึก

2.3 การวิเคราะห์และประเมินข้อมูล เป็นการนำข้อมูลที่ผู้ป่วยเก็บรวบรวมมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ หรือเปรียบเทียบกับข้อมูลในวันก่อนหน้านี้ ได้แก่ น้ำหนักตัว ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวแต่ละรายมีการบันทึกน้ำหนักตัวที่เหมาะสม นั่นคือ น้ำหนักตัวของผู้ป่วยในขณะที่ไม่มีภาวะน้ำคั่ง หรือขาดน้ำ เปรียบเทียบน้ำหนักตัวที่ชั่งกับน้ำหนักตัวที่เหมาะสม การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัว 1 กก. หมายถึง มีน้ำคั่งในร่างกาย 1 กก. การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัว 2 กก. จากเกณฑ์ภายใน 3 วัน แสดงถึง ภาวะน้ำคั่งในร่างกายอย่างรุนแรง

2.4 การตัดสินใจ ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมโดยอาศัยข้อมูลที่รวบรวมไว้ หลังจากผู้ป่วยประเมินภาวะน้ำคั่งของตนเองได้ว่าอยู่ในระดับใด ซึ่งได้แก่ ไม่มีภาวะน้ำคั่ง มีภาวะน้ำคั่งในร่างกายปานกลาง หรือมีภาวะน้ำคั่งในร่างกายอย่างรุนแรง ผู้ป่วยต้องทำการตัดสินใจตามแนวทางดังต่อไปนี้

2.4.1 ไม่มีภาวะน้ำคั่ง ผู้ป่วยควรรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ บริโภคเกลือไม่เกิน 2 กรัมต่อวัน ดื่มน้ำไม่เกิน 2 ลิตรต่อวัน

2.4.2 มีภาวะน้ำคั่งปานกลาง ผู้ป่วยควรรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ บริโภคเกลือต่ำกว่า 2 กรัมต่อวัน ดื่มน้ำไม่เกิน 1 ลิตรต่อวัน หากปฏิบัติตัวดังนี้เป็นเวลา 2 วัน แล้วภาวะน้ำคั่งยังคงอยู่ในระดับปานกลาง ควรโทรศัพท์ติดต่อคลินิกโรคหัวใจ

2.4.3 มีภาวะน้ำคั่งรุนแรง ผู้ป่วยควรโทรศัพท์ติดต่อคลินิกโรคหัวใจ หรือพบแพทย์ทันที

2.5 การปฏิบัติ ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองอย่างสม่ำเสมอ ในระยะแรกขณะอยู่โรงพยาบาลผู้วิจัยจะติดตามการปฏิบัติของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษา และร่วมกันแก้ไขปัญหาคืออุปสรรคในการปฏิบัติ

2.6 การประเมินตนเอง ผู้ป่วยประเมินการปฏิบัติของตนเองขณะอยู่โรงพยาบาล สามารถบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ และถามตนเองมีความมั่นใจมากเท่าไรว่าจะสามารถนำไปปฏิบัติจริงเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

3. การประเมินผล เป็นการติดตามประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยการเยี่ยมบ้านหรือการโทรศัพท์ เพื่อติดตามอาการและการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน (Wright et al., 2003; DeWalt et al., 2004) หากประเมินแล้วพบว่าผู้ป่วยปฏิบัติการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม และบรรลุเป้าหมาย โรงพยาบาลจะกระตุ้นและสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติการจัดการตนเองต่อไปอย่าง

สมัครเสมอ หากประเมินแล้วพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถบรรลุเป้าหมายได้ พยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวหาทางแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น

กล่าวได้ว่า เมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับการพัฒนาความสามารถในการจัดการตนเองตามโปรแกรมการจัดการตนเอง จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการจัดการกับโรคที่เป็นเพิ่มขึ้น สามารถปฏิบัติการดูแลจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม ลดการเกิดอาการกำเริบของโรค มีภาวะสุขภาพดีขึ้น ลดการพึ่งพาผู้อื่น มีความพึงพอใจในชีวิต ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตที่ดี

คุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต เป็นคำที่มีความหมายกว้าง เป็นนามธรรม ซับซ้อนและหลากหลายมิติ เป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล และเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นชั่วคราว เป็นพลวัต เปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา (Sneed, Paul, Michel, VanBakel, & Hendrix, 2001) ความหมายของ คุณภาพชีวิต โดยทั่วไปหมายถึง ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความผาสุก ความรู้สึกเป็นสุข ความพึงพอใจเป็นมิติด้านความรู้สึกนึกคิด ขณะที่ความสุขเป็นมิติด้านอารมณ์ (Lukkarinen & Hentinen, 1997) มีผู้ให้นิยามของคุณภาพชีวิตแตกต่างกันไป ดังนี้

แคนทริล (Cantril, 1965) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นระดับของความพึงพอใจที่สรุปโดยภาพรวมทั้งหมด และมีโครงสร้างเป็นมิติเดียว

โอเรม (Orem, 1995) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตมีความหมายเช่นเดียวกับความผาสุก ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการมีชีวิตอยู่ตามความพึงพอใจ และความรู้สึกเป็นสุขภายในจิตใจ เป็นความรู้สึกพึงพอใจในสภาวะของร่างกาย สังคม และความผาสุกทางใจในปัจจุบันของแต่ละบุคคล

พาดิลลา และ แกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพ โดยประเมินจากความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย ทัศนคติต่อสุขภาพ ความพอใจในชีวิตและความรู้สึกว่าคุณเองได้รับความช่วยเหลือจากสังคม

เบอร์ซัน (Berzon, 1998 as cited in Sneed et al., 2001) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ (health-related quality of life) มีความหมายที่เฉพาะเจาะจงและมุ่งเน้นเกี่ยวกับการรับรู้ถึงภาวะสุขภาพของบุคคล ความสามารถในการทำหน้าที่ และการรับรู้ถึงผลกระทบของภาวะสุขภาพหรือความเจ็บป่วย และการรักษา

เบอร์กเนอร์ (Bergner, 1989 as cited in Renwick, Brown, & Nagler, 1996) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต ว่าหมายถึง ภาวะการทำหน้าที่ (functional status) และภาวะสุขภาพ (health

status) ของผู้ป่วยที่เป็นผลกระทบจากความเจ็บป่วย และแผนการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในกิจวัตรประจำวันด้านทั่วไป ร่างกาย และจิตสังคม เบอร์กเนอร์, บอบบิทท์, คาร์เตอร์, และ กิลสัน (Bergner, Bobbitt, Carter, & Gilson, 1981) ได้เสนอแนวคิดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ โดยคุณภาพชีวิตตามแนวคิดนี้จะหมายถึง ภาวะสุขภาพ หรือภาวะการทำหน้าที่ กล่าวคือ ถ้าบุคคลมีภาวะสุขภาพ หรือสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทต่างๆ ได้ดีจะแสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย

เรคเตอร์ (Rector, 2005a) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลถึงภาวะสุขภาพ การทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ที่ได้รับผลกระทบจากการของโรค หรือความเจ็บป่วย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของ เรคเตอร์ (Rector, 2005a) ซึ่งกล่าวว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการของโรคเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตของตนเองเปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพในขณะนั้น พยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลว ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ อาการด้าอาการบวมของแขนขา อาการเหล่านี้มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยตรง และทำให้การทำหน้าที่ด้านต่างๆ ของผู้ป่วยลดลงหรือถูกจำกัด ผู้ป่วยจึงเกิดภาวะกดดันทางจิตใจ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวลดลงเช่นกัน การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคได้ จะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ผู้ป่วยต้องดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกำเริบของโรค และการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ แม้ว่าการรักษาโรคนี้จะมีประสิทธิภาพมากขึ้น มีการค้นพบยาและเทคนิคใหม่ๆ ที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาว แต่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวยังคงมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากต้องเผชิญกับอาการต่างๆ ของโรคและการรักษาที่รบกวนการทำหน้าที่ของร่างกาย และแบบแผนการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยรับรู้ถึงภาวะสุขภาพของตนเองที่ได้รับผลกระทบจากโรค (Rector, 2005a)

