

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ศึกษาค้นคว้าและทำการทบทวนเอกสาร ตำรา รวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. ภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุ
 - 1.1 สาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุ
 - 1.2 อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 1.3 การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุ
2. การจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 2.1 ความหมายของการจัดการตนเอง
 - 2.2 กระบวนการจัดการตนเอง
 - 2.3 องค์ประกอบของการจัดการตนเอง
 - 2.4 การจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 2.5 การสนับสนุนการจัดการตนเอง
 - 2.6 การสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 2.7 การสนับสนุนการจัดการตนเองตามหลัก 5 A's
4. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก
 - 4.1 ความหมายของแนวปฏิบัติทางคลินิก
 - 4.2 ประเภทของแนวปฏิบัติทางคลินิก
 - 4.3 ประโยชน์ของแนวปฏิบัติทางคลินิก
 - 4.4 หลักการพื้นฐานของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก
 - 4.5 ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

ภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุ

ภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง ภาวะที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปในระบบไหลเวียน เพื่อเลี้ยงเนื้อเยื่อต่างๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอ เป็นกลุ่มอาการที่มีความซับซ้อน สาเหตุเกิดจากการสูญเสียโครงสร้าง หรือหน้าที่การทำงานของหัวใจ ทำให้ความสามารถในการสูบฉีดเลือดของหัวใจลดลง (NICE, 2003)

สาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจและหลอดเลือดตามกระบวนการชรา ได้แก่ หลอดเลือดแข็งไม่มีความยืดหยุ่น การขยายตัวของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายลดลง การตอบสนองต่อการกระตุ้นอะดรีเนอร์จิกลดลง (impaired responsiveness to adrenergic stimulation) และการทำหน้าที่ของตัวสร้างกระแสไฟฟ้าที่หัวใจห้องบนขวาเสื่อมสภาพลง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งหมดในวัยสูงอายุนี้จะทำให้ความสามารถของกลไกสำรองหัวใจหรือกลไกชดเชย (cardiac reserve) ลดลง (Thomas & Rich, 2006) ซึ่งกลไกสำรองหรือกลไกชดเชยนี้มีความสำคัญในการตอบสนองต่อภาวะเครียดที่หัวใจได้รับ เพื่อให้หัวใจยังคงทำหน้าที่ในการสูบฉีดเลือดได้ตามปกติ กลไกเหล่านี้ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจที่เพิ่มขึ้น การขยายตัวของห้องหัวใจ (cardiac dilatation) การหนาตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ (myocardial hypertrophy) และการเพิ่มขึ้นของปริมาณเลือดที่ถูกบีบออกจากหัวใจ (increase stroke volume) ซึ่งกลไกสำรองเหล่านี้จะมีข้อจำกัดเมื่อใช้กลไกไประดับหนึ่ง และจะเริ่มแสดงอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว (Chiu & Cheng, 2007)

สาเหตุการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุมักเกิดจากการมีโรคเดิมร่วมกับความเสื่อมในการทำหน้าที่ของหัวใจตามวัย ซึ่งสามารถแบ่งสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุได้เป็น 2 สาเหตุใหญ่ๆ คือ สาเหตุจากโรคที่เป็นอยู่เดิม (underlying cause) และสาเหตุส่งเสริม (precipitating cause)

1. สาเหตุจากโรคที่เป็นอยู่เดิม

1.1 โรคความดันโลหิตสูง (hypertension) ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่สำคัญในการก่อให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากความดันในหลอดเลือดแดงที่เพิ่มขึ้นทำให้เกิดแรงต้านภายในหลอดเลือดแดงสูงขึ้น ส่งผลต่อการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายที่ต้องใช้แรงในการบีบตัวเพื่อสูบฉีดมากขึ้นกว่าปกติ จึงเพิ่มแรงดันภายในหัวใจห้องล่างซ้าย เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจจึงได้รับความเครียดอย่างมาก (myocardial stress) เมื่อเกิดขึ้นเป็นระยะเวลานาน เป็นสาเหตุ

ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปร่างของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจโดยการเพิ่มความหนาตัวของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจที่ผนังหัวใจ (myocardial hypertrophy) ซึ่งจะทำให้ความสามารถในการคลายตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง (impaired relaxation of cardiac muscle) จึงส่งผลให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ในการยืดขยายตัวเพื่อรองรับเลือดของหัวใจห้องล่างซ้าย (diastolic dysfunction) และเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวชนิดที่มีความผิดปกติในการคลายตัวของหัวใจ (diastolic heart failure หรือ heart failure with preserved ejection fraction) (Diercks & Ohman, 2008) และพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวประมาณ 1 ใน 3 ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจะมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย (Geest et al., 2004)

1.2 โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (coronary heart disease หรือ coronary artery disease) เป็นโรคหัวใจที่เกิดจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีมีการตีบหรืออุดตัน ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ไม่เพียงพอ ส่งผลให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (ischemia) และถูกทำลายจากการขาดเลือด (infarction) เนื่องจากเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจต้องใช้ออกซิเจนในการสร้างพลังงาน การขาดออกซิเจนจะส่งผลทั้งด้านสารชีวเคมี ระบบการนำไฟฟ้าหัวใจมีการเปลี่ยนแปลงและเมื่อเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นระยะเวลานานจนไม่สามารถแก้ไขให้กลับคืนสู่ภาวะปกติได้ เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจจะตายจากการขาดเลือดไปเลี้ยง (myocardial infarction) ก่อให้เกิดการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้หน้าที่ในการบีบตัว (systolic function) และคลายตัว (diastolic function) ของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจมีประสิทธิภาพลดลง และภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจะมีการยืดขยายออกของเซลล์บริเวณที่กล้ามเนื้อหัวใจได้รับอันตรายอย่างช้าๆ (myocardial remodeling) จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงขนาดของเวนตริเคิล ซึ่งจะส่งผลต่อประสิทธิภาพการบีบตัวและคลายตัวของหัวใจในการสูบฉีดและรองรับเลือด และเข้าสู่วงจรของการทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ในระยะเวลาต่อมา (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2553; Flaherty et al., 2009) และนอกจากนั้นภาวะหัวใจล้มเหลวยังเป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่จะเกิดขึ้นในระยะสุดท้ายของโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดเกือบทุกชนิด (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2549)

1.3 โรคลิ้นหัวใจพิการ (valvular heart disease) เป็นสาเหตุที่พบได้น้อยในแถบประเทศตะวันตก แต่ในประเทศกำลังพัฒนาและในประเทศไทยยังถือว่าเป็นปัญหาสำคัญที่จะทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ โรคลิ้นหัวใจพิการจากไข้วมาติก (rheumatic valvular disease) โรคลิ้นหัวใจพิการอื่นที่ไม่ใช่ไข้วมาติก (non-rheumatic valvular disease) โรคลิ้นหัวใจพิการจากภาวะติดเชื้อมะเร็งและโรคลิ้นหัวใจพิการจากภาวะเสื่อมสภาพ (degenerative change) ซึ่งลิ้นหัวใจที่มีความพิการชนิดที่มีการรั่วจะทำให้การปิดกั้นการไหลเวียนเลือดภายในห้องหัวใจต่างๆ ไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดการไหลย้อนกลับของเลือดเพิ่มปริมาตรเลือดในห้องหัวใจ ผนังหัวใจจะมีการปรับ

หดเซด้วย การขยายขนาดเพื่อรองรับปริมาตรเลือดที่เพิ่มขึ้น และลิ้นหัวใจที่มีความพิการชนิดที่มีการตีบเลือดจะไหลผ่านลิ้นหัวใจได้ลำบาก หัวใจจะต้องทำหน้าที่หนักขึ้นในการบีบเลือดออกจากห้องหัวใจ ซึ่งความพิการของลิ้นหัวใจทั้งสองลักษณะนี้ต่างก็ส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในเวลาต่อมา (อภิชาติ สุคนธสรณ์ และ รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิช, 2547)

1.4 โรคความดันเลือดในปอดสูง (pulmonary hypertension) ส่วนมากเกิดจากพยาธิสภาพของปอด เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคปอดอักเสบ ซึ่งพยาธิสภาพที่เกิดในปอดจะทำให้มีการหดตัวของหลอดเลือดในปอด ทำให้ความดันในระบบหลอดเลือดของปอดเพิ่มขึ้น หัวใจห้องล่างขวา (right ventricle) จึงต้องทำงานหนักขึ้นเพื่อบีบไล่เลือดให้ออกจากห้องหัวใจเข้าสู่ปอดได้หมด จึงมีการปรับเปลี่ยนรูปร่างของผนังกล้ามเนื้อหัวใจที่มีการหนาตัวมากขึ้นจนสูญเสียโครงสร้างหน้าที่และเกิดภาวะล้มเหลว (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2553)

2. สาเหตุส่งเสริม (precipitating cause)

2.1 ภาวะติดเชื้อ เมื่อมีการอักเสบติดเชื้อเกิดขึ้น หัวใจต้องทำงานหนักขึ้นเนื่องจากกระบวนการอักเสบจะส่งผลให้การเผาผลาญ (metabolism) ของร่างกายสูงขึ้น ผู้ป่วยมักมีไข้และชีพจรจะเร็วขึ้น จึงทำให้มีความผิดปกติของการแลกเปลี่ยนออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ระหว่างเซลล์ ทำให้เกิดภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ และส่งผลต่อการเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจให้เร็วขึ้นเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่างๆ ในร่างกายและให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ หากมีการติดเชื้อในระยะเวลาอันยาวนานจนเรื้อรัง กล้ามเนื้อหัวใจจะมีความเสี่ยงที่จะขาดออกซิเจนและทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ (Kleinpell, 2004)

2.2 ภาวะโลหิตจาง ส่งผลให้ความสามารถของเลือดในการขนส่งออกซิเจนไปสู่เซลล์และเนื้อเยื่อลดลง จึงทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้นเพื่อเพิ่มการสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายหัวใจจึงทำงานหนักมากเกินไป เมื่อเกิดภาวะโลหิตจางเรื้อรังเป็นระยะเวลานานจะทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ (อภิชาติ สุคนธสรณ์ และ รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิช, 2547)

2.3 ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ทั้งชนิดเต้นเร็วผิดปกติหรือเต้นช้ากว่าปกติก็ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ เนื่องจากเมื่อหัวใจเต้นเร็วมากทำให้ช่วงคลายตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายสั้นลง ปริมาณเลือดที่ไหลจากหัวใจห้องบนซ้ายเข้าสู่หัวใจห้องล่างซ้ายลดลง ทำให้ความดันในหัวใจห้องบนซ้ายและความดันในหลอดเลือดดำปอดสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว เกิดภาวะปอดบวม น้ำเย็บพ่น และปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจไม่เพียงพอกับความต้องการของเนื้อเยื่อต่างๆ ของร่างกายและทำให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอและเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ (อภิชาติ สุคนธสรณ์ และ รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิช, 2547)

2.4 ภาวะต่อมธัยรอยด์เป็นพิษ ทำให้หัวใจเต้นเร็วและทำงานหนักขึ้น เนื่องจากการเผาผลาญของร่างกายสูงขึ้น ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ (พิกุล บุญช่วง, 2541)