เอกแมน, เฟเกอร์เบิร์ก, และ ลุนด์แมน (Ekman, Fagerberg, & Lundman, 2002) ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหัวใจล้มเหลวที่มีอาการหัวใจล้มเหลวระดับ 3 และระดับ 4 จำนวน 94 ราย กับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีด้วยการจับคู่ให้เพศและอายุใกล้เคียงกัน โดย

ประเมินคุณภาพชีวิตใน 8 มิติ คือ 1) ความสามารถในการทำกิจกรรม 2) ผลกระทบด้านสุขภาพต่อการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน 3) ผลกระทบจากอาการเจ็บปวดของร่างกาย 4) สุขภาพทั่วไป 5) ความผาสุกในการดำเนินชีวิต 6) ความสัมพันธ์ในสังคม 7) ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ต่อการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน 8) สุขภาพจิต ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าในทุกมิติเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีสุขภาพดี โดยเฉพาะมิติด้านร่างกาย ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรม ผลกระทบด้านสุขภาพต่อการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน สุขภาพทั่วไป และความผาสุกในการดำเนินชีวิต

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลทั่วไป พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่า ดังการศึกษาของ Juenger et al., (2002) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 205 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลงเมื่อระดับความรุนแรงของอาการหัวใจล้มเหลวเลวลง ระดับความรุนแรงของอาการหัวใจล้มเหลวเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ดีที่สุดในขณะที่ระยะทางที่เดินได้ใน 6 นาที และ ประสิทธิภาพการใช้ออกซิเจนสูงสุด (peak oxygen uptake) เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้เพียงมิติเดียว คือ ความสามารถในการทำกิจกรรม ส่วนค่าประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ และระยะเวลาของการเจ็บป่วย เป็นตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างชัดเจน เมื่อนำคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเปรียบเทียบกับกลุ่มบุคคลทั่วไป พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีความรุนแรงของอาการหัวใจล้มเหลวระดับ 3 มีคะแนนคุณภาพชีวิตลดลงประมาณ 1 ใน 3 ของกลุ่มบุคคลทั่วไป

นอกจากนั้น การศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 293 ราย พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมากที่สุดเป็นตัวแปรด้านจิตวิสัย คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพและอาการของโรค (Heo, Moser, Riegel, Hall, & Christman, 2005) เช่นเดียวกับการศึกษาผลกระทบของอาการของโรคต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 53 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการของโรคเฉลี่ย 15.1 ± 8 อาการ โดยอาการเหนื่อยหอบและล้า เป็นอาการที่พบมากที่สุด อาการนอนหลับยากเป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยทรมานมากที่สุด อายุที่น้อย ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง อาการทั่วไปทั้งหมด และอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมานทั้งหมด สามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพได้ร้อยละ 67 (Zambroski, Moser, Bhat, & Ziegler, 2005)

จากการทบทวนวรรณกรรม เห็นได้ว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตต่ำ โดยเฉพาะมิติด้านความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และมีคุณภาพชีวิตลดลงเมื่อระดับ

ความรุนแรงของอาการหัวใจล้มเหลวเฉวตง ขณะทีการรับรู้ภาวะสุขภาพ และอาการของโรคเป็น ตัวแปรทีมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมากที่สุด การส่งเสริมให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สามารถกระทำได้ด้วยการปฏิบัติพยาบาลทีส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการ ความคุมอาการของโรคได้ เมื่ออาการของโรคดีขึ้น ผู้ป่วยจะรับรู้ได้ถึงภาวะสุขภาพทีดีขึ้น และเกิด ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น สำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว การจัดการตนเองเป็นวิธีการที จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรค และอยู่ร่วมกันภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีคุณภาพ ชีวิตทีดี

ปัจจัยทีเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

คุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลย่อมแตกต่างกันไปขึ้นกับการรับรู้ส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อม สังคม และวัฒนธรรม ปัจจัยเหล่านี้ประกอบด้วย ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับ การศึกษา ปัจจัยด้านสถานภาพทางสังคม ได้แก่ สถานภาพสมรส รายได้ และอาชีพ ปัจจัยด้าน สุขภาพ ได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนโรคร่วม เป็นต้น จากการ ทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยทีมีอิทธิพลอย่างสูงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ อายุ เพศ (Hou et al., 2004) และระดับความรุนแรงของอาการหัวใจล้มเหลว (Juenger et al., 2002) ขณะที่การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ระดับ การศึกษา และรายได้ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ (ฉัตรวลัย ใจอารีย์, 2533) จำนวน โรคร่วม ค่าประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ และระยะเวลาของการเจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Clark, Tu, Weiner, & Murray, 2003)

อายุ บุคคลเมื่อมีอายุมากขึ้นจะสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีและสามารถ ปรับความต้องการ ความคาดหวัง ให้เข้ากับสภาพความเป็นจริงของร่างกายทีเป็นอยู่ได้ จากการ ศึกษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทีมีอายุมาก พบว่ามีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยทีมีอายุน้อยกว่า ถึงแม้ว่า จะมีระดับความรุนแรงของอาการหัวใจล้มเหลวและระยะทางทีเดินได้ใน 6 นาทีต่ำกว่าก็ตาม เนื่องจาก ผู้ป่วยทีมีอายุมากและอายุน้อย มีความคาดหวังและการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของภาวะ ในการทำหน้าที่แตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุมีความคาดหวังในตนเองเกี่ยวกับความสามารถในการทำ หน้าที่โดยทั่วไปต่ำกว่า จึงรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตทีดีกว่า (Masoudi et al., 2004) ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ และเพศ กับคุณภาพชีวิต พบว่า ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวทีมีอายุ น้อยกว่า 65 ปี มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมต่ำกว่าผู้ป่วยอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี อย่างมี นัยสำคัญ (Hou et al., 2004)

เพศ เพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเพศหญิงมีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพดีกว่าผู้ป่วยเพศชาย และเข้าใจความหมายในการเจ็บป่วยของตนทางด้านบวกมากกว่าเพศชาย ทั้งที่มีภาวะการทำหน้าที่แย่กว่า หรือระดับความรุนแรงของอาการหัวใจล้มเหลวมากกว่า (Evangelista, Kagawa-Singer, & Dracup, 2001) จากการศึกษาของ เบนเนทท์, เบเกอร์, และ ฮุสเตอร์ (Bennett, Baker, & Huster, 1998) ในการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวหญิงจำนวน 30 รายพบว่า ได้รับผลกระทบอย่างมากจากอาการด้านร่างกาย รับรู้ถึงภาวะสุขภาพร่างกายที่แย่ และมีคุณภาพชีวิตต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ ฮู และคณะ (Hou et al., 2004) พบว่า ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเพศหญิงมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมต่ำกว่าผู้ป่วยชายอย่างมีนัยสำคัญ และเช่นเดียวกับการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวระหว่างเพศชายและเพศหญิง จำนวน 691 คู่ โดยวิธี การจับคู่ให้ อายุ ค่าประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ และ ระดับความรุนแรงของอาการเหมือนกัน พบว่า ผู้ป่วยหญิงมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่า โดยเฉพาะด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย และ กิจกรรมทางสังคม (Riedinger et al., 2001)

ระดับความรุนแรงของอาการหัวใจล้มเหลว เป็นปัจจัยบ่งบอกถึงความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จากการศึกษาของ มาโซุดี และคณะ (Masoudi et al., 2004) พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวดีขึ้นในผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการดีขึ้น คะแนนคุณภาพชีวิตไม่เปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการคงที่ และคะแนนคุณภาพชีวิตลดลงในผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการเลวลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวชาวฮ่องกงของ ลี, ยู, วู, และ ธรอมป์สัน (Lee, Yu, Woo, & Thompson, 2005) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตอย่างสูงคือ ภาวะสุขภาพจิต และภาวะการทำหน้าที่ (psychological and functional health) โดยผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับสูงจะมีคุณภาพชีวิตต่ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น จะเห็นได้ว่า อายุ เพศ และระดับความรุนแรงของอาการหัวใจล้มเหลว เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างสูงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยทั้งสามมากำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาค้นคว้า เพื่อศึกษาว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้วยหรือไม่

การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิตนั้นมีความแตกต่างกันไปตามวัตถุประสงค์ และแนวคิดของนักวิจัยแต่ละท่าน สำหรับแนวคิดของคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ แบ่งการประเมินตามเนื้อหาเป็น 2 ประเภท คือ

1. การประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป (general measure of quality of life) เป็นการประเมินอย่างกว้างๆ ถึงผลกระทบจากโรคหรือการรักษา โดยไม่มุ่งเน้นที่โรคหรือความเจ็บป่วยใดๆ สามารถนำไปใช้ได้กับบุคคลทั่วไปทุกรูปแบบ ซึ่งมีข้อดีคือ สามารถนำข้อมูลคุณภาพชีวิตมาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มบุคคล ความเจ็บป่วย และการรักษาในแต่ละวิธีได้ ส่วนข้อด้อย คือ ไม่สามารถประเมินถึงรายละเอียดปลีกย่อยของแต่ละโรค และการรักษา ในการประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป เน้นองค์ประกอบด้านการทำหน้าที่ตามบทบาทต่างๆทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั่วไป และความพึงพอใจในชีวิต ตัวอย่างแบบประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไป ได้แก่ Short Form Health Survey 36 (SF-36), the General Health Survey Short Form-12 (SF-12), the Nottingham Health Profile (NHP) (Bennett et al., 2003; Juenger et al., 2002; Lukkarinen & Hentinen, 1997)

2. การประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคหรืออาการเจ็บป่วย (disease specific measure of quality of life) เป็นการประเมินที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละโรคหรือความเจ็บป่วย ข้อดี คือ ผู้ป่วยสามารถประเมินได้ตรงและง่ายกว่า สามารถบอกถึงการเปลี่ยนแปลงของโรคในระยะต่างๆได้ แต่ข้อด้อย คือ ไม่สามารถนำข้อมูลมาเปรียบเทียบกันได้ ตัวอย่างแบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคหรืออาการเจ็บป่วย ได้แก่ the Seattle Angina Questionnaire (SAQ), Specific Activity Scale (SAS), the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (LHFQ), the Chronic Heart Failure Questionnaire (CHQ) (Bennett et al., 2003; Juenger et al., 2002; Lukkarinen & Hentinen, 1997)

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคหัวใจล้มเหลวมินนิโซต้าของ เรคเตอร์, คูโบ, และ โคห์น (Rector, Kubo, & Cohn, 1987) ซึ่งเป็นแนวคิดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ และเป็นแบบวัดเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วยต่อภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ผลกระทบด้านร่างกาย ผลกระทบด้านสังคมเศรษฐกิจ และผลกระทบด้านจิตใจ โดยข้อคำถามจะเกี่ยวข้องกับอาการและอาการแสดงของโรค การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และความสามารถในการหาเลี้ยงชีพ โดยมีการให้คะแนน 0-5 คะแนนจะอยู่ระหว่าง 0-150 คะแนน คะแนนยิ่งมากแสดงว่าคุณภาพชีวิตต่ำ การแปลผลจะต้องมีการเปรียบเทียบ