2.5 โรคเบาหวาน เป็นโรคที่เป็นความเสี่ยงสำคัญที่จะทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว และความเสี่ยงของการเกิดโรคจะเพิ่มมากขึ้นหากควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี การศึกษาของเวอร์นีย์ (Verny, 2007) พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานจะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวภายหลังการตรวจพบภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (myocardial infarction) หรือภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดที่มีความผิดปกติของการส่งกระแสไฟฟ้า (atrial fibrillation) และเสี่ยงของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวยังสัมพันธ์กับการควบคุมระดับของน้ำตาล (glycemic control) โดยที่พบว่าทุกร้อยละ 1 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรที่เพิ่มขึ้นของระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C) จะเพิ่มการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 15 และหากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้ได้เต็มที่ สาเหตุเนื่องจากขาดฮอร์โมนอินซูลิน หรือร่างกายไม่ตอบสนองต่อฮอร์โมนอินซูลิน ผลที่ตามมาคือระดับน้ำตาลในเลือดจะสูงกว่าปกติ (ระดับน้ำตาลในเลือดที่เจาะหลังอาหาร 6 ชั่วโมงแล้วยังสูงกว่า 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ระดับน้ำตาลที่สูงนี้จะทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ที่สำคัญคือจะส่งผลกระทบต่อเผาผลาญพลังงานของเซลล์ เมื่อไม่สามารถนำน้ำตาลในกระแสเลือดเข้าสู่เซลล์และนำไปเปลี่ยนเป็นพลังงานให้แก่เซลล์ได้อย่างเพียงพอในระยะเวลาอันเซลล์อาจได้รับพลังงานในปริมาณที่ลดน้อยลงโดยเฉพาะเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจที่จำเป็นต้องได้รับพลังงานอย่างเพียงพอในแต่ละวัน (5kgATP/day) และความผิดปกติของการเผาผลาญพลังงานในโรคเบาหวานนั้นยังเพิ่มกระบวนการสังเคราะห์กรดไขมันอิสระ (free fatty acid) ซึ่งจะส่งผลให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจได้รับอันตรายและถูกทำลายได้มากขึ้นจนสูญเสียโครงสร้างของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจจะมีขนาดเพิ่มขึ้น (myocyte hypertrophy) จนเกิดการหนาตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ (myocardial hypertrophy) ที่เป็นกลไกของหัวใจ หากเกิดในระยะยาวจะมีผลต่อภาวะพร่องออกซิเจนและประสิทธิภาพในการบีบและคลายตัวของหัวใจ จะเกิดภาวะขาดเลือดและภาวะหัวใจล้มเหลวต่อมาได้ (Horwich & Fonarow, 2010) นอกจากนั้นโรคเบาหวานยังส่งผลต่อโครงสร้างของหลอดเลือดในร่างกาย โรคเบาหวานจะกระตุ้นให้เกิดกระบวนการอักเสบภายในหลอดเลือดที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของการสร้างพลังงานโดยใช้ออกซิเจน (oxidative stress) และเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) ซึ่งทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery disease) และมีโอกาสที่จะพัฒนาจนเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ (Kamalesh, 2007) มีรายงานในต่างประเทศพบว่าในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 50 ปีที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานจะกลายเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวย่อยละ 36 (American Heart Association, 2005)

2.6 มีภาวะเสี่ยงอื่นๆ เช่น การรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมในปริมาณมาก การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวจะทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่จะทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในอนาคต (อภิชาติ สุคนธทรัพย์ และ รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิช, 2547)

อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว

อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นผลมาจากประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง ทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปในระบบไหลเวียนเพื่อเลี้ยงเนื้อเยื่อต่างๆ ของอวัยวะในร่างกายได้อย่างเพียงพอ จึงก่อให้เกิดความผิดปกติในการทำงานของอวัยวะต่างๆ เช่น ปอด ไต กล้ามเนื้อ ดังนี้

1. อาการหอบเหนื่อย (dyspnea) เกิดขึ้นเนื่องจากมีภาวะน้ำท่วมปอด ซึ่งเป็นผลมาจากหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลว และเป็นปฏิกิริยาช้อนกลับทำให้ความดันภายในหัวใจห้องบนซ้ายสูงขึ้น แรงดันของหลอดเลือดภายในปอดเพิ่มสูงขึ้น ปอดมีการขยายตัวลำบากมากขึ้น ในระยะแรกๆ อาจมีอาการหอบเหนื่อยเมื่อต้องใช้แรงมากกว่าปกติ และเมื่อพักอาการหอบเหนื่อยก็จะหายไป แต่หากไม่ได้รับการรักษาหรือแก้ไขภาวะหัวใจล้มเหลว อาการหอบเหนื่อยจะรุนแรงมากขึ้นจนกระทั่งถึงระดับเหนื่อยได้ในขณะที่พักอยู่เฉยๆ (Timmis, 2003)

2. อาการหายใจลำบากขณะนอนราบ (orthopnea) เป็นผลมาจากการคั่งของเลือดภายในหลอดเลือดปอด อาการจะเกิดเมื่อผู้ป่วยนอนราบและจะรู้สึกหายใจได้สะดวกขึ้นเมื่อได้นอนในท่าศีรษะสูง เพราะในท่าศีรษะสูงนั้นแรงโน้มถ่วงของโลกจะช่วยทำให้เลือดไปอยู่ในหลอดเลือดดำของท้องและขา ช่วยลดปริมาณของเลือดที่จะไหลกลับสู่หัวใจให้น้อยลงและลดการคั่งของเลือดที่ปอด ทำให้มีความจุปอดเพิ่มขึ้น ความรุนแรงจะแตกต่างกันตามระดับของภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยมักจะรายงานโดยการบอกจำนวนของหมอนที่หนุนให้สามารถนอนหลับได้ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2553)

3. อาการหอบเหนื่อยในช่วงกลางคืน อาการหอบเหนื่อยในช่วงกลางคืน (paroxysmal nocturnal dyspnea) หลังจากตื่นนอนหลับไปแล้วประมาณ 2-5 ชั่วโมง ซึ่งเป็นผลมาจากมีปริมาณเลือดไหลกลับเข้าสู่หัวใจเพิ่มขึ้นในช่วงนอนหลับ กลไกการเพิ่มปริมาตรเลือดเกิดจากการดูดกลับของน้ำนอกหลอดเลือดที่คั่งหรือบวมตามอวัยวะส่วนปลายเข้าสู่หลอดเลือดเมื่อนอนราบ จะทำให้เกิดอาการแน่นอก หายใจไม่ออกเพราะเมื่อนอนหงายเลือดจากอวัยวะส่วนปลายจะไหลเข้าสู่ปอดได้ง่ายขึ้น ปริมาตรเลือดและความดันในปอดจึงเพิ่มขึ้น ปอดมีเลือดคั่งเพิ่มมากขึ้นสูญเสียการยอมตาม

จึงเพิ่มแรงต้านในการหายใจ และเกิดอาการหายใจลำบาก แต่เมื่อลูกนั่งหรือหนุนหมอนให้ส่วนลำตัวและศีรษะสูงขึ้นอาการก็จะดีขึ้นหรือหายไปเนื่องจากในท่านั่งปริมาตรเลือดในหลอดเลือดจะอยู่ส่วนล่างหรือส่วนต่ำของร่างกาย และน้ำบางส่วนมีการเคลื่อนที่ออกนอกหลอดเลือด และค้างอยู่นอกหลอดเลือดที่เป็นสาเหตุของการเกิดอาการบวม ดังนั้นปริมาตรเลือดในหลอดเลือดดำปอดลดลง จึงทำให้อาการเหนื่อยลดลง บางรายมีอาการไอร่วมด้วยเวลาออกกำลังหรือนอนราบ บางครั้งอาจมีเลือดปนถ้ามีภาวะเลือดคั่งในปอดมากขึ้น (Remme & Swedberg, 2001)

4. อาการเหนื่อยง่ายและรู้สึกอ่อนล้า (fatigue) เนื่องจากภาวะของโรคที่สูญเสียประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจ ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีจึงลดลง ร่างกายจะปรับตัวโดยการส่งเลือดไปเลี้ยงอวัยวะที่สำคัญเช่นสมองและหัวใจ ทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายรวมถึงกล้ามเนื้อแขนและขาไม่เพียงพอ กล้ามเนื้อจึงอ่อนแรงเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมต่างๆ ได้ลดลง และไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เคยทำได้ (Friedman, 1997)

5. อาการบวม เป็นอาการที่พบได้บ่อยในภาวะหัวใจข้างขวาล้มเหลว โดยเฉพาะในส่วนของร่างกายที่อยู่ด้านล่าง เช่นที่ขาและเท้าหรือในบริเวณผิวหนังด้านหลังที่ผู้ป่วยนอนเป็นเวลานาน อาการบวมในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวนี้เกิดจากการคั่งของของเหลวในเนื้อเยื่อที่เป็นผลมาจากความไม่สมดุลของแรงดันน้ำในหลอดเลือดภายในและภายนอกเซลล์จากการทำงานของระบบประสาทและฮอร์โมน (neurohormonal system) ที่จะเพิ่มการดูดกลับของโซเดียมทำให้ปริมาณน้ำในหลอดเลือดสูงขึ้น แรงดันในหลอดเลือดจึงสูงขึ้น สูญเสียแรงดันน้ำในหลอดเลือดของเหลวจึงไหลออกนอกหลอดเลือดและคั่งค้างอยู่ภายในเซลล์ทำให้เกิดภาวะบวม (Timmis, 2003)

สถาบันโรคหัวใจและสมาคมโรคหัวใจแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (American College of Cardiology [ACC]/American Heart Association [AHA]) (AHA, 2005) ได้แบ่งภาวะหัวใจล้มเหลวเป็น 4 ระยะตามการดำเนินของโรคดังนี้

ระยะ A ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว ไม่มีความผิดปกติด้านโครงสร้างและโรคหัวใจ แต่มีปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมให้เกิดหัวใจล้มเหลวได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดแดงแข็ง โรคเบาหวาน โรคอ้วนและกลุ่มอาการเมตาบอลิก (metabolic syndrome)

ระยะ B ผู้ป่วยยังไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว แต่มีความผิดปกติของโครงสร้างและโรคหัวใจที่ตรวจพบได้ เช่น มีหัวใจห้องล่างซ้ายหนาตัวขึ้น (left ventricular hypertrophy) เคยเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายหรือเป็นโรคลิ้นหัวใจรั่ว

ระยะ C ผู้ป่วยเคย หรือ กำลังมีอาการ/อาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว ร่วมกับมีความผิดปกติของหัวใจที่ตรวจพบได้ เช่นอาการหายใจลำบาก เหนื่อยง่าย อ่อนล้า ความสามารถในการทำงานหรือกิจกรรมต่างๆ ลดลง

ระยะ D ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างชัดเจน มีอาการแสดงแม้ในขณะพัก หรือแม้จะได้รับการรักษาทางยาหรือเครื่องมือช่วยเหลืออื่นๆ อย่างเต็มที่แล้ว และอาจต้องรับการรักษาพิเศษเพิ่มเติม เช่นการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ

สมาคมโรคหัวใจของนิวยอร์ก (New York Heart Association Functional Classification [NYHAFC]) (as cited in AHA, 2005) ได้แบ่งภาวะหัวใจล้มเหลวตามระดับการทำการกิจกรรมของผู้ป่วยไว้ดังนี้

ระดับที่ I ผู้ป่วยสามารถทำการกิจกรรมได้ตามปกติ โดยไม่มีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว

ระดับที่ II ผู้ป่วยสามารถทำการกิจกรรมได้ตามปกติ แต่ถ้าออกแรงมากจะมีอาการเหนื่อยง่าย เมื่อได้พักอาการจะหายไป

ระดับที่ III ผู้ป่วยสามารถทำการกิจกรรมได้เล็กน้อยจะมีอาการเหนื่อย เมื่อได้พักอาการจะหายไป

ระดับที่ IV ผู้ป่วยมีอาการแสดงของโรคแม้ในขณะพัก

การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุ

การรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มพิเศษและต้องได้รับการดูแลรักษาเฉพาะ สิ่งสำคัญของการรักษาคือการควบคุมพฤติกรรมที่จะเพิ่มความเสี่ยงให้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและการทำงานของหัวใจที่แย่ลงจนทำให้อาการของโรคกำเริบ รวมถึงต้องได้รับการประเมินปัญหาเพื่อหาสาเหตุต่างๆ อย่างรวดเร็ว ต้องมีการดูแลเฉพาะเป็นรายบุคคล ในการจัดการกับปัจจัยต่างๆ ที่มีความเสี่ยงต่อความรุนแรงของโรคเป็นวิธีที่สามารถช่วยลดผลกระทบต่างๆ ที่จะเกิดกับผู้สูงอายุได้ (American Heart Association, 2005) แนวทางการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีประสิทธิภาพในปัจจุบันมีเป้าหมายเพื่อจำกัดการเปลี่ยนแปลงของโรคไม่ให้แย่ลงเป็นการรักษาแบบใช้ยา ร่วมกับการรักษาโดยไม่ใช้ยา (National Heart Foundation of Australia, 2006) ดังนี้

1. การรักษาด้วยการใช้ยา ตามแนวปฏิบัติทางคลินิกของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย (2549) มีแนวทางการรักษาด้วยยาดังนี้

1.1 ยากลุ่มที่ยับยั้งการเปลี่ยนเอนไซม์แองจิโอเทนซิน (angiotensin-converting enzyme inhibitor) ซึ่งยาจะยับยั้งการเปลี่ยนเอนไซม์แองจิโอเทนซิน I เป็นแองจิโอเทนซิน II ส่งผลต่อการยับยั้งการดูดกลับของโซเดียมร่วมกับช่วยลดแรงต้านของหัวใจทำให้หลอดเลือดขยายตัว ลดปริมาณเลือดก่อนหัวใจบีบตัวและแรงต้านของหลอดเลือดทำให้หัวใจทำงานได้ดีขึ้น ปริมาณเลือดออกจากหัวใจเพิ่มมากขึ้น จึงสามารถแก้ไขภาวะหัวใจล้มเหลวได้ดี อาการข้างเคียงคือ อาการไอแห้งๆ เรื้อรัง หน้ามืด วิงเวียน ความดันโลหิตต่ำ