กันระหว่างครั้งที่ 1 และ 2 เพื่อเปรียบเทียบว่าคุณภาพชีวิตดีขึ้นหรือลดลง แบบวัดนี้ได้รับความนิยมและมีการแปลเป็นภาษาต่างๆ มากกว่า 25 ภาษา เรคเตอร์ (Rector, 2005b) ศึกษาโดยรวบรวมงานวิจัยที่นำแบบวัดนี้ไปใช้ พบว่าไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการข้ามวัฒนธรรมและไม่ต้องใช้เวลาในการประเมินมากนัก ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบวัดโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.86 และมีการหาค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่ม (interclass correlation coefficient) ระหว่างการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ และการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว โดยเก็บข้อมูลห่างกัน 2 วัน ได้เท่ากับ 0.87 ส่วนการทดสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของแบบวัดนี้มีการแปรผันตามระดับความรุนแรงของอาการหัวใจล้มเหลวที่จำแนกตามเกณฑ์ของ สมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (NYHA) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .0001 ($p < .0001$) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 21, 37, 53 และ 69 ในระดับที่ 1, 2, 3 และ 4 ตามลำดับ แบบวัดนี้มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และง่ายสำหรับผู้ป่วยในการประเมิน จึงเหมาะสำหรับใช้ประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวหลังจากได้รับการปฏิบัติพยาบาล ดังการศึกษาเปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 3 ชนิด คือ the Chronic Heart Failure Questionnaire (CHQ), the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (LHFQ) และ the General Health Survey Short-form 12 (SF-12) พบว่า CHQ และ LHFQ มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงมากกว่า SF-12 และ LHFQ กับ SF-12 ง่ายสำหรับผู้ป่วยในการประเมินและใช้เวลาน้อย รวมทั้งคะแนนคุณภาพชีวิตไม่มีความแตกต่างกันระหว่างการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ และการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว (Bennett et al., 2003)

แบบวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคหัวใจล้มเหลวมินนิโซต้าของ เรคเตอร์, คูโบ, และ โคห์น (Rector, Kubo, & Cohn, 1987) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย กฤติกา ชูณวงษ์ (2547) และทำการแปลย้อนกลับโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านซึ่งประกอบด้วย แพทย์โรคหัวใจ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 ท่าน แบบวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคหัวใจล้มเหลวมินนิโซต้าฉบับภาษาไทยนี้ กฤติกา ชูณวงษ์ (2547) ได้นำมาทดสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว 15 ราย ด้วยการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) อยู่ในระดับที่เชื่อถือได้ คือ เกิน 0.89

การจัดการตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีพยาธิสภาพของโรค ทำให้เกิดอาการเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ เหนื่อยหอบเวลากลางคืน นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย บวม ส่งผลให้การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ต้องพึ่งพาผู้อื่นเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความกดดันทางจิตใจ เครียด ผู้ป่วยรับรู้ถึงภาวะสุขภาพที่เลวลง จากผลกระทบต่างๆ ของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ (Rector, 2005a) ผู้ป่วยต้องดูแลสุขภาพตนเองตลอดชีวิต และจัดการกับอาการของโรคได้อย่างเหมาะสม จะคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี จากการศึกษาของ ชูตินธร เรือนแพง (2548) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการตนเองและความผาสุกในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า การจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .348$) แสดงว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่จัดการตนเองได้ดีจะมีความผาสุกในระดับสูง ส่วนผู้ป่วยที่จัดการตนเองได้ไม่ดีจะมีความผาสุกอยู่ในระดับต่ำ

จากการศึกษาทบทวนการจัดการตนเองในผู้ป่วยเรื้อรังของ บาร์โลว์ และคณะ (Barlow et al., 2002) พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาถึงผลของการจัดการตนเองต่อ ระดับความรู้ พฤติกรรม ในการจัดการตนเอง ความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน และภาวะสุขภาพ มีเพียงส่วนน้อยที่ศึกษาถึงผลของการจัดการตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังเช่น การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยของ มาร์เทนส์สัน และคณะ (Martensson, et al., 2005) พบว่า ในเดือนที่ 3 กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่หรือกิจวัตรประจำวันดีกว่ากลุ่มควบคุม และมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับ การศึกษานำร่องของ ดีวอลท์ และคณะ (DeWalt et al., 2004) ทดสอบโปรแกรมการจัดการตนเองเฉพาะโรคในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีความสามารถในการอ่านเขียนต่ำ ต่อระดับความรู้ พฤติกรรมการชั่งน้ำหนัก และคุณภาพชีวิต พบว่า ผู้ป่วยไม่มีระดับความรู้เพิ่มขึ้น แต่มีพฤติกรรมการชั่งน้ำหนักตัวเป็นประจำเพิ่มขึ้น และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