1.2 ยาลดปริมาณเลือดในหัวใจก่อนหัวใจบีบตัว (preload) ยาที่ใช้ได้แก่ ยาขับปัสสาวะ โดยจะใช้ในรายที่มีการคั่งของน้ำและเกลือในร่างกายและอาการคั่งของน้ำที่ปอดหรืออวัยวะส่วนปลาย ผลข้างเคียงที่พบ ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ อ่อนเพลีย โซเดียมและโปแตสเซียมในเลือดต่ำ และในปัจจุบันมีการนำยากลุ่มต้านฮอร์โมนอัลโดสเตอโรน (aldosterone antagonists) เช่น สไปโรโนแลคโตน (spironolactone) มาใช้เป็นยาขับปัสสาวะเพื่อป้องกันการสูญเสียโปแตสเซียม แต่การใช้ยานี้ในขนาดต่ำไม่ได้หวังผลเพื่อขับปัสสาวะ แต่มีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันผลของฮอร์โมนอัลโดสเตอโรนที่มีผลต่อหัวใจ โดยการยับยั้งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดกับหัวใจห้องล่างซ้าย (ventricular remodeling) ซึ่งได้แก่ผนังหัวใจบางลง ขนาดของหัวใจโตขึ้น ประสิทธิภาพในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง

1.3 ยาเพิ่มประสิทธิภาพการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ โดยให้ยาดิจิตาลิส (digitalis) ซึ่งมีผลต่อการแลกเปลี่ยนโซเดียมและแคลเซียม ทำให้แคลเซียมเข้ามาในเซลล์ได้มากขึ้น แรงบีบตัวของหัวใจเพิ่มขึ้น ทำให้ปริมาณเลือดที่ถูกบีบออกจากหัวใจเพิ่มมากขึ้น ลดปริมาณเลือดที่ค้างในหัวใจ และในผู้สูงอายุควรระวังอาการข้างเคียงซึ่งได้แก่ อาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ปวดท้อง อัตราการเต้นของหัวใจลดลง เป็นต้น

1.4 ยาด้านตัวรับเบต้าอะดรีเนอร์จิก (beta-adrenergic blockers) เป็นยาที่ใช้แก้ไขความผิดปกติของอัตราและจังหวะการเต้นของหัวใจ เนื่องจากยาจะออกฤทธิ์ช่วยลดการหลั่งอะดรีนาลิน ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ระยะเวลาการไหลของเลือดจากหัวใจห้องบนลงสู่หัวใจห้องล่างนานขึ้น ปริมาณเลือดออกจากหัวใจเพิ่มมากขึ้น จึงทำให้การทำงานของหัวใจมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผลข้างเคียงที่พบได้แก่ ความดันโลหิตต่ำและอัตราการเต้นของหัวใจลดลง

2. การรักษาโดยไม่ใช้ยา

2.1 การปรับพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การส่งเสริมให้เลิกบุหรี่ สุราและสารเสพติด เพราะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

2.2 การควบคุมภาวะโภชนาการ คือการจำกัดการบริโภคเกลือแกงและอาหารที่มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบ โดยจำกัดการบริโภคเกลือต่ำกว่า 2 กรัมต่อวัน และเน้นการอ่านฉลากแสดงส่วนประกอบทางโภชนาการก่อนเลือกซื้อ รวมถึงการควบคุมอาหารที่จะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะโภชนาการเกิน ต้องควบคุมน้ำหนักตัว ให้ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับที่ปกติ

2.3 การจำกัดปริมาณน้ำดื่มเพื่อลดภาวะน้ำเกิน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยหอบ และบวมควรจำกัดปริมาณน้ำดื่มให้น้อยกว่า 1.5 ลิตรต่อวัน

2.4 การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ โดยแนะนำผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นหลังได้รับการรักษาด้วยยา เริ่มฝึกออกกำลังกาย โดยวิธีการออกกำลังกายแบบแอโรบิก (aerobic exercise) เช่น การปั่นจักรยาน เดิน ว่ายน้ำ เป็นต้น ซึ่งจะสามารถเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (functional capacity) และทำให้การทำงานของหัวใจดีขึ้น

การจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

การจัดการตนเองเป็นแนวคิดที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองเป้าหมายและนโยบายสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการป้องกันโรค รวมถึงการปรับเปลี่ยนลักษณะของการให้บริการสุขภาพที่เน้นให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของประชาชนที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นส่วนมาก เนื่องจากความก้าวหน้าของการรักษาที่มีประสิทธิภาพมาก ทำให้ผลลัพธ์สุดท้ายของการรักษาอาการต่างๆ นั้นเปลี่ยนมาพบโรคเรื้อรังมากขึ้นตามไปด้วย (Lorig, 1993) ซึ่งการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นสาเหตุหลักที่จะก่อให้เกิดการพึ่งพาอย่างมากในระบบสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่กำลังพัฒนา และเป้าหมายสูงสุดของการรักษาภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังนั้นคือการลดภาวะพึ่งพิงที่เกิดจากการดำเนินของโรคที่แย่ลง ซึ่งแนวคิดการจัดการตนเองนั้นจะสามารถช่วยลดปัญหานี้ได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการให้คำจำกัดความของการจัดการตนเองไว้หลากหลายที่สามารถสรุปได้ดังนี้

ความหมายการจัดการตนเอง

การจัดการตนเอง หมายถึง การเรียนรู้และการปฏิบัติทักษะที่จำเป็นจนถึงระดับที่มีความคล่องตัวและดีถึงระดับของความรู้สึกที่นำพอใจและที่คาดการณ์เมื่อต้องเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยที่เรื้อรัง มีการสร้างทางเลือกที่มีแบบแผน ให้มีความเหมาะสมสอดคล้องตามการพิจารณาถึงความสำคัญและทักษะของตนเองเพื่อประยุกต์ให้เข้ากับปัญหาที่เกิดขึ้น จนสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพใหม่ที่ดีขึ้นและรวมถึงการรักษาภาวะอารมณ์ให้คงที่ (Lorig, 1993)

การจัดการตนเอง หมายถึง วิธีการเฉพาะที่บุคคลนั้นๆ มีความมั่นใจสูงสุดในการจัดการเกี่ยวกับยาที่ได้รับ จัดการเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของตนเองรวมถึงจัดการด้านอารมณ์ของตนเอง ให้ได้อย่างดีที่สุดภายใต้ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ตนเองเผชิญอยู่ (McGowan, 2005)

การจัดการตนเอง หมายถึง กระบวนการที่ผู้ป่วยกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองให้ดีขึ้นเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและระยะของโรค เป็นการจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเองให้คงไว้ซึ่งความสมดุลและลดผลกระทบของโรคต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม (Riegel et al., 2000)

การจัดการตนเอง หมายถึง การที่บุคคลนั้นๆ เข้าใจในความเจ็บป่วยของตนเองและมีส่วนร่วมในการจัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง ตามแต่ละระดับภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นพื้นฐานสำคัญ ได้แก่ การจัดการด้านการรับประทานยา การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการแก้ไขภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพของตนเองร่วมกับผู้ให้บริการสุขภาพ การจัดการเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค เป็นต้น (Gallagher, Donoghue, Chenoweth, & Stein-Parbury, 2008)

มีผู้ที่ให้นิยามของการจัดการตนเองไว้อย่างหลากหลายแต่มีส่วนที่เหมือนกันคือ การจัดการตนเอง หมายถึง กระบวนการหรือวิธีการที่บุคคลเมื่อมีความเจ็บป่วยเรื้อรังเข้าใจในความเจ็บป่วยของตนเอง เรียนรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นเพื่อให้ตนเองมีความมั่นใจในการจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เกิดจากความเจ็บป่วยของตนเองได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นในขณะนั้น (Gallagher et al., 2008; Lorig, 1993; McGowan, 2005; Riegel et al., 2000)

กระบวนการการจัดการตนเอง

ที่ผ่านมามีการทบทวนเกี่ยวกับแนวคิดของการจัดการตนเองอย่างแพร่หลายและพบว่ามีการใช้แนวคิดการจัดการตนเองในหลากหลายสาขาวิชาชีพ ในด้านสุขภาพ ได้มีการทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการตนเองและมีข้อสังเกตว่า มีผู้เชี่ยวชาญหลายท่านที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการตนเองและกำหนดกรอบแนวคิดที่ชัดเจน สามารถนำลงสู่การปฏิบัติได้อย่างแพร่หลายซึ่งส่วนใหญ่สอดคล้องกับบริบทของความเจ็บป่วยเรื้อรัง ลอริก (Lorig, 1993) เสนอแนวคิดในการจัดการตนเองของผู้ที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังไว้ว่า

การจัดการตนเองเป็นการเรียนรู้ของบุคคลให้เกิดทักษะในการปฏิบัติ โดยทักษะนั้นๆ มีความจำเป็นต่อการดำเนินไปของภาวะความเจ็บป่วยที่บุคคลเผชิญอยู่ เมื่อบุคคลเกิดการเรียนรู้และรับรู้ถึงปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยที่เพิ่มเข้ามาในการดำรงชีวิต จะก่อให้เกิดความสนใจ

กระตือรือร้นที่จะพัฒนาทักษะของตนเองเพื่อให้สามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยที่เรื้อรังได้ในระดับที่ตนเองรู้สึกพึงใจ โดยที่การจัดการตนเองจะเกิดขึ้นเป็นกระบวนการตามลำดับขั้น (Lorig, Mazonson, & Holman 1993) ดังนี้

1. เมื่อบุคคลรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและเกิดแรงบันดาลใจ จะส่งผลให้บุคคลนั้นๆ ตัดสินใจในการเลือกที่จะปรับเปลี่ยนการปฏิบัติต่างๆ เพื่อให้เกิดผลดีต่อภาวะความเจ็บป่วยของตนเอง
2. บุคคลจะเกิดการเรียนรู้และรับรู้ถึงความจำเป็นที่จะต้องเรียนรู้ในการพัฒนาทักษะต่างๆ เพิ่มขึ้นเพื่อการปรับประยุกต์ให้สอดคล้องกับภาวะความเจ็บป่วยและปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยที่ต้องเผชิญและเพิ่มเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการดำรงชีวิต
3. เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพใหม่ เพื่อตอบรับกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นให้ได้ผลดีและพึงใจที่สุด
4. เกิดความสมดุลทางด้านอารมณ์ โดยการพัฒนาทักษะและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลที่อยู่ในระดับที่บุคคลนั้นๆ พึงใจจะเกิดความสมดุลของภาวะอารมณ์ เมื่อเกิดความเจ็บป่วยและจะสามารถปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับภาวะความเจ็บป่วยได้ในทุกระยะ

สรุปได้ว่า บุคคลผู้ซึ่งจะสามารถจัดการตนเองได้ ควรรู้เกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยของตนเอง มีทางเลือกในการรักษาที่หลากหลาย มีการวางแผนการดูแล รักษาภาวะความเจ็บป่วยของตนเอง มีการปฏิบัติกิจกรรมที่จะป้องกันและส่งเสริมภาวะสุขภาพของตนเองได้ ติดตามและจัดการกับอาการและอาการแสดงที่เกิดจากความเจ็บป่วยของตนเองได้ และสามารถจัดการกับผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และภาวะความเป็นอยู่ทางสังคมได้ (Lorig, 1993)

องค์ประกอบของการจัดการตนเอง

การจัดการตนเองของบุคคล จะมีแนวทางที่แต่ละบุคคลเลือกจะปฏิบัติการดำเนินชีวิตให้ได้อย่างดีที่สุดภายใต้ความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้นไม่ว่าหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งความเจ็บป่วยก็ตาม บุคคลนั้นๆ จะต้องหาแนวทางที่จะเพิ่มความมั่นใจให้ตนเองสามารถรับมือและจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นให้ได้อย่างดีที่สุด ได้แก่ การจัดการทางการแพทย์ (medical management) การจัดการด้านบทบาทหน้าที่ (role management) และการจัดการด้านภาวะอารมณ์ (emotional management) (McGowan, 2005) ซึ่งการจัดการตนเองในบริบททางภาวะสุขภาพของบุคคลจะเกิดขึ้นได้ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ (Embrey, 2005) ดังนี้

1. ความรู้ (knowledge) ความสามารถในการเรียนรู้และทำความเข้าใจ รวมถึงความสามารถในการประเมินคุณค่าของข้อมูล มีความจำเป็นต่อการจัดการตนเองของบุคคล เพราะข้อมูลจะช่วยในกระบวนการตัดสินใจของบุคคล

2. การตั้งเป้าหมายและการแก้ปัญหา (goal setting and problem solving) คือ ความสามารถในการเฝ้าระวังตนเองเพื่อลดผลกระทบของความเจ็บป่วย เริ่มตั้งแต่การเฝ้าระวังวางแผนการปฏิบัติ การจัดลำดับความสำคัญของการปฏิบัติเพื่อลดผลกระทบ การปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติ การตั้งเป้าหมายและการตัดสินใจปฏิบัติเมื่อเกิดปัญหา

3. แสวงหาแหล่งช่วยเหลือ (mobilizing resources) คือความสามารถของบุคคลในการระบุถึงแหล่งประโยชน์ที่สามารถให้การช่วยเหลือและสนับสนุนการปฏิบัติการจัดการของตนเอง รวมถึงการยอมรับต่อข้อจำกัดของแหล่งประโยชน์ต่างๆ และเลือกใช้แหล่งประโยชน์ได้อย่างเหมาะสม

4. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) คือ บุคคลมีความมั่นใจที่จะสามารถรับมือกับปัญหา มั่นใจที่จะจัดการกับสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยของตนเอง โดยที่เชื่อว่าบุคคลมีความสามารถที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้

5. การประสานความร่วมมือ (collaboration) เป็นความสามารถด้านการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ การรับบริการและระบบบริการทางสุขภาพ การประสานความร่วมมือเป็นการเปิดโอกาสให้ความต้องการบริการประสบผลสำเร็จดังที่หมายไว้

จากองค์ประกอบของการจัดการตนเองตามที่กล่าวข้างต้นสะท้อนความจริงที่ว่า การจัดการตนเองมีความซับซ้อนและประกอบด้วยหลายสิ่งหลายอย่าง เช่น ทักษะ กิจกรรม และเมื่อผสมผสานกับทัศนคติส่วนบุคคลประกอบกับความสามารถในการจัดการตนเองอาจมีการผันแปรได้ตามระดับความมั่นใจและความพยายามของบุคคลที่จะพัฒนาทักษะให้เหมาะสมกับความเจ็บป่วยของตนเองมากที่สุด

สรุป การจัดการตนเองเป็นแนวคิดที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังและภาวะหัวใจล้มเหลวที่จัดเป็นหนึ่งในโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบอย่างมากทั้งด้านผู้ป่วยและระบบบริการสุขภาพเพราะลักษณะของความเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความเรื้อรังที่มีการดำเนินของโรคอย่างช้าๆ ยาวนาน โรคไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ที่เป็นโรคมีโอกาสที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งอาการและอาการแสดงที่เกิดจากการดำเนินของโรคได้บ่อยครั้ง และความเจ็บป่วยเรื้อรังยังเป็นปัญหาสุขภาพที่คู่กับผู้ป่วยอายุอีกด้วย ซึ่งการจัดการตนเองนั้นสอดคล้องกับการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากโรคเรื้อรังเหล่านี้

การจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

การจัดการตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกระบวนการจัดการของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้อาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงจากโรคของตนเองในที่นี่คือภาวะหัวใจล้มเหลว และมีการตัดสินใจภายใต้การเปลี่ยนแปลงของอาการที่เกิดขึ้น ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมที่มีต่ออาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงของตนเอง ซึ่งกระบวนการจัดการตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวประกอบด้วย 4 ระยะ (Riegel et al., 2000) ดังนี้

1. ต้องรับรู้ถึงอาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงในภาวะเจ็บป่วยของตนเอง (recognizing that a change in signs or symptoms is related to the illness) กล่าวคือผู้ป่วยต้องรับรู้อาการพื้นฐานของภาวะหัวใจล้มเหลว และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมต้องระบุได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้นเป็นอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ใช่อาการใหม่ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของอาการจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

2. ประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ (evaluating the change) จะเกี่ยวเนื่องกับการรับรู้การเปลี่ยนแปลงของตนเองซึ่งผู้ป่วยจะต้องระบุได้ว่าการเปลี่ยนแปลงของอาการที่เกิดขึ้นนั้นมีความสำคัญหรือไม่ต่อภาวะความเจ็บป่วยของตนเอง ซึ่งจะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้นมีความสำคัญจะทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจที่จะเลือกวิธีการแก้ไขอาการที่เกิดขึ้นซึ่งจะทำให้เกิดการทบทวนถึงความเสี่ยงของวิธีที่จะปฏิบัติการแก้ไข หรือทบทวนเกี่ยวกับประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นในแต่ละวิธีการแก้ไข ซึ่งในขณะนี้จะสามารถสะท้อนให้เห็นได้ว่าผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคของตนเองในระดับใด หากผู้ป่วยไม่มีความรู้มากพอจะไม่รู้ว่าตนเองต้องปฏิบัติการแก้ไขอาการที่เกิดขึ้นอย่างไร

3. ปฏิบัติตามกลยุทธ์ของการจัดการที่กำหนด (implementing a selected treatment strategy) เกี่ยวเนื่องมาจากระยะที่ 2 ผู้ป่วยจะกระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมที่ตนเองรับรู้ในอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองและรู้ว่าตนเองต้องจัดการอย่างไร ผู้ป่วยจะสามารถปฏิบัติวิธีการเพื่อแก้ปัญหานั้นได้

4. ประเมินความสำเร็จจากการปฏิบัติของตนเองได้ (evaluating the effectiveness of treatment) การประเมินผลการปฏิบัติของตนเองที่เกี่ยวข้องมาจากวิธีที่ตนเองเลือกใช้ว่าได้ผลเพียงใด มักจะสอดคล้องกับอาการต่างๆ ที่ทุเลาลง

จากกระบวนการจัดการตนเองของผู้ป่วยทั้ง 4 ระยะจะต้องมีความเกี่ยวเนื่องกันดังเช่น การศึกษาของ รีเกล และคณะ (Riegel et al., 2000) ที่ทำการทดสอบความสัมพันธภาพของแต่ละระยะในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 25 รายโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจาก

โรงพยาบาล ด้วยรูปแบบการร่วมอภิปรายทางโทรศัพท์เพื่อให้ได้ข้อมูลของผู้ป่วยในแต่ละระยะ พบว่าถ้าผู้ป่วยรับรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงอาการที่เกิดขึ้น (ระยะที่ 1) ผู้ป่วยส่วนมากจะรับรู้และระบุว่า เป็นผลมาจากภาวะหัวใจล้มเหลว และเมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึงอาการที่เปลี่ยนแปลงนั้นเป็นสิ่งที่สำคัญ ผู้ป่วยจะสามารถรายงานอาการนั้นๆ ได้ (ระยะที่ 2) ผู้ป่วยทุกรายสามารถระบุได้ว่าอาการที่เกิดขึ้น นั้นมีความสำคัญหรือมีความสำคัญมาก แต่ผู้ป่วยส่วนมากจะรายงานเกี่ยวกับขั้นตอนในการตัดสินใจแก้ปัญหาว่าเป็นเรื่องยาก และผู้ป่วยจะให้ความสำคัญกับการตัดสินใจจัดการกับอาการเปลี่ยนแปลงที่มีความรุนแรงมากกว่าการรับรู้การเปลี่ยนแปลงอาการจากระดับพื้นฐานของตนเอง ผู้ป่วยที่สามารถอธิบายวิธีที่ตนเองปฏิบัติในการจัดการกับอาการเปลี่ยนแปลงนั้น (ระยะที่ 3) พบว่า มีความหลากหลายในรูปแบบอาการที่เหมือนกัน เช่น เมื่อผู้ป่วยพบว่า มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น บางราย จะเลือกปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ บางรายเลือกที่จะปรึกษาคอครัวหรือเพื่อน ซึ่งข้อมูลส่วนนี้ สามารถสะท้อนให้เห็นว่าการให้การปรึกษาในการจัดการตนเองของบุคลากรการแพทย์นั้นอาจ ไม่ใช่ทางเลือกที่เป็นพื้นฐานของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทุกรายจะพยายามประเมินผลการปฏิบัติการจัดการตนเอง (ระยะที่ 4) โดยรายงานเป็นระดับของการจัดการที่ ผู้ป่วยรับรู้ว่าจะเกิดประสิทธิภาพซึ่งพบว่า ผู้ป่วยจะประเมินว่าสิ่งที่ตนเองไม่สามารถจัดการให้มี ประสิทธิภาพได้เลย ได้แก่ การเลือกใช้วิธีการพักผ่อนเพื่อจัดการกับอาการอ่อนล้า และการจัดการ ที่เกิดประสิทธิภาพในระดับน้อยได้แก่ การใช้ยาในโตรกลีเซอรินเมื่อมีอาการเจ็บอก และการ จัดการที่เกิดประสิทธิภาพในระดับปานกลางได้แก่ การจำกัดน้ำเมื่อตนเองมีภาวะบวม การจัดการที่ ปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพคือการหยุดพักเมื่อมีอาการหายใจลำบาก สำหรับการจัดการที่ผู้ป่วย ประเมินว่าเกิดประสิทธิภาพมากที่สุดได้แก่ การปรับยาขับปัสสาวะเมื่อมีภาวะบวม

การจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยเฉพาะผู้สูงอายุ จะต้องอาศัย ความสามารถในการปรับประยุกต์ใช้ความรู้เฉพาะที่เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว มาปฏิบัติการ จัดการเพื่อให้คงไว้ซึ่งระดับของภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล (Armbrister, 2008) ดังนั้นจึงเป็นเหตุ ให้พยาบาลซึ่งมีบทบาทในการปฏิบัติงานและบทบาทหน้าที่อิสระที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ต้องสนับสนุนด้านข้อมูล ความรู้ที่จะช่วยเพิ่มระดับความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วย

การสนับสนุนการจัดการตนเอง

การสนับสนุนการจัดการตนเอง หมายถึง ระบบที่จัดขึ้นโดยบุคลากรทีมสุขภาพเพื่อ สนับสนุนด้านความรู้ และการจัดการดูแลเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการตนเองที่ เพิ่มขึ้น มีความมั่นใจที่จะจัดการกับปัญหาสุขภาพของตนเอง รวมถึงการสนับสนุนให้มีความ

ต่อเนื่องในการประเมินความก้าวหน้าของปัญหา การตั้งเป้าหมายและการรับมือกับปัญหา (Kendall et al., 2007)

การสนับสนุนการจัดการตนเอง หมายถึง การเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยที่มีระบบแบบแผนในด้าน ความรู้ การปฏิบัติบทบาทหน้าที่ การฝึกทักษะที่จัดโดยบุคลากรทีมสุขภาพเพื่อเพิ่มระดับความเชื่อมั่นในการจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น (Embrey, 2006)

การสนับสนุนการจัดการตนเอง หมายถึงระบบที่มีการจัดเตรียมด้านความรู้และการให้การสนับสนุน ที่จัดขึ้นโดยทีมสุขภาพ เพื่อที่จะเพิ่มทักษะและความมั่นใจในการจัดการกับปัญหาสุขภาพ ประกอบไปด้วย การประเมินความก้าวหน้าที่จะเกิดปัญหาอย่างสม่ำเสมอ การตั้งเป้าหมายและสนับสนุนให้รับมือกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น (McGowan, 2005)

จึงกล่าวได้ว่าการสนับสนุนการจัดการตนเอง หมายถึง ระบบที่จัดขึ้นโดยบุคลากรทีมสุขภาพเพื่อสนับสนุนด้านความรู้ การฝึกทักษะที่จำเป็นให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการรับมือกับปัญหาสามารถจัดการกับปัญหาที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเองได้ และมีการสนับสนุนให้มีเกิดความต่อเนื่องในการปฏิบัติการจัดการตนเอง (Embrey, 2006; Kendall et al., 2007; McGowan, 2005)

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นหนึ่งในโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องได้รับการจัดการและจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับหลักฐานที่แสดงคุณค่าของการจัดการตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระบุว่า การสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีทักษะในการจัดการตนเองจะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดอาการที่จะทำให้ผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 1 ปี ได้ (Horwitz & Krumholz, 2010) ดังนั้นจึงควรจัดให้มีการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

การสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

การสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นระบบที่ถูกจัดขึ้นจากบุคลากรสุขภาพในการผลักดันให้ผู้ป่วยได้ใช้ความรู้ ได้รับการฝึกทักษะทักษะที่ได้รับการฝึก ร่วมกับประสบการณ์ด้านความสามารถในการจัดการของผู้ป่วยมาปรับประยุกต์และใช้จัดการกับปัญหา ให้สอดคล้องกับสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้น การสนับสนุนการจัดการตนเองที่บุคลากรสุขภาพควรจัดให้แก่ผู้ป่วย (Kendall et al., 2007) ต้องประกอบไปด้วย

1. มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วย ซึ่งเป้าหมายที่กำหนดควรเป็นเป้าหมายในระยะสั้นที่เห็นผลลัพธ์ชัดเจน เลือกรูปแบบและกลยุทธ์ในการสนับสนุนการจัดการตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ผู้ป่วยพึงพอใจร่วมกันโดยแนวปฏิบัติการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังของราช

วิทยาลัยแพทยเวชปฏิบัติแห่งชาติออสเตรเลีย (The Royal Australian College of General Practice, 2003) ได้ระบุการตั้งเป้าหมายดังนี้

1.1 ผู้ป่วยต้องมีระดับความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเองเพิ่มขึ้นและหากผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการเรียนรู้ บุคลากรทีมสุขภาพควรสนับสนุนให้ผู้ดูแลหลักหรือครอบครัวเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งให้เหมือนผู้ป่วยมากที่สุด

1.2 อาการต่างๆ ต้องทุเลาลง จำนวนอาการที่เกิดขึ้นต้องลดลง

1.3 ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้มากขึ้น

1.4 มีการใช้แผนการปฏิบัติต่างๆ ตามที่ตนเองได้วางแผนไว้

1.5 มีส่วนร่วมในการปฏิบัติการจัดการตนเอง

2. จัดการให้ความรู้เพื่อการฝึกทักษะที่จำเป็น การให้ความรู้ ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวรวมถึงการค้นหาปัญหาและอุปสรรค การให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัว ตามแผนการสอนสุขศึกษาการให้ความรู้นั้นมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างมากเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เพื่อเพิ่มศักยภาพให้ผู้สูงอายุสามารถแก้ปัญหาที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ มีความมั่นใจที่จะควบคุมสถานะความเจ็บป่วยของตนเอง สามารถเผชิญปัญหา มีการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งประเด็นของการให้ความรู้ที่สำคัญในผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวตามแนวปฏิบัติของ Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2007) ได้แก่

2.1 ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ พยาธิสรีรวิทยา การดำเนินโรค แผนการรักษา ปัญหาทางสภาวะจิตใจที่อาจเกิดขึ้น การได้รับยา เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา เหตุผลที่ต้องปฏิบัติตามแผนการรักษา และควรจัดให้มีการสอนซ้ำเนื่องจากผู้สูงอายุมักไม่สามารถจดจำข้อมูลได้หมดจากการสอนเพียงครั้งเดียว

2.2 การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการกำเริบของโรคที่ต้องมาพบแพทย์ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำเกิน และการจัดการเบื้องต้นเมื่อมีภาวะน้ำเกิน ผู้สูงอายุควรรู้จักอาการต่างๆ ของภาวะน้ำเกินซึ่งได้แก่ อาการเหนื่อยมากขึ้น น้ำหนักเพิ่มขึ้น บวม นอนราบไม่ได้ หรือ ลูกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน ซึ่งไม่ควรพบอาการเหล่านี้ในผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาเหมาะสมแล้ว หากเริ่มมีอาการดังกล่าวเพียงเล็กน้อย ผู้สูงอายุควรแจ้งให้ทีมผู้ดูแลตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ก่อนที่อาการจะกำเริบรุนแรง ทั้งนี้เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำโดยไม่จำเป็น

3. ให้การสนับสนุนช่วยเหลือให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยที่สมาคมหัวใจล้มเหลวแห่งอเมริกา (Heart Failure Society of America, 2010) ระบุการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังนี้

3.1 ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องได้รับคำแนะนำในการเลิกบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และได้รับการสนับสนุนด้านแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในการเลิกบุหรี่และแอลกอฮอล์

3.2 สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้อภิปรายเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และช่วยชี้แนะให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการร่วมวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับผู้ป่วยให้สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต

3.3 สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีเครื่องมือในการช่วยเตือนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ป้ายเตือน สมุดบันทึก

3.4 ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการยา การจำกัดโซเดียม การออกกำลังกาย การชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน และการเฝ้าสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเอง การปรับเปลี่ยนด้านการจัดการกับอารมณ์ (Riegel, Lee, & et al., 2009)

4. ร่วมกับผู้ป่วยในการวางแผนการติดตาม ประเมินผลร่วมกันโดยสถาบันพัฒนาการดูแลสุขภาพ (Institute for Health Care Improvement, 2009) ระบุแนวปฏิบัติในการสนับสนุนด้านการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติร่วมกับผู้ป่วยดังนี้

4.1 ตกลงร่วมกันกับผู้ป่วยในการกำหนดวันและวิธีการในการติดตาม และประเมินผล การปฏิบัติการจัดการตนเองในด้านต่างๆ ตามที่ได้วางแผนไว้ เช่น ใช้วิธีการโทรศัพท์ติดตามผล โดยต้องติดตามเกี่ยวกับความคิดเห็นในการปฏิบัติตามแผนการจัดการตนเองด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ในการปฏิบัติ

4.2 ใช้การโทรศัพท์ติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติตามแผนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเป็นวิธีที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด และบุคลากรควรมีการวางแผนการระบุข้อความที่จะใช้ในการโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยและบันทึกผลการโทรศัพท์ติดตาม เพื่อใช้เป็นข้อมูลประเมินผลย้อนกลับ ได้แก่ สอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน อาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการได้รับโซเดียมและน้ำมากเกินไป ระดับของน้ำหนักตัว การรับประทานยาและปัญหาในการรับประทานยา (Piette et al., 2007)

5. จัดการปฏิบัติการให้การสนับสนุนการจัดการตนเองแก่ผู้ป่วย ซึ่งจะเน้นการฝึกทักษะที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วย 7 ด้าน (Ambrister, 2008) ดังนี้

5.1 การใช้ยา วัตถุประสงค์ของการใช้ยา ปฏิกริยาข้างเคียงของยา การออกฤทธิ์ วิธีการใช้และอันตรายที่อาจเกิดขึ้นเนื่องจากการรับประทานยาเกินขนาด ผู้สูงอายุบางรายที่ได้รับยา

ไดจอกซิน (digoxin) ต้องสอนและฝึกการจับชีพจรด้วยตนเอง นอกจากนี้ยาขับปัสสาวะอาจมีผลในการทำให้โปแตสเซียมในเลือดต่ำจำเป็นต้องได้รับทดแทน การประเมินอาการผิดปกติเมื่อมีโปแตสเซียมในเลือดต่ำ ได้แก่ อาการใจเต้น อ่อนเพลีย ท้องอืด ถ้ามีอาการดังกล่าวต้องรีบพบแพทย์ ซึ่งในผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวมักจะมีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาเนื่องจากจำนวนยาที่ต้องรับประทานมีหลายชนิดเพราะมีโรคอื่นร่วมด้วย จึงต้องเน้นความสำคัญของการรับประทานยา และมีการสนับสนุนให้มีการใช้คู่มือยาที่ได้รับในการกำกับการใช้ยาที่ผู้สูงอายุเข้าใจง่ายโดยการใช้สัญลักษณ์ของเวลาในการรับประทานยาเป็นรูปภาพแทนตัวเลข และสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้เริ่มมีการบันทึกจำนวนเม็ดยาที่ตนเองรับประทานในแต่ละมืออย่างสม่ำเสมอ และมีข้อความหรือสัญลักษณ์ที่บอกแหล่งให้การช่วยเหลือฉุกเฉินเมื่อเกิดปัญหา ซึ่งเป็นข้อแนะนำจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และจัดการฝึกใช้คู่มือ ฝึกการจดบันทึกจนผู้ป่วยมั่นใจในการปฏิบัติ (Horwitz & Krumholz, 2010)

5.2 การรับประทานอาหาร เน้นที่ถึงความต่อเนื่องในการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมต่ำ การควบคุมการบริโภคเกลือ ตามแนวทางการรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวโดยจำกัดเกลือแกงให้ได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 กรัมต่อวันแต่จะทำให้ขาดรสชาติจนผู้สูงอายุรับประทานไม่ได้ ดังนั้นอาจกำหนดเป้าหมายที่ 4 กรัมต่อวัน (American Heart Association, 2005) แต่ผู้สูงอายุอาจไม่ทราบปริมาณเกลือแกงที่ผสมในอาหารต่างๆ ได้แน่นอน โดยเฉพาะเมื่อไม่ได้ประกอบอาหารรับประทานเอง คำแนะนำที่นำไปปฏิบัติได้คือ ให้หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม ของหมักดอง อาหารกระป๋อง และไม่เค็มเกลือ น้ำปลา ซอสปรุงรสต่างๆ หรือซอว์ลงไปในอาหารปรุงสำเร็จ ฝึกการอ่านส่วนประกอบในฉลากอาหารสำเร็จรูป

5.3 การชั่งน้ำหนักตัว วิธีการที่จะช่วยในการประเมินภาวะของน้ำเกิน คือ การชั่งและบันทึกน้ำหนักตัวทุกวัน หรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดยจะชั่งน้ำหนักตัวตอนเช้าภายหลังเข้าห้องขับถ่ายแล้ว และขณะท้องว่าง การที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นจากเดิมมากกว่า 1 กิโลกรัมภายใน 1-2 วันหรือ 2 กิโลกรัมใน 3 วัน แสดงว่ามีภาวะน้ำเกิน ผู้ป่วยต้องได้รับการฝึกชั่งน้ำหนักตัว การจดบันทึกน้ำหนักตัว และฝึกการแปลผลการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวของตนเอง โดยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีแบบบันทึกการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวที่สะดวกและใช้ได้ง่าย (Chaudhry, Wang, Cancato, Gill, & Krumholz, 2007)

5.4 การปรับยาขับปัสสาวะ การดูแลจัดการเกี่ยวกับยาเมื่อมีภาวะน้ำเกินตามแผนการรักษาของแพทย์ที่แนะนำคือ ในผู้ป่วยที่รับประทานยาขับปัสสาวะประเภทลูปไดยูเรติก (loop diuretic) ให้เพิ่มขนาดจากเดิมเป็น 1.5-2 เท่า (มักนิยมให้เพิ่มจำนวนครั้งก่อนเพิ่มจำนวนเม็ดต่อครั้ง เช่น เดิมรับประทาน 1 เม็ดเช้าให้เพิ่มเป็น 1 เม็ดเช้า ½ เม็ดเที่ยง) ทำเช่นนั้นจนกว่าน้ำหนักตัว

เข้าสู่ภาวะปกติ (อภิชาติ สุคนธทรัพย์ และ รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์, 2547) หากน้ำหนักไม่ลดลงสู่ปกติใน 3-4 วัน ควรพบแพทย์

5.5 การระบุน้ำที่แสดงถึงภาวะบวม หรือมีการคั่งของน้ำในร่างกายการควบคุมการบริโภคน้ำ การจำกัดน้ำดื่มในผู้ที่มีอาการไม่รุนแรงไม่มีความจำเป็นที่จะต้องจำกัดน้ำดื่ม แต่ในผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีโรคไตร่วมด้วยทำให้มีการคั่งของน้ำและเกล็ดง่าย และผู้สูงอายุที่มีภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (น้อยกว่า 130 mEq/L) ควรแนะนำให้ผู้สูงอายุดื่มน้ำไม่เกิน 1.5 ลิตรต่อวัน สนับสนุนให้ได้รับการฝึกการตวงปริมาณน้ำดื่มในแต่ละวัน รวมถึงการบันทึกปริมาณน้ำที่ได้รับ และปริมาณปัสสาวะเป็นประจำ โดยการฝึกการระบุปริมาณเครื่องดื่มต่างๆ ที่ได้รับรวมกับปริมาณน้ำดื่มด้วย อาจใช้รูปภาพของลักษณะบรรจุภัณฑ์ต่างๆ และประมาณค่าของปริมาตรของลักษณะบรรจุภัณฑ์นั้นๆ ให้ผู้ป่วยฝึกประมาณค่า และบันทึกผล (Horwitz & Krumholz, 2010)

5.6 การเลิกบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว โดยทั่วไปแนะนำให้หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และคาเฟอีน เนื่องจากแอลกอฮอล์มีผลกดการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งจะมีผลทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ และการดำเนินโรคแย่ลง การลดและงดสูบบุหรี่เนื่องจากการสูบบุหรี่ทำให้เพิ่มสารแคทีคอลามีน (catecholamine) ในเลือดมีผลทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรง มีผลให้หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น และทำให้หลอดเลือดหดตัวการไหลเวียนเลือดไม่สะดวก และก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ (carbonmonoxide) จากการสูบบุหรี่ทำให้ความสามารถของเม็ดเลือดแดงในการนำพาออกซิเจนเข้าสู่เนื้อเยื่อลดลง ส่งเสริมให้มีอาการหายใจเหนื่อยง่ายขึ้น (National Heart Foundation & Australian Cardiac Rehabilitation Association, 2004)