ในประเทศไทย มีการศึกษาถึงผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ แต่ยังไม่มีการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ดังเช่น ภาวนา กิริติ บุตวงศ์, สมจิต หนูเจริญกุล, เกล ดี เอราโม เมลคัส, อรสา พันธุ์ภักดี, และ รัชชัย วรพงษ์สร (Keeratiyutawong, Hanucharurnkul, Melkus, Panpakdee, & Vorapongsathorn, 2006) ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อระดับความรู้ กิจกรรมการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และค่าน้ำตาลสะสม พบว่า กลุ่มที่ได้รับการจัดการดูแลตนเอง มีระดับความรู้ กิจกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต ดีกว่ากลุ่มควบคุมทั้ง 3 เดือน และ 6 เดือน

ถ่าน้ำตาลสะสมในกลุ่มจัดการดูแลตนเองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ วารี กังใจ (Kangchai, 2002) ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง สำหรับผู้สูงอายุสตรีที่มีภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ ต่อการปฏิบัติการจัดการด้วยตนเอง ความถี่ของ ภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ และผลกระทบด้านจิตสังคม พบว่า กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติการจัดการ ด้วยตนเองเพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีความถี่ของภาวะกลั่นปัสสาวะไม่ อยู่ และผลกระทบด้านจิตสังคมลดลง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น สรุปได้ว่า ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองใน ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพเหมาะสม สามารถดูแลตนเอง และควบคุม การดำเนินของโรค ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจ ล้มเหลวสามารถจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควบคุมอาการของโรคได้ จะส่งผลให้ความ สามารถในการทำกิจกรรมและกิจกรรมประจำวันต่างๆ ด้วยตนเองเพิ่มขึ้น ความรู้สึกมีคุณค่าในตน เองเพิ่มขึ้น เกิดความพึงพอใจในชีวิต ผู้ป่วยจึงมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการจัดตนเองขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ร่วมกับวิธีการจัดการตนเองของ เครียร์ (Creer, 2000) และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ ของ เรคเตอร์ (Rector, 2005a)

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด และมีการดำเนินของ โรคอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นและเลวลงสลับกันไป อาการแสดงที่สำคัญของภาวะหัวใจ ล้มเหลว ได้แก่ อาการหายใจเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ อาการล้า และอาการบวมของอวัยวะส่วน ปลาย เป็นอาการที่ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ น้อย ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการตนเองอย่างมี ประสิทธิภาพตามโปรแกรมการจัดการตนเอง เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรค ลดการเกิดอาการกำเริบ และสามารถปรับการจัดการตนเองให้เป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการ ดำเนินชีวิตได้ โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ประกอบด้วย 1) การ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค 2) การฝึกทักษะการจัดการตนเองตามกระบวนการ ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์และประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การปฏิบัติ และการประเมิน ตนเอง 3) การประเมินผล เป็นการติดตามปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเองของผู้ป่วยอย่าง ต่อเนื่องด้วยการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยเชื่อว่า หากผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองตาม โปรแกรมอย่างสม่ำเสมอและมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยจะสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น การทำ หน้าที่ต่างๆ ของร่างกายดีขึ้น ให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ทักษะการดูแลตัวเองต่อภาวะ สุขภาพเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ความรู้สึกต่อสังคมรอบตัวดีขึ้น จะส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจ ล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะ สุขภาพของ เรคเตอร์ (Rector, 2005a) และประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะ โรคหัวใจล้มเหลวมินนิโซต้าของ เรคเตอร์, คูโบ, และ โคห์น (Rector, Kubo, & Cohn, 1987)