5.7 การปฏิบัติกิจกรรมทางกาย การออกกำลังกายเป็นประโยชน์และเป็นสิ่งจำเป็นมากอย่างหนึ่งในการรักษาผู้สูงอายุโรคหัวใจทุกชนิดรวมทั้งภาวะหัวใจล้มเหลว การออกกำลังกายจึงควรต้องเริ่มให้เร็วที่สุดเมื่อร่างกายพร้อม ซึ่งแพทย์จะเป็นผู้ประเมินความสามารถในการออกกำลังกาย การทิ้งระยะเวลาให้ยาวนานจะทำให้เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกายเนื่องจากร่างกายจะอยู่ในภาวะที่พักผ่อนมากเกินไป เกิดภาวะเสื่อมสภาพ ทำให้ความสามารถและประสิทธิภาพของร่างกายที่มีอยู่ตามภาวะปกตินั้นลดน้อยลง การฝึกการออกกำลังกายมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพร่างกายสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ตามศักยภาพของแต่ละบุคคล (Pina et al., 2003)

6. การกำหนดขอบเขตของการให้การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยต้องปฏิบัติจริง โดยการฝึกให้ผู้ป่วยแก้ไขสถานการณ์เบื้องต้นด้วยตนเอง และฝึกให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ การกำหนดขอบเขตของการช่วยเหลือต้องเกิดจากการตกลงร่วมกันทั้งสองฝ่าย โดยที่การสนับสนุน

ด้านการให้การช่วยเหลือที่ไม่เหมาะสมคือ การจำกัดจำนวนครั้งของการให้ความช่วยเหลือ หรือมีการเปลี่ยนแปลงและเป้าหมายเร็วเกินไป (Glasgow, Davis, Funnell, & Beck, 2003)

การสนับสนุนการจัดการตนเองตามหลัก 5 A's

แนวทางการดูแลผู้ป่วยของสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (American Heart Association, 2009) ที่เน้นบทบาทการจัดการตนเองของผู้ป่วยนั้นแนะนำให้บุคคลากรทีมสุขภาพควรจัดให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยมีเป้าหมายเพื่อลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลและเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยซึ่งต้องมีการสนับสนุนให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งจัดเป็นโรคเรื้อรัง โดยที่การสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงจะเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการตนเองของผู้ป่วยส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเพิ่มขึ้นและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น (RNAO, 2010) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวปฏิบัติการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังของสมาคมพยาบาลวิชาชีพแห่งออนตาริโอ (Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO], 2010) และแนวปฏิบัติการสนับสนุนการจัดการตนเองของ NCG (The National Guideline Clearinghouse, 2007) ได้ใช้กลยุทธ์ 5A's เพื่อการสนับสนุนให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ดังนี้

1. การประเมิน (Assess) สำหรับการประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยและครอบครัว การประเมินความเชื่อเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การประเมินสถานะสุขภาพ การประเมินทักษะของผู้ป่วยและครอบครัวและการประเมินความรู้ของผู้ป่วยและครอบครัว การประเมินผู้ป่วยและครอบครัวควรเป็นการประเมินแบบครอบคลุมสอดคล้องกับการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยและสิ่งที่ต้องจัดการดูแลในระยะเริ่มแรก การประเมินซ้ำ การใช้เครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือและควรมีการประเมินผู้ป่วยและครอบครัว 1) ด้านภาวะสุขภาพที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต 2) ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาและการดำเนินของโรค 3) การทำหน้าที่ของครอบครัว 4) บริบทของสังคมและสิ่งแวดล้อมที่จะก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ การประเมินนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบถึงความเสี่ยงที่จะขัดขวางผลลัพธ์สุขภาพและความเสี่ยงที่จะส่งผลให้ไม่เกิดความต่อเนื่องในการปฏิบัติ

2. การให้คำแนะนำ (Advise) การให้คำแนะนำรวมถึงการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งคำแนะนำที่ให้เป็นข้อมูลที่มีความเฉพาะเกี่ยวกับความเสี่ยงของภาวะสุขภาพและการให้คำแนะนำเกี่ยวกับประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3. กำหนดข้อตกลงร่วมกัน (Agree) ร่วมกันกำหนดเป้าหมายที่เป็นข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรสุขภาพโดยอาศัยการประสานความร่วมมือ ภายใต้ลำดับของความสำคัญของปัญหาพฤติกรรมและระดับความมั่นใจในความสามารถที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นๆ บุคลากรสุขภาพควรช่วยวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีเป้าหมายในการจัดการกับปัญหาอุปสรรคให้เหมาะสมกับความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละบุคคล คุณลักษณะของผู้ป่วย ความพึงพอใจของผู้ป่วย และมีความง่ายในการปฏิบัติ

4. การให้การช่วยเหลือ (Assist) ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการรับมือกับปัญหา โดยการช่วยระบุสิ่งที่เป็อุปสรรคของผู้ป่วย การเสนอกลยุทธ์ในการจัดการกับปัญหาอุปสรรค การสนับสนุนด้านแหล่งประโยชน์ในสังคม สิ่งแวดล้อม นอกจากนั้นบุคลากรสุขภาพต้องให้การช่วยเหลือด้านความรู้และการฝึกทักษะให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลจัดการกับปัญหาของตนเองได้ ซึ่งการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องจัดให้แบบรายบุคคลบนพื้นฐานของแต่ละบุคคล The National Guideline Clearinghouse (2007) ระบุว่า การให้ความรู้และการฝึกทักษะที่จำเป็นให้ผู้ป่วยใช้ในการจัดการตนเองจะสามารถลดการนอนโรงพยาบาล ลดการมาตรวจนอกเวลา การให้การช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถจัดการตนเองได้ต้องสนับสนุนสิ่งต่อไปนี้

4.1 การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถติดตามอาการของตนเองได้ (self monitoring) ด้วยการสนับสนุนด้านข้อมูลที่เป็นแหล่งประโยชน์ในการศึกษาค้นคว้าและแสวงหาความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง เช่น การเขียนบันทึกเกี่ยวกับอาการในแต่ละวันเพื่อใช้เป็นข้อมูลของตนเอง หรือการเรียนรู้เกี่ยวกับอาการต่างๆ จากวารสารและระบบสารสนเทศต่างๆ

4.2 ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยมีแผนการปฏิบัติการจัดการตนเอง (action plan) วางแผนร่วมกับผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมทางสุขภาพต่างๆ และเขียนแผนการปฏิบัติที่ผู้ป่วยเข้าใจและสอดคล้องกับเป้าหมาย พร้อมกับสนับสนุนด้านการเสนอทางเลือกของแผนการปฏิบัติของผู้ป่วย เช่น แผนการปฏิบัติการรับประทานยา

4.3 ช่วยผู้ป่วยรับมือกับปัญหา (collaborative problem solving) โดยการเตรียมความพร้อมด้านความรู้และการฝึกทักษะในการแก้ปัญหาต่างๆ ที่อาจจะเกิดกับผู้ป่วย พร้อมจัดทำคู่มือ แหล่งช่วยเหลือฉุกเฉิน เพื่อเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการตัดสินใจด้วยตนเอง และใช้ครอบครัวช่วยสนับสนุน

4.4 ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ทบทวนการปฏิบัติและติดตามผล (regular practitioner review/follow up) โดยการโทรศัพท์หรือใช้จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) หรือการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามการปฏิบัติของผู้ป่วย และเป็นการเปิดโอกาสให้ได้ทบทวนปัญหาอุปสรรค เป้าหมาย และการปรับเปลี่ยนแผนต่างๆ ร่วมกันอีกครั้ง

5. การติดตามและประเมินผล (arrange) เพื่อทบทวนและวางแผนการปฏิบัติใหม่ ซึ่งการจัดการตนเองต้องมีการประเมินซ้ำอย่างสม่ำเสมอ ทั้งจากด้านผู้ป่วยเองและประเมินซ้ำร่วมกับบุคลากรสุขภาพ โดยใช้การโทรศัพท์ติดตามผล การมาพบที่สถานบริการ หรือการใช้จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) การติดตามผลนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความต่อเนื่องในการปฏิบัติ และช่วยแก้ไข ปัญหาที่ซับซ้อนของผู้ป่วยได้

ไรอัน และคณะ (Ryan et al., 2009) ระบุว่า การสนับสนุนการจัดการตนเองให้แก่ผู้ป่วยนี้เป็นสิ่งที่บุคลากรสุขภาพต้องจัดให้เป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ในเรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว การควบคุมการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค การทำกิจกรรม การใช้ยา และการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเอง และควรมีการฝึกทักษะในการจัดการกับปัญหา ก่อนที่ผู้ป่วยจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จนผู้ป่วยมีความมั่นใจที่จะจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้จะสามารถช่วยลดการเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ และเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

แนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นสิ่งที่ช่วยทำให้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีมาตรฐานเดียวกัน เพิ่มคุณค่าในการดูแลผู้ป่วย ให้ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ดี สะท้อนถึงการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการบริการจากผู้ปฏิบัติงาน ส่งเสริมให้เกิดการทำงานเป็นทีม ซึ่งในปัจจุบันการปฏิบัติการพยาบาลจำเป็นต้องใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยหลักฐานนั้นต้องเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถยืนยันเชิงวิทยาศาสตร์ เพื่อให้เกิดคุณภาพการบริการ การปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มีเครื่องมือสำคัญ คือ แนวปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Practice Guideline) ซึ่งเป็นหนึ่งในลักษณะของแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guideline: CPG) ที่สามารถเป็นตัวเชื่อมระหว่างหลักฐานเชิงประจักษ์หรือการวิจัยกับการปฏิบัติได้ (ฉวีวรรณ ธงชัย, 2548) ดังนั้นผู้ศึกษาจึงทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางคลินิกซึ่งสามารถใช้อ้างอิงเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้

ความหมายของแนวปฏิบัติทางคลินิก

แนวปฏิบัติทางคลินิก หมายถึง ข้อความที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบเพื่อช่วยผู้ปฏิบัติทางคลินิกและผู้ป่วยตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับภาวะทางคลินิกภาวะใดภาวะหนึ่งโดยเฉพาะ (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1999)

แนวปฏิบัติทางคลินิก หมายถึง เอกสารหรือข้อความที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยผู้ปฏิบัติทางคลินิก ให้มีการตัดสินใจอย่างเหมาะสมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในปัญหาทางคลินิกที่เฉพาะเจาะจง (ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2551)

แนวปฏิบัติทางคลินิกหมายถึง ข้อเสนอแนะที่จัดทำขึ้น สำหรับเป็นข้อแนะนำให้ผู้ปฏิบัติทางคลินิกใช้ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งข้อเสนอแนะที่จัดทำขึ้นนั้นเป็นข้อมูลที่ได้มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เหมาะสมกับปัญหาทางคลินิกที่สุด ข้อเสนอแนะจะถูกพัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบเพื่อให้ผู้ปฏิบัติใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอย่างเหมาะสม (NICE, 2007)

สรุปได้ว่า แนวปฏิบัติทางคลินิก หมายถึง ข้อความที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เหมาะสมกับปัญหาเพื่อช่วยให้ผู้ปฏิบัติใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจปฏิบัติทางคลินิกเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอย่างเหมาะสม

สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ศึกษาจะศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งแนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นแนวปฏิบัติที่จัดทำขึ้นสำหรับทีมพยาบาลในการใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย จะช่วยให้การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมีความชัดเจนมากขึ้น ซึ่งสภาการพยาบาลได้ให้ความหมายว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่ใช้ส่งเสริมคุณภาพการพยาบาล ที่สอดคล้องกับบริบทของสังคม แสดงถึงความเป็นอิสระในวิชาชีพที่จะใช้องค์ความรู้บนพื้นฐานของหลักฐานอ้างอิงเชิงประจักษ์เป็นเครื่องมือที่สื่อสารให้ผู้ปฏิบัติมีความเข้าใจการปฏิบัติที่ตรงกัน และมีส่วนช่วยคุ้มครองสิทธิของผู้ให้และผู้ให้บริการทางการพยาบาล

ประเภทของแนวปฏิบัติทางคลินิก

หลักฐานที่นำมาใช้ในการจัดทำแนวปฏิบัติมีความน่าเชื่อถือแตกต่างกัน จึงมีการแบ่งประเภทของแนวปฏิบัติออกเป็นหลายประเภท (New Zealand Guidelines Group [NZGG], 2001) ดังนี้

1. แนวปฏิบัติที่ได้จากผลการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (best practice guideline) เป็นแนวปฏิบัติที่พัฒนาจากประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติ หรือผู้รับบริการที่ให้ผลการปฏิบัติที่ดีและเหมาะสมกับหน่วยงาน
2. แนวปฏิบัติที่อยู่ในรูปแบบของคู่มือ (protocol) เป็นแนวปฏิบัติที่ยกร่างขึ้นมาเพื่อใช้ในเฉพาะบางหน่วยงานเพื่อลดความแตกต่างในการปฏิบัติของบุคคลากร เป็นข้อตกลงของวิธีการปฏิบัติ ข้อดีคือเป็นคู่มือที่เหมาะสมกับสภาพหน่วยงานจึงใช้ง่าย แต่มีความเหมาะสมเฉพาะแต่ละหน่วยงานเท่านั้น
3. แนวปฏิบัติที่พัฒนาจากการประชุมร่วมแสดงความคิดเห็น (consensus based guideline) เป็นแนวปฏิบัติที่ได้จากการแสดงความคิดเห็นที่กำหนดเป็นข้อตกลงร่วมกันในการประชุมของผู้เชี่ยวชาญ จะมีความถูกต้องตามหลักวิชาการแต่ต้องใช้การพิจารณา ร่วมในการนำไปปฏิบัติ
4. แนวปฏิบัติที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based guidelines) เป็นแนวปฏิบัติที่พัฒนามาจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ มีขั้นตอนในการสืบค้นและประเมินหลักฐานอย่างเป็นระบบ
5. แนวปฏิบัติที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างชัดเจน (explicit evidence based practice) พัฒนาเช่นเดียวกับข้อที่ 4 แต่ผ่านการวิเคราะห์ถึงประโยชน์ ความเสี่ยง การนำไปใช้และ

ความคุ้มค่า คุ่มทุน ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ใช้ และผู้รับบริการ เนื่องจากได้ผ่านกระบวนการวิเคราะห์ถึงสิ่งต่างๆข้างต้นแต่ก็มีข้อเสียคือ กระบวนการพัฒนามีขั้นตอนที่ซับซ้อนใช้เวลาในการพัฒนานาน

ประโยชน์ของแนวปฏิบัติทางคลินิก

การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้เพื่อให้การดูแลผู้รับบริการนั้นมีประโยชน์มากมาย ทั้งต่อหน่วยงาน องค์กร ผู้ประกอบวิชาชีพ และผู้รับบริการ สามารถลดความหลากหลายของการปฏิบัติ หรือเพื่อส่งเสริมให้เกิดคุณภาพการให้บริการ การให้บริการตามแนวปฏิบัติจะทำให้บุคลากรสุขภาพมีความน่าเชื่อถือ (ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549) สรุปประโยชน์ของแนวปฏิบัติทางคลินิกได้ดังนี้

1. ด้านผู้รับบริการ คือ ทำให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่ดีที่สุดตามมาตรฐานในปัจจุบัน
2. ด้านผู้ปฏิบัติทางคลินิก
 - 2.1 ช่วยให้ผู้ปฏิบัติทางคลินิกสามารถตัดสินใจทางคลินิกได้ง่ายขึ้นทำให้การปฏิบัติการบริการมีมาตรฐานที่มีหลักฐานสนับสนุนอย่างชัดเจน และช่วยลดความหลากหลายของวิธีการปฏิบัติ
 - 2.2 แยกความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพแต่ละฝ่ายได้ชัดเจนขึ้น
 - 2.3 ส่งเสริมความร่วมมือและการประสานงานในทีมของผู้ประกอบวิชาชีพทำให้เกิดลักษณะของการทำงานเป็นทีม
 - 2.4 สามารถประยุกต์ความรู้เชิงวิทยาศาสตร์ร่วมกับศิลปะการดูแลและการให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการให้ได้รับการดูแลที่ครอบคลุม
 - 2.5 ช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดความผิดพลาดจากการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพ
3. ด้านการบริหาร ทำให้การให้บริการมีคุณภาพ และมีประสิทธิผลมากขึ้นสะท้อนถึงการจัดรูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ และยังสามารถใช้เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพงานจากภายนอกเพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการ
4. ด้านองค์กรหรือหน่วยงาน คือ ทำให้มีกรอบในการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม และเกิดความคุ้มค่าในการให้บริการด้านสุขภาพมากขึ้น

หลักการพื้นฐานของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลซึ่งอาศัยหลักการพื้นฐานของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ประกอบด้วย (NHMRC, 1999)

1. การจัดทำหรือพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกและการประเมินคุณค่าของแนวปฏิบัติทางคลินิกควรเน้นที่ผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย (guideline development and evaluation)
2. แนวปฏิบัติทางคลินิกต้องมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดที่มีอยู่ (using the best available evidence) มีวิธีการวิเคราะห์และสังเคราะห์ระดับคุณภาพ (level) และความน่าเชื่อถือของหลักฐาน (quality) ความเกี่ยวข้องกับบริบท และความเที่ยงตรงของหลักฐาน (relevance and strength) บางครั้งหลักฐานที่มีคุณภาพสูงมีระดับความน่าเชื่อถือสูงอาจจะไม่เหมาะสมกับการนำไปปฏิบัติในบางหน่วยงาน
3. วิธีการสังเคราะห์ระดับของหลักฐานที่จะนำมาใช้ ต้องใช้วิธีที่มีความน่าเชื่อถือมากที่สุดซึ่งขึ้นอยู่กับการพิจารณา (judgment) ประสบการณ์ (experience) และการรับรู้ที่ดีของทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อเสนอแนะที่มีคุณภาพ (good clinical recommendations)
4. แนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นควรมีความยืดหยุ่นและสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ ตามลักษณะประชากรเป้าหมาย สถานที่ ความรุนแรงของโรค และลักษณะทางภูมิศาสตร์ โดยต้องคำนึงถึงทรัพยากรของผู้รับบริการเป็นหลัก
5. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกควรคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่ ที่สำคัญคือต้องมีการประเมินด้านเศรษฐกิจ คือ การประเมินต้นทุนต่ำสุด (cost-minimisation) ในรูปแบบการดูแลที่แตกต่างกัน วิเคราะห์ความคุ้มค่าคุ้มทุน ด้านประสิทธิผล (cost-effectiveness analysis) ได้แก่ ผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น จำนวนวันนอน อัตราตาย และการวิเคราะห์ผลประโยชน์ (cost-utility analysis) เช่น คะแนนคุณภาพชีวิตดีขึ้น ราคาต่อหน่วย (quality-adjusted year of life gained)
6. แนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นควรมีการนำไปเผยแพร่ในองค์กรหรือหน่วยงาน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติได้รับทราบรายละเอียด และนำไปสู่การปฏิบัติ
7. แนวปฏิบัติทางคลินิกที่นำไปใช้ต้องได้รับการประเมินก่อนการนำไปใช้วิเคราะห์ประโยชน์ที่จะได้รับ และวิเคราะห์ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับทั้งผู้ปฏิบัติ ผู้รับบริการ และองค์กรสุขภาพ
8. แนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นต้องมีการปรับปรุงเป็นระยะๆ เพื่อให้มีความทันสมัย สอดคล้องกับผลงานวิจัยปัจจุบัน เกิดผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติที่ดีที่สุด

ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

การศึกษาเพื่อการค้นคว้าแบบอิสระครั้งนี้เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลซึ่งมีหลักในการพัฒนาเช่นเดียวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกตามแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภากิจการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) ที่มีหลักของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกประกอบด้วย 12 ขั้นตอนดังนี้

1. กำหนดความต้องการและขอบเขตของปัญหา (define issue/topic) ที่ต้องการนำมาพิจารณาเพื่อจัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิก ควรเป็นปัญหาที่พบบ่อยในหน่วยงาน ปัญหาที่มีความเสี่ยงสูง มีค่าใช้จ่ายที่ราคาสูงมากหรือปัญหาที่มีความหลากหลายในการปฏิบัติงานของบุคลากรในหน่วยงานทำให้เกิดผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล และคุณภาพของการให้บริการ เกิดภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้รับบริการ รวมถึงการวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการสนับสนุนของหน่วยงานเพื่อการแก้ปัญหาต่างๆ ด้วย

2. การกำหนดทีมพัฒนาหรือคณะกรรมการร่าง (convene a multidisciplinary panel) ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ ต้องประกอบด้วยทีมผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องแบบสหสาขาวิชาชีพ และเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติทางคลินิกที่มองเห็นความจำเป็นและความสำคัญของการพัฒนาแนวปฏิบัติ

3. การกำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายของแนวปฏิบัติ (define the purpose of and target audience for the guidelines) การกำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจนในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกต้องพิจารณาเกี่ยวกับสถานการณ์การเกิดปัญหาทางคลินิกที่ต้องการปรับปรุงคุณภาพ ทั้งในส่วนผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ หน่วยงาน ซึ่งการกำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายของแต่ละประเด็นปัญหาจะแตกต่างกันไปตามลักษณะของการเกิดปัญหาทางคลินิกนั้นๆ

4. การกำหนดผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (identify health outcomes) ต้องมีการกำหนดผลลัพธ์ทางสุขภาพ (health outcome) ที่คาดว่าจะได้ประโยชน์จากการนำแนวปฏิบัติมาใช้และเป็นวิธีการดูแลรักษาที่ดีที่สุดในปัจจุบัน การกำหนดผลลัพธ์ทางสุขภาพอาจจะกำหนดเป็นผลลัพธ์ในระยะสั้น หรือระยะยาวก็ได้

5. ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ (review the scientific evidence) เป็นการทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องการแก้ไขหรือปรับปรุงคุณภาพการบริการ และวิเคราะห์ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเพื่อประกอบการตัดสินใจโดยมีการแสดงความคิดเห็นร่วมกันของกรรมการพัฒนาเพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ดี

และเหมาะสมที่สุดโดยทำการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ ประเมินคุณค่าของหลักฐาน และจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานที่สืบค้นได้ดังต่อไปนี้

5.1 การประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ ต้องพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในการนำมาใช้ในหน่วยงาน (feasibility) ความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน (appropriateness) ความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติต้องมีความสอดคล้องกัน (meaningfulness) และประเมินประสิทธิผลทางคลินิกของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เลือกมาใช้ (effectiveness) ให้มีความเหมาะสมมากที่สุด

5.2 ประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จะนำมาใช้พัฒนาแนวปฏิบัติ โดยการจัดระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ (levels of evidence) และระดับของข้อเสนอแนะ (grades of recommendation) ตามหลักเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (Joanna Briggs Institute [JBI], 2008) มีการจัดระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ (level of evidence) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ

ระดับ 1 เป็นหลักฐานที่ได้มาจากการทบทวนความรู้ที่มีระบบ โดยงานวิจัยทุกเรื่องที่มีระดับความเหมือนหรือคล้ายกัน มีการออกแบบให้มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม โดยไม่ให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม หรือมีอย่างน้อย 1 งานวิจัยที่เป็นการทดลองขนาดใหญ่ และมีช่วงเวลาของความเชื่อมั่นที่แคบ

ระดับ 2 เป็นหลักฐานที่ได้มาจากการวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่มีกลุ่มควบคุม ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม

ระดับ 3 แบ่งออกได้เป็น 3 ระดับย่อย ได้แก่

ระดับ 3a เป็นหลักฐานที่ได้มาจากการศึกษาเปรียบเทียบแบบติดตามไปข้างหน้าที่มีกลุ่มควบคุม แต่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างจากกลุ่มงานวิจัย

ระดับ 3b เป็นหลักฐานที่ได้มาจากการรายงานกรณีศึกษาที่เป็นการศึกษาเปรียบเทียบ ระหว่างกลุ่มที่เกิดผลลัพธ์แล้วกับกลุ่มที่ไม่ได้เกิดผลลัพธ์กับวิธีการที่ผู้วิจัยสนใจโดยมีกลุ่มควบคุม

ระดับ 3c เป็นหลักฐานที่ได้มาจากการศึกษาโดยการสังเกตสิ่งที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ ที่ไม่มีกลุ่มควบคุม

ระดับ 4 เป็นหลักฐานที่ได้มาจากการคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญซึ่งไม่มีเกณฑ์การประเมินอย่างชัดเจนหรือการยืนยันอย่างมีระบบหรือได้จากฉันทามติหรืองานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การพิจารณาที่ดีที่สุด

5.3 การจัดระดับของข้อเสนอแนะไปสู่การปฏิบัติ (grades of recommendation) แบ่งออก เป็น 3 ระดับ คือ

เกรด A ข้อเสนอแนะที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ทันที เป็นที่ยอมรับทางด้านจริยธรรม มีเหตุผลสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในระดับมาก มีประสิทธิภาพที่ดีเลิศสมควรนำมาประยุกต์ใช้มาก

เกรด B ข้อเสนอแนะที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ แต่ต้องมีการฝึกทักษะผู้ปฏิบัติเพิ่มเติม และต้องจัดหาทรัพยากรสนับสนุนเพิ่มปานกลาง การยอมรับทางด้านจริยธรรมไม่ ชัดเจน มีเหตุผลสนับสนุน การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในระดับปานกลาง ประสิทธิภาพที่ได้ควรมีการพิจารณาอย่างรอบคอบก่อนนำไปประยุกต์ใช้

เกรด C ข้อเสนอแนะที่ไม่สามารถนำไปปฏิบัติ ด้านจริยธรรมยังไม่เป็นที่ยอมรับ ไม่มีเหตุผลสนับสนุนการเปลี่ยนแปลง การปฏิบัติไม่มีประสิทธิผล

6. ขอร่างแนวปฏิบัติ (formulate the guidelines) ข้อมูลที่จะใช้สำหรับการขอร่างแนวปฏิบัติทางคลินิกควรมีความชัดเจน กะทัดรัด และเป็นข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ที่ดีที่สุดในขณะนั้นซึ่งจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการได้รวดเร็ว ร่างแนวปฏิบัติทางคลินิกควรประกอบด้วยวัตถุประสงค์ การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ข้อมูลของผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนา กลุ่มประชากรเป้าหมาย หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ ประโยชน์และผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายของแนวปฏิบัติทางคลินิก ความต้องการเฉพาะในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก และต้องมีการกำหนดเนื้อหาสาระสำคัญก่อนทำการขอร่างแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อให้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นมีมาตรฐานและมีความสอดคล้องกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล

7. จัดทำแผนการเผยแพร่และแผนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก (formulate a dissemination and implementation strategy) เพื่อส่งเสริมศักยภาพในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ควรใช้วิธีการที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและลักษณะของแต่ละหน่วยงานที่จะนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ โดยพิจารณาแรงจูงใจ ความรู้สึกเป็นเจ้าของ ซึ่งการวางแผนในแต่ละขั้นตอน ได้แก่

7.1 แผนการเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิก ควรเลือกใช้วิธีการในการเผยแพร่ให้เกิดประสิทธิภาพ โดยเริ่มตั้งแต่การจัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิกให้เข้าใจง่าย ให้ข้อมูลแก่กลุ่มเป้าหมายเป็นระยะอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกและใช้กลยุทธ์ในการประชาสัมพันธ์ที่หลากหลาย

7.2 แผนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ต้องเน้นการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้ใช้ แนวปฏิบัติทางคลินิกจะช่วยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจจะใช้ความคิดเห็นหรือการตรวจเยี่ยมของผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกที่ได้รับการยอมรับซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ

ทางคลินิกของผู้ปฏิบัติที่ดียิ่งขึ้น มีการจัดการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางคลินิกและการนำไปใช้ อาจใช้เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ช่วยในการส่งเสริมการเรียนรู้ที่น่าสนใจยิ่งขึ้น

8. จัดทำแผนการประเมินผลและแผนการปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติทางคลินิก (formulate an evaluation and revision strategy) แผนการประเมินผลแนวปฏิบัติทางคลินิก มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ โดยเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ที่เปลี่ยนแปลงในระยะก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก นอกจากนี้ต้องประเมินเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้ใช้ และควรมีรายละเอียดเกี่ยวกับความง่าย ความชัดเจน การยอมรับรายละเอียด ความตรงประเด็นกับปัญหา และความพึงพอใจเกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางคลินิก ส่วนแผนการปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิก ควรมีการปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิกทุก 3-5 ปี ระบุเกี่ยวกับประสบการณ์ในการปฏิบัติและข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับแนวปฏิบัติในปัจจุบัน ควรมีการร่วมมือกันจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิก ควรมีการระบุวัน เวลา ที่แนวปฏิบัติทางคลินิก การพัฒนาและวันเวลาที่แนวปฏิบัติควรได้รับการปรับปรุงใหม่ไว้ด้วย

9. จัดทำรูปแบบแนวปฏิบัติ (the guidelines themselves) การจัดทำรายงานรูปแบบแนวปฏิบัติทางคลินิกควรมีความชัดเจน สั้น กระชับ ได้ใจความซึ่งรูปแบบอาจมีความแตกต่างกันตามความเหมาะสม เช่นรูปแบบเป็นความเรียงร้อยแก้ว หรือลักษณะเป็นขั้นตอน (flow chart) แต่ควรมีความสม่ำเสมอ (consistent) ในการใช้คำศัพท์และสัญลักษณ์ เพื่อง่ายต่อการเข้าใจและปฏิบัติตามสำหรับเนื้อหาส่วนที่มีความสำคัญ หรือส่วนที่อาจมีการเข้าใจผิดควรมีการอธิบายและเน้นย้ำให้ชัดเจน

10. การจัดทำรายงานกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ (reporting on the guideline development process) รายงานควรประกอบด้วยองค์การที่ให้การสนับสนุนในการพัฒนาแนวปฏิบัติ ผู้เสนอ ผู้อนุญาตหรือรับรองแนวปฏิบัติ วัตถุประสงค์ ทีมพัฒนา ขั้นตอนการพัฒนา การประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ ขั้นตอนการคัดเลือกหลักฐาน การให้ข้อเสนอแนะ การระบุทรัพยากร สิ่งอำนวยความสะดวก หรือการฝึกอบรมที่จำเป็นต้องใช้ในการนำไปสู่การปฏิบัติ อธิบายกระบวนการทดสอบแนวปฏิบัติในกลุ่มผู้ทดลองใช้ ระบุขั้นตอนการปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ หรือผู้เชี่ยวชาญ และจัดทำบรรณานุกรมของหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ที่ใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ

11. ตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก (assessing the guidelines document) แนวปฏิบัติทางคลินิกควรได้รับการตรวจสอบอย่างละเอียดเกี่ยวกับความตรงในเนื้อหา ความเหมาะสม ความยืดหยุ่น และความชัดเจนของแนวปฏิบัติจากกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจประกอบด้วยบุคลากร สถาบันทางสุขภาพและองค์กรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา และการพัฒนาแนวปฏิบัติเป็นการพัฒนาซึ่งมีกระบวนการร่วมกันตัดสินใจอาจพบปัญหาที่ผู้เกี่ยวข้องอาจไม่เห็นด้วย

ตามคำแนะนำของรูปแบบการพัฒนา แต่ทีมพัฒนานำความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุง และนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้

12. การปรึกษาผู้ไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง (consultation) เพื่อเป็นการร่วมกันพิจารณาเกี่ยวกับการตัดสินใจในข้อเสนอแนะของการปฏิบัติที่กำหนดไว้ในแนวปฏิบัติที่จัดทำขึ้น ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ใช่ทีมพัฒนาอาจเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ให้การดูแลสุขภาพ ผู้รับบริการ หรือผู้บริหารองค์กร เป็นต้น ซึ่งการปรึกษาผู้ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องอาจทำในรูปของประชาพิจารณ์ หรือการเสวนา และหลังจากนั้นคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกจะสรุปผลการแสดงความคิดเห็น นำผลที่ได้ไปปรับปรุงแก้ไขตามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง

การพัฒนาแนวปฏิบัติตามขั้นตอนของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติอย่างเป็นระบบตามหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ การพัฒนาแนวปฏิบัติที่มีวิธีการสังเคราะห์หลักฐานที่น่าเชื่อถือและมีการปรึกษาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่มีได้ร่วมในทีมพัฒนา รวมทั้งประเมินแนวปฏิบัติโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ทำให้ได้แนวปฏิบัติที่มีความน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับ

สำหรับแนวทางในการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีประสิทธิภาพในปัจจุบันมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มระดับของผลลัพธ์ทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เน้นบทบาทของผู้ป่วยเป็นหลัก เพื่อจำกัดการเปลี่ยนแปลงของโรคไม่ให้แย่ลง เป็นการรักษาแบบใช้ยาร่วมกับการรักษาโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต การออกกำลังกายอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ การงดดื่มแอลกอฮอล์และการเลิกสูบบุหรี่ (National Heart Foundation of Australia, 2006) และการรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มพิเศษและต้องได้รับการดูแลรักษาเฉพาะ สิ่งสำคัญของการรักษาคือการควบคุมพฤติกรรมที่จะเพิ่มความเสี่ยงให้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและการทำงานของหัวใจที่แย่ลงจนทำให้อาการของโรคกำเริบ รวมถึงต้องได้รับการประเมินปัญหาเพื่อหาสาเหตุต่างๆ อย่างรวดเร็ว ต้องมีการดูแลเฉพาะเป็นรายบุคคล ในการจัดการกับปัจจัยต่างๆ ที่มีความเสี่ยงต่อความรุนแรงของโรคเป็นวิธีที่สามารถช่วยลดผลกระทบต่างๆ ที่จะเกิดกับผู้สูงอายุได้ (American Heart Association, 2005) จึงเป็นเหตุผลให้พยาบาลควรมีการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับรู้ถึงภาวะของโรค การดำเนินของโรค ปัจจัยเสี่ยงของโรค แนวทางการรักษาต่างๆ รวมทั้งสนับสนุนให้ระบุและปรับพฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง สนับสนุนให้รับรู้ถึงความจำเป็นที่ต้องจัดการตนเองเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและสามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมกับความเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล แต่เนื่องจากการรักษาโดยไม่ใช้ยานั้น เป็นวิธีที่เน้นให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม บทบาทหลักจึงเป็นของผู้ป่วย พยาบาลเป็นผู้ที่ช่วยสนับสนุนซึ่งการสนับสนุนด้านการให้ความรู้ การฝึกทักษะ การสนับสนุนทางด้านจิตใจ เหล่านี้ล้วนเป็นการ

ปฏิบัติการพยาบาลที่แสดงถึงบทบาทที่เป็นอิสระของวิชาชีพ ที่จะสามารถจัดการแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยได้ จึงมีความจำเป็นที่พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวให้ครอบคลุมทุกด้าน และต้องมีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน มาประกอบการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ผู้ศึกษาตระหนักถึงความจำเป็นของการจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อใช้เป็นเครื่องมือสำหรับสนับสนุนการจัดการตนเองและฝึกทักษะการจัดการตนเองให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้พยาบาลผู้ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทุกระดับชั้นสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีมาตรฐานเดียวกัน และเกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการมากที่สุด

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ใช้แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองตามหลัก 5A's ประกอบด้วย 1) การประเมิน (assess) โดยประเมินภาวะสุขภาพ ความรู้ การทำหน้าที่ และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย และครอบครัว 2) การให้คำแนะนำ (advice) เกี่ยวกับข้อมูลด้านความเสี่ยงของภาวะสุขภาพและประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3) การกำหนดข้อตกลงร่วมกัน (agree) ภายใต้อำนาจของความรู้ความเข้าใจของปัญหาพฤติกรรมสุขภาพและระดับความมั่นใจในความสามารถที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นๆ รวมถึงการวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละบุคคล 4) การให้การช่วยเหลือ (assist) โดยการช่วยระบุสิ่งที่เป็อุปสรรค การเสนอกลยุทธ์ในการจัดการกับปัญหาอุปสรรค การสนับสนุนด้านแหล่งประโยชน์ในสังคม สิ่งแวดล้อม การช่วยเหลือด้านความรู้และการฝึกทักษะให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลจัดการกับปัญหาของตนเองได้ 5) การทบทวน ติดตาม ประเมินผลการปฏิบัติ (arrange) เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการปฏิบัติและช่วยแก้ไขปัญหาคับข้องใจของผู้ป่วย สำหรับการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลใช้แนวคิดการพัฒนาตามกรอบของสภาวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) ประกอบด้วย 12 ขั้นตอน ได้แก่ 1) กำหนดความต้องการและขอบเขตของแนวปฏิบัติการพยาบาล 2) กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล 3) กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายของแนวปฏิบัติการพยาบาล 4) กำหนดผลลัพธ์ด้านสุขภาพ 5) ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ 6) ยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาล 7) กำหนดแผนการเผยแพร่และแผนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล 8) กำหนดแผนการประเมินผลและแผนปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติการพยาบาล 9) จัดทำรายงานเนื้อหาสาระของแนวปฏิบัติ การพยาบาล 10) จัดทำรายงานกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล 11)

ตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกและทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลและปรับปรุงแก้ไข 12) ปรึกษาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ได้เข้าร่วมการพัฒนาแนวปฏิบัติ



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved