

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมเนื้อหาต่าง ๆ โดยครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. ภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 สาเหตุ
 - 1.3 พยาธิสรีรภาพของภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 1.4 ผลกระทบของภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 1.5 อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 1.6 การตรวจวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 1.7 การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว
2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
3. การจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
4. แนวคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
5. แนวปฏิบัติทางคลินิกในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลว

ความหมาย

ภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง กลุ่มอาการทางคลินิกที่มีผลลัพธ์มาจาก โครงสร้างหรือการทำงานที่ผิดปกติ ทำให้หัวใจห้องล่างไม่สามารถรับหรือบีบเลือดออกจากร่างกายได้อย่างพอเพียง กับความต้องการทั้งในขณะพักหรือขณะออกแรง ทำให้มีอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว คือ หายใจลำบาก อ่อนเพลีย ความทนในการทำกิจกรรมลดลง อาจทำให้มีน้ำคั่งที่ปอด และบวมที่ส่วนปลาย (Hunt et al., 2005; Tully, 2002)

สาเหตุ

โดยแบ่งสาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลวเป็น 2 กลุ่ม คือ เกิดจากหัวใจและไม่ได้เกิดจากหัวใจ

ภาวะหัวใจล้มเหลวที่เกิดจากหัวใจจะมีความผิดปกติทั้งโครงสร้างและการทำหน้าที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของหัวใจ มีการยืดขยาย หรือโตขึ้นของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างของหัวใจ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคความดันโลหิตสูง (Hunt et al., 2005)

ภาวะหัวใจล้มเหลวที่ไม่ได้เกิดจากหัวใจ จะไม่มีความเกี่ยวข้องทางด้านโครงสร้าง และการทำหน้าที่ของหัวใจ แต่จะเกี่ยวข้องกับความต้องการการใช้ออกซิเจนของร่างกายที่เพิ่มมากขึ้น เช่น โรคโลหิตจาง ัธรรยด์เป็นพิษ การตั้งครรภ์ หัวใจเต้นผิดจังหวะ และไตวาย นอกจากนี้หัวใจอาจทำงานหนักมากขึ้น จากปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มขึ้น ของเมตาบอลิซึม เช่น ความเครียดทางด้านร่างกายและจิตใจ เบาหวาน การสูบบุหรี่ ความอ้วน จากการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่ามีสาเหตุจาก ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไ้มนในเลือดสูงและกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Braunstein et al., 2003; Lloyd-Jones et al., 2002; Masoudi, Havranek, & Krumholz, 2002)

พยาธิสรีรภาพของภาวะหัวใจล้มเหลว

เป็นการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดจากความเสียหายที่เกิดขึ้นกับกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้หน้าที่ของเซลล์ของเนื้อเยื่อกล้ามเนื้อหัวใจลดลงหรืออาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง โดยไม่ทำให้เกิดความเสียหายโดยตรง การเปลี่ยนแปลงนี้อาจเกิดแบบเฉียบพลัน หรือเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป หรืออาจเป็นลักษณะที่ถูกถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ แต่ไม่ว่าจะเป็นแบบไหนผลที่เกิดขึ้นก็ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจลดลง ทำให้กระดุนกลไกการชดเชยของร่างกายช่วยพุงให้การทำงานของหัวใจและหลอดเลือดกลับสู่สภาพปกติ แต่เมื่อเวลาผ่านไปนานการกระดุนกลไกชดเชยอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้มีความเสียหายต่อหัวใจทำให้มีการเสื่อมลงของหน้าที่ของหัวใจห้องล่างซ้าย และมีการกระดุนของระบบประสาทซิมพาธิคทำงานมากขึ้น การหลั่งนิวโรซอร์โมน เมดิเอเตอร์ต่าง ๆ มากมาย ซึ่งย้อนมามีผลต่อหัวใจ การเปลี่ยนแปลงทั้งขนาด รูปร่าง และการทำงาน เสื่อมลงมากกว่าเดิมทำให้เกิดภาวะการชดเชยหัวใจลดลงผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการหัวใจล้มเหลว (เบญจมาศ วงศ์มณีวรรณ, 2547)

ผลกระทบของภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ดังต่อไปนี้

1. ด้านร่างกาย จากภาวะของโรคที่ทำให้เกิดอาการหอบเหนื่อย อาการอ่อนล้า ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถออกกำลังกายหรือการทำกิจวัตรประจำวันได้ลดลง การนอนหลับพักผ่อนลดลง จากอาการหอบเหนื่อยและจากการปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืนจากเลือดไปเลี้ยงไตมากขึ้น (เบญจมาศ วงศ์มณีวรรณ, 2547)

2. ด้านจิตใจ เนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย อย่างถาวร จากความไม่แน่นอนเกี่ยวกับอาการของโรคที่เกิดขึ้น เช่น อาการเหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย เจ็บหน้าอก ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกวิตกกังวล กลัว เบื่อหน่าย รวมทั้งรบกวนการดำเนินชีวิต ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การรับรู้ลดลง สูญเสียพลังอำนาจ (จารูวรรณ นุ่นลอย, 2552)

3. ด้านสังคม ทำให้ทรัพยากรบุคคลของประเทศชาติซึ่งเป็นทรัพยากรที่สำคัญที่สุด มีศักยภาพลดลง ผู้ป่วยบางรายมีอาการบวม อาการหอบเหนื่อยและอ่อนล้า ทำให้สูญเสียภาพลักษณ์ ผู้ป่วยจึงขาดการติดต่อปฏิสัมพันธ์กับสังคม

4. ด้านเศรษฐกิจ จากการกำเริบของโรคเป็นครั้งคราว ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ทำให้รัฐต้องใช้งบประมาณในการดูแลรักษา เป็นจำนวนมาก

อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว

อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นผลมาจากประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลง ซึ่งอาการแสดงจากหัวใจล้มเหลวมักเกิดขึ้นเมื่อประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ น้อยกว่าร้อยละ 35 โดยอาการแสดง ดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545; ลิขวรรณ อุณนาภิรักษ์ และคณะ, 2546; ปราณี โทแสง, 2547; House-Fancher & Foell, 2007; Nolan & Zaremabski, 2000)

1. อาการหายใจลำบาก (Dyspnea) เป็นอาการสำคัญที่พบบ่อย ผู้ป่วยต้องออกแรง ในการหายใจ ซึ่งเป็นอาการที่เกิดจากการคั่งของเลือดในปอด เกิดภาวะปอดบวม น้ำ อาการเหนื่อยหอบ มีลักษณะต่าง ๆ ดังนี้

1.1 อาการเหนื่อยง่ายเมื่อมีกิจกรรม (Dyspnea on Exertion) เมื่อความดันของหลอดเลือด ในปอดสูงมากกว่าปกติ ทำให้ปอดขยายตัวลำบาก ผู้ป่วยต้องใช้กล้ามเนื้อในการหายใจมากขึ้น

1.2 อาการหอบในท่าราบ (Orthopnea) ในขณะนอนราบ จะทำให้เลือดดำไหลกลับ เข้าสู่หัวใจมากขึ้น ทำให้มีอาการหอบ จากการมีเลือดคั่งที่ปอดและบวม น้ำ ผู้ป่วยต้องหนุนอาการ หอบเหนื่อยจะลดลง

1.3 อาการหอบในตอนกลางคืน (Paroxysmal Nocturnal Dyspnea: PND) หลังจาก นอนหลับ ผู้ป่วยต้องลุกขึ้นมานั่ง บางคนอาจมีเสียงหัวใจคล้ายคนเป็นหืด เนื่องจากการเกร็งของ หลอดลม

1.4 อาการหอบเหนื่อยจากโรคหัวใจ (Cardiac Dyspnea) มีลักษณะคือ การหายใจเร็ว ตื้น ซึ่งแตกต่างจากการหายใจหอบเร็วที่เนื่องมาจากความกลัวและวิตกกังวลคือ ผู้ป่วยที่มีอาการหอบ จากความวิตกกังวลจะถอนหายใจลึก เนื่องจากผู้ป่วยอาจจะมีความกลัว วิตกกังวล ทำให้หายใจเร็วร่วมกับ

อาการหอบเหนื่อยจากภาวะหัวใจล้มเหลวได้

2. หัวใจเต้นเร็ว (Tachycardia) ระบบประสาทซิมพาเทติกจะกระตุ้นให้หลอดเลือดมีการหดตัว เพิ่มการเต้นของหัวใจ

3. อาการไอ (Cough) เป็นอาการสำคัญของภาวะหัวใจข้างซ้าย การไอมักเกี่ยวข้องกับอาการหอบเหนื่อย จากการมีแรงดันในปอดเพิ่มขึ้น จะมีของเหลวเคลื่อนที่ออกมาล้อมรอบถุงลมและบริเวณหลอดเลือดฝอย ทำให้เกิดการระคายเคือง ผู้ป่วยจึงมีอาการไอ

4. บวม (Edema) คือ การมีน้ำสะสมอย่างผิดปกติในเซลล์ หรือในช่องว่างระหว่างเซลล์ หรือช่องว่างของร่างกาย อาการบวมจะบวมตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งในภาวะหัวใจล้มเหลว จะมีอาการบวมเป็นอาการทั่วไป โดยเฉพาะ ขา ตับ ช่องว่างในท้อง ปอด และตามอวัยวะส่วนปลาย โดยมักจะเริ่มจากส่วนต่ำของร่างกาย เช่น หลังเท้า ข้อเท้า หน้าแข้ง ขาทั้งสองข้าง กรณีผู้ป่วยนอนบนเตียง บวมตามปลายมือและมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ถึงภาวะหัวใจล้มเหลวกำเริบ

5. การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง (Skin Changes) มีการดึงเอาออกซิเจนที่ไปเลี้ยงหลอดเลือดฝอย ทำให้ผู้ป่วยมีผิวหนังเย็น เหงื่อออก

6. พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง (Behavioral Changes) เนื่องจากเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง สมองจึงไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ

7. น้ำหนักเปลี่ยนแปลง (Weight Changes) เริ่มต้นของน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นมาจากมีคั่งของน้ำในร่างกาย มีการสะสมของของเหลวในร่างกาย ทำให้เกิดภาวะน้ำเกิน ทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น สามารถบอกถึงการมีน้ำเกินในร่างกายได้แต่เริ่มแรก

8. ตับโต จากมีน้ำคั่งในตับ และอาจทำให้ปวดท้อง มีน้ำคั่งภายในอวัยวะภายในร่างกาย และเกิดอึดอัดท้อง ท้องมาน เบื่ออาหาร คลื่นไส้ ท้องผูก

9. อาการเหนื่อยล้า (Fatigue) จะเป็นอาการเริ่มแรก และจะมีอาการหลังทำกิจกรรมหรือทำกิจกรรมได้ลดลง ซึ่งถ้ารุนแรงจะทำให้ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้

10. หลอดเลือดดำที่คอโป่ง (Jugular Vein Engorgement) เมื่อหัวใจข้างขวาล้มเหลว ความดันในเวนทริเคิลขวาสูงจากเลือดคั่ง จึงมีแรงดันการไหลของเลือดจากเอเทรียมขวาสู่เวนทริเคิล และแรงดันนี้จะดันการไหลของเลือดเข้าสู่หัวใจห้องบนขวาคือหลอดเลือด Vena Cava และหลอดเลือดดำที่คอ จึงส่งผลให้หลอดเลือดดำที่คอโป่ง

การตรวจวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลว

การตรวจวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องอาศัยการซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างละเอียด ร่วมกับการและการแสดงที่พบ และยังสามารถตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้

1. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram) การเปลี่ยนแปลงไม่มีลักษณะที่เฉพาะเจาะจง เช่น มีห้องหัวใจขวาและซ้ายล่างโต หัวใจขวามโต กล้ามเนื้อหัวใจตายเก่า หัวใจห้องบนเต้นเร็วกว่าปกติ จากการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 159 ราย ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติร้อยละ 36 (เบญจมาศ วงศ์มณีวรรณ, 2547)

2. การถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray) ควรทำทุกราย สิ่งที่น่าสังเกตพบได้คือ ขนาดรูปร่างของเงาหัวใจที่โต ภาวะน้ำคั่งที่ปอด จากการสำรวจผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 9,262 ราย พบถ่ายภาพรังสีทรวงอกผิดปกติร้อยละ 72 พบขนาดรูปร่างของเงาหัวใจที่โตร้อยละ 54 (Cleland et al., 2002)

3. การตรวจคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง (Echocardiogram) เป็นวิธีการตรวจโดยอาศัยหลักการของคลื่นเสียงที่มีความถี่สูงผ่านบริเวณทรวงอกเข้าไปที่หัวใจ ทำให้เห็นโครงสร้างภายในบริเวณที่ตรวจ ช่วยในการประเมินพยาธิสภาพของกล้ามเนื้อหัวใจ ลิ้นหัวใจ โรคของเยื่อหุ้มหัวใจ และประเมินการทำหน้าที่ของหัวใจห้องล่าง

4. การตรวจหาบีโตนั่ม แนนทริอูเรติก เปปไทด์ (B-type Natriuretic Peptide: BNP) เป็นวิธีการตรวจวินิจฉัยแบบใหม่ในปัจจุบัน โดยจะเป็นการตรวจหาสารชนิดหนึ่ง คือ สารบีเอ็นพี ซึ่งสารนี้จะถูกหลั่งออกมาจากหัวใจห้องล่างเป็นหลัก อันเป็นผลมาจากการที่ความดันในห้องหัวใจสูงขึ้นทำให้ผนังห้องหัวใจถูกขยายออก จากผลการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 1,586 ราย ที่มาตรวจแผนกฉุกเฉินด้วยอาการเหนื่อย พบว่าระดับ BNP 100 pg/ml ใช้วินิจฉัยหัวใจล้มเหลวได้แม่นยำร้อยละ 83.4 เมื่อเทียบกับการวินิจฉัยโดยแพทย์โรคหัวใจ (Maisel et al., 2002)

5. การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ควรตรวจในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (เบญจมาศ วงศ์มณีวรรณ, 2547)

5.1 การตรวจนับเม็ดเลือดแดง เพื่อติดตามผลฮีโมโกลบินและค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง มีประโยชน์ในการวินิจฉัยภาวะซีด

5.2 ตรวจการทำหน้าที่ของไต เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาปรับขนาดของยาขับปัสสาวะ การใช้ยา (ACE-inhibitors) และดิจิตาลิส (Digitalis)

5.3 ตรวจอิเล็กโทรไลต์ เพื่อติดตามระดับโซเดียม โพแทสเซียม

5.4 ตรวจปัสสาวะ ตรวจดูระดับโปรตีน น้ำตาลที่ขับออกทางไตเพื่อวินิจฉัยโรคทางไตและโรคเบาหวาน

5.5 ตรวจการทำงานของต่อมไทรอยด์ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นแบบหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติ

5.6 ตรวจหน้าที่ของตับโดยการตรวจจากเลือดเพื่อประเมินภาวะน้ำคั่งของตับ

การแบ่งระดับความรุนแรงของ New York Heart Association (NYHA) ตามความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551; ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล, 2550; Hunt et al., 2005; Jessup et al., 2009)

ความรุนแรงระดับที่ 1 (Class 1) ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมทั่วไป เช่น ล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร ขับถ่าย เดินราบ การทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยทำได้ตามปกติ โดยไม่มีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ใจสั่น หายใจลำบาก หรือเจ็บหน้าอก

ความรุนแรงระดับที่ 2 (Class 2) ผู้ป่วยมีความจำกัดในการทำกิจกรรมเล็กน้อย เมื่อมีกิจกรรมตามปกติ จะทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ใจสั่น หายใจลำบาก หรือเจ็บหน้าอก จะรู้สึกสบายเมื่อได้พัก

ความรุนแรงระดับที่ 3 (Class 3) ผู้ป่วยมีขีดจำกัดในการทำกิจกรรมอย่างชัดเจน เมื่อทำกิจกรรมเบา ๆ ที่น้อยกว่ากิจกรรมธรรมดา จะมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ใจสั่น หายใจลำบาก หรือเจ็บหน้าอก จะรู้สึกสบายเมื่อได้พัก

ความรุนแรงระดับที่ 4 (Class 4) ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เลย จะมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ใจสั่น หายใจลำบาก หรือเจ็บหน้าอก แม้ว่าจะอยู่ในขณะพัก และเมื่อทำกิจกรรมอาการต่าง ๆ จะเพิ่มขึ้นมาก

การแบ่งระยะของภาวะหัวใจล้มเหลวตามการดำเนินโรค

การแบ่งระยะของภาวะหัวใจล้มเหลวตามระยะของโรคของ American College of Cardiology และ American Heart Association จากผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง และมีโอกาสที่จะเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว โดยแบ่งเป็น 4 ระยะคือ

ระยะที่ 1 (Stage A) ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดหัวใจล้มเหลว แต่ยังไม่มีความผิดปกติของหัวใจ และยังไม่มีอาการ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน สูบบุหรี่ มีประวัติโรคหัวใจในครอบครัว หรือได้รับสารที่มีผลต่อการทำงานของหัวใจ เช่น ยาเคมีบำบัด แอลกอฮอล์

ระยะที่ 2 (Stage B) ผู้ป่วยมีความผิดปกติในโครงสร้างของหัวใจ เช่น กล้ามเนื้อหัวใจหนา ลิ้นหัวใจรั่วไม่รุนแรง กล้ามเนื้อหัวใจตายบางส่วน แต่ไม่มีอาการหรืออาการแสดง

ระยะที่ 3 (Stage C) ผู้ป่วยมีความผิดปกติในโครงสร้างของหัวใจ ร่วมกับอาการหัวใจล้มเหลว แต่ควบคุมอาการได้ด้วยการรักษาตามมาตรฐาน

ระยะที่ 4 (Stage D) ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง และไม่ตอบสนองต่อการรักษาตามมาตรฐาน ต้องได้รับการรักษาพิเศษ โดยการใช้เครื่องมือช่วยพุงการทำงานของหัวใจ หรือต้องได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ

การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว

ตารางที่ 1 แนวทางการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของ American Heart Association ในปี ค.ศ. 2009

ACC/ AHA Guidelines	การรักษา
ระยะที่ 1 (Stage A) ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดหัวใจล้มเหลว แต่ยังไม่มีความผิดปกติของหัวใจ และยังไม่มีอาการ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน สูบบุหรี่ มีประวัติโรคหัวใจในครอบครัว หรือได้รับสารที่มีผลต่อการทำงานของหัวใจ เช่น ยาเคมีบำบัด แอลกอฮอล์	- Treat Hypertension - Encourage Smoking - Treat Lipid Disorder - Encourage Regular Exercise - Discourage Alcohol Intake - Control Metabolic Syndrome
	ยาที่ใช้
ระยะที่ 2 (Stage B) ผู้ป่วยมีความผิดปกติในโครงสร้างของหัวใจ เช่น กล้ามเนื้อหัวใจหนา ลิ้นหัวใจรั่วไม่รุนแรง กล้ามเนื้อหัวใจตายบางส่วน แต่ไม่มีอาการหรืออาการแสดง	- ACEI or ARB - การรักษาทั้งหมดใน Stage A
	ยาที่ใช้
	- ให้ยา ACEI or ARB - ให้ยา Beta-blockers ยกเว้นมีข้อห้าม
ระยะที่ 3 (Stage C) ผู้ป่วยมีความผิดปกติในโครงสร้างของหัวใจ ร่วมกับอาการหัวใจล้มเหลว แต่ควบคุมอาการได้ด้วยการรักษาตามมาตรฐาน	- การรักษาทั้งหมดใน Stage A และ B - จำกัดเกลือในอาหาร
	ยาที่ใช้
	- Diuretic for Fluid Retention - ACEI - Beta-blockers
	พิจารณายาที่ใช้ให้เหมาะกับผู้ป่วย
	- Aldosterone Antagonist - ARBs - Digitalis - Hydralazine/ nitrates

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ACC/ AHA Guidelines	การรักษา
	Devices in Selected Patients
	- Biventricular Pacing
	- Implantable Defibrillators
ระยะที่ 4 (Stage D) ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง	- การรักษาทั้งหมดใน Stage A, B, C
และไม่ตอบสนองต่อการรักษาตาม	- Compassionate End-of-life Care/ hospice
มาตรฐาน ต้องได้รับการรักษาพิเศษ โดย	- Heart Transplant
การใช้เครื่องมือช่วยพยุงการทำงานของ	- Chronic Inotropes
หัวใจ หรือต้องได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ	

แนวทางการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวจึงประกอบด้วย

1. การรักษาโดยใช้ยา โดยมียาที่สำคัญคือ

1.1 ยายขยายหลอดเลือด ซึ่งเป็นยาช่วยลดแรงต้านทานของหลอดเลือดและลดการคั่งของเลือดในหัวใจ ซึ่งมีทั้งยายขยายหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ

1.1.1 ยากลุ่ม Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor (ACE-I) เป็นยาที่ยับยั้งการดูดกลับของน้ำและ โซเดียมในร่างกาย ยายขยายหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ ลดทั้ง Preload และ Afterload ซึ่งสามารถลดอัตราการตาย จากหัวใจหยุดเต้นได้ (House-Fancher & Foell, 2007) จากการศึกษาผลของยา ACEI ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวมีมากกว่า 30 การศึกษา โดยมีจำนวนผู้ป่วยมากกว่า 7000 คน ส่วนใหญ่ในผู้ป่วยที่มีค่า LVEF ร้อยละ 35-40 ผลการศึกษาพบว่ายา ACEI ลดอัตราการเสียชีวิต การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการหัวใจล้มเหลวและชะลอการดำเนินโรคได้ดีในผู้ป่วยทุกกลุ่ม ผู้ป่วยทุกรายที่มีการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติจึงต้องได้รับยา ACEI ยกเว้นผู้ป่วยที่มีข้อห้ามในการใช้ยา (Hunt et al., 2005; Remme & Swedberg, 2001)

ผลข้างเคียงของยา

1.1.1.1 อาการไอ เป็นผลข้างเคียงที่พบบ่อยที่สุดทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดยาเอง ถ้าผู้ป่วยมีอาการไอไม่มาก ควรแนะนำให้กินยาต่อ เนื่องจาก ACEI มีประโยชน์มากในระยะยาว ในกรณีที่ไอมากต้องรายงานแพทย์ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551)

1.1.1.2 ไตวาย โดยทั่วไปการใช้ยา ACEI ทำให้ระดับ Creatinine สูงขึ้นมากกว่า 0.3 mg/dl ประมาณร้อยละ 15-30 ของผู้ป่วย (Packer, Medina, & Yushak, 1984)

1.1.1.3 ระดับโพแทสเซียมในเลือดสูง เนื่องจาก ACEI ขยับยั้งการหลั่ง Aldosterone (Dahlen & Robert, 1995)

1.1.1.4 ความดันโลหิตต่ำ พบบ่อยในวันแรกของการรักษาโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับยาขับปัสสาวะหรือมีโซเดียมต่ำกว่า 130 mEq/L (Dahlen & Robert, 1995)

1.1.1.5 Angioedema ผลข้างเคียงนี้พบได้น้อยกว่าร้อยละ 1 แต่อาการรุนแรง ผู้ป่วยมีอาการบวมบริเวณใบหน้า และรอบทางเดินหายใจ จนทำให้ทางเดินหายใจอุดตัน และทำให้เสียชีวิตได้ (Cicardi, Zingale, Bergaschini, & Agostoni, 2004)

1.1.2 ยาประเภทไนเตรท (Nitrates) เช่น Isordil กลไกการออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือดดำช่วยทำให้กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดคลายตัว จึงมีผลทำให้เกิดการขยายตัวทั้งหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดง ทำให้ช่วยลดความดันในหัวใจก่อนหัวใจบีบตัวและขยายหลอดเลือดหัวใจ จึงช่วยลดการทำงานของหัวใจ ลดอาการเจ็บหน้าอก ลดเลือดคั่งในปอด ทำให้อาการของภาวะหัวใจล้มเหลวดีขึ้น (เฉลิมศรี สุวรรณเจตย์ และจุฬารักษ์ สมรูป, 2542)

1.1.3 ยากลุ่มขยายหลอดเลือดแดงโดยตรง เช่น Hydralazine ซึ่งมีผลในการช่วยลดปริมาตรเลือดในหัวใจก่อนการบีบตัว

1.2 ยากลุ่มที่ช่วยเพิ่มแรงในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ (Contractility) ที่สำคัญคือ

1.2.1 ยากลุ่ม Cardiac Glycoside เช่น Digoxin เป็นยาที่มีผลยับยั้งการทำงานของกลไกโซเดียมโพแทสเซียมปั๊มทำให้มีแคลเซียมเข้าสู่เซลล์มากขึ้น ซึ่งช่วยให้กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวแรงขึ้น ทำให้ปริมาตรเลือดออกจากหัวใจเพิ่มมากขึ้น ซึ่งผลข้างเคียงของยาคือ หัวใจเต้นผิดปกติทั้งช้าและเร็ว คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ชีพ สับสน ตามัว มองไม่ชัด เห็นสีเปลี่ยนไปมองเห็นเป็นจุดวงกลม หรือรัศมี (Smeltzer & Bare, 2000) การให้ Digoxin ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวดีขึ้น ปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกก่อนที่จึงเพิ่มขึ้น ทำให้ไตได้รับเลือดไปเลี้ยงมากขึ้น ขยับยั้งการทำงานของระบบซึมพาราเอธิค ทำให้ความต้องการใช้ออกซิเจนของร่างกายลดลง โดยมีแนวทางดังนี้ (Hunt et al., 2005)

1.2.1.1 ขนาดของยาที่ใช้คือ 0.12-0.25 mg/ วัน และไม่มีความจำเป็นต้องให้ยาในขนาดสูงในครั้งแรก ผู้ป่วยสูงอายุ น้ำหนักตัวน้อย หรือการทำงานของไตผิดปกติอาจต้องลดยาเป็น 0.125 mg/ วัน (Hunt et al., 2005)

1.2.1.2 ผู้ป่วยควรได้รับการเจาะเลือดตรวจระดับยาหลังการรักษา 14-21 วัน ระดับยาอยู่ระหว่าง 0.5-0.9 ng/ml (Gheorghide, van Veldhuisen, & Colucci, 2006)

1.2.1.3 สังเกตอาการที่เกิดจาก Digoxin เป็นพิษ ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร การมองเห็นภาพผิดปกติ มีอาการสับสน ระดับโพแทสเซียมผิดปกติ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545)

1.2.1.4 ต้องสอนผู้ป่วยนับชีพจรก่อนรับประทานยาทุกครั้ง ถ้าชีพจรเต้นไม่สม่ำเสมอ หรือช้ามากกว่า 60 ครั้ง/ นาที ควรรับประทานยาในมือนั้น ๆ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545)

1.2.2 ยากลุ่มต้านเบต้า (Beta-blockers) เป็นยาลดอัตราการเต้นของหัวใจ ทำให้มีการไหลของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ดีขึ้น ช่วยป้องกันการปรับเปลี่ยนรูปร่างและขนาดของหัวใจห้องล่าง ทำให้หัวใจไม่ขยายขนาดและไม่หนาตัวมากขึ้น หัวใจจึงทำงานอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น อาการข้างเคียงของยา ได้แก่ หัวใจเต้นช้า อาการล้า อาการหอบหืดกำเริบ จึงห้ามใช้ยากลุ่มนี้ในผู้ป่วยโรคหอบหืด และอาการหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันในระยะแรกของการใช้ยา ผู้ป่วยไม่ควรหยุดยาเอง เพราะการหยุดยาทันทีจะทำให้อาการหัวใจล้มเหลวรุนแรงกว่าเดิมได้ (รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิช และอภิชาติ สุคนสรพร, 2547)

1.3 ยาขับปัสสาวะ (Diuretic) เป็นยาช่วยลดการคั่งของน้ำและเกลือโซเดียมซึ่งจะช่วยลดปริมาณของเลือดก่อนหัวใจบีบตัว และลดอาการของน้ำคั่งที่ปอดหรืออาการบวมบริเวณอวัยวะส่วนปลาย โดยทั่วไปถ้าผู้ป่วยมีการทำงานของไตดีและมีอาการของน้ำคั่งที่ปอด ไม่มาก จะพิจารณาใช้ยาขับปัสสาวะกลุ่มไทอะไซด์ (Thiazides) แทน แต่ถ้ามีการทำงานของไตไม่ดีโดยเฉพาะมีค่าอัตราการกรองของไตน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อนาที หรือมีอาการรุนแรงมากจะพิจารณาใช้ยาฟูโรซีไมด์ (Furozemide) ซึ่งเป็นยาขับปัสสาวะในกลุ่มที่ออกฤทธิ์บริเวณท่อไตส่วน Loop of Henle มีผลให้มีการขับน้ำและโซเดียมได้มากกว่า

1.4 ยาด้านตัวรับแองจิโอเทนซินทู Angiotensin II Receptor Antagonists (ARBs) ออกฤทธิ์ต้านตัวรับแองจิโอเทนซินทูโดยตรง ยากลุ่มเออาร์บีเป็นยาที่ใช้แทนยากลุ่มเอซีอีไอในกรณีที่ผู้ป่วยทนต่อการได้รับยากลุ่มเอซีอีไอไม่ได้ หรือใช้ร่วมกับยากลุ่มเอซีอีไอเพื่อเพิ่มประโยชน์ในการลดการเสียชีวิต และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากภาวะหัวใจล้มเหลว ยากลุ่มนี้มีผลข้างเคียงน้อยกว่าและผู้ป่วยทนการรักษาได้ดีกว่ายากลุ่มเอซีอีไอ แต่ในทางปฏิบัติกลับนำมาใช้น้อยเนื่องจากข้อจำกัดด้านราคา (นิริมา เชาวลิต และคำรัส ตรีสุโกศล, 2545)

ตารางที่ 2 ขนาดของยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Hunt et al., 2005)

ยา	ขนาดเริ่มต้น	ขนาดสูงสุด
ACE Inhibitors		
Captopril	6.25 mg 3 ครั้ง	50 mg 3 ครั้ง
Enalapril	2.5 mg 2 ครั้ง	10-20 mg 2 ครั้ง

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ยา	ขนาดเริ่มต้น	ขนาดสูงสุด
Fosinopril	5-10 mg 1 ครั้ง	40 mg 1 ครั้ง
Lisinopril	2.5-5 mg 1 ครั้ง	20-40 mg 1 ครั้ง
Perindopril	2 mg 1 ครั้ง	8-16 mg 1 ครั้ง
Quinapril	5 mg 2 ครั้ง	20 mg 2 ครั้ง
Ramipril	1.25-2.5 mg 1 ครั้ง	10 mg 1 ครั้ง
Trandolapril	1 mg 1 ครั้ง	4 mg 1 ครั้ง
Angiotensin Receptor Blockers		
Candesartan	4-8 mg 1 ครั้ง	32 mg 1 ครั้ง
Losartan	25-50 mg 1 ครั้ง	50-100 mg 1 ครั้ง
Valsartan	20-40 mg 2 ครั้ง	160 mg 2 ครั้ง
Beta-blockers		
Bisoprolol	1.25 mg 1 ครั้ง	10 mg 1 ครั้ง
Carvedilol	3.125 mg 2 ครั้ง	25 mg 2 ครั้ง (50 mg 2 ครั้งสำหรับผู้ป่วย น้ำหนัก > 85 กิโลกรัม)

1.5 ยาโดบูตามีน (Dobutamine) กลไกการออกฤทธิ์โดยการกระตุ้นตัวรับเบต้าวันที กล้ามเนื้อหัวใจโดยตรง ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจหดตัวดีขึ้นทำให้เลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที เพิ่มขึ้น ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวเพิ่มมากกว่าความดันขณะหัวใจคลายตัว จึงพบว่า ค่าความต่างระหว่างความดันโลหิตซิสโตลิกกับไดแอสโตลิกเพิ่มขึ้น เลือดไปเลี้ยงไตและ อวัยวะต่างเพิ่มขึ้น เป็นการลดความต้านทานเส้นเลือดแดงทั้งหมดหลังหัวใจบีบตัว (Afterload) การตอบสนองต่อระบบไหลเวียนเป็นลักษณะเส้นตรงตั้งแต่ 2-20 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัมต่อนาที ปริมาณเลือดที่หัวใจบีบตัวออกใน 1 นาที จะเพิ่มขึ้นเมื่อขนาดยาเพิ่มขึ้น แรงต้านทานของหลอดเลือด ลดลงหรือคงเดิม ดังนั้นความดันโลหิตจึงไม่ค่อยเปลี่ยนแปลงแต่ทำให้ความดันในหลอดเลือดฝอย ในปอดลดลง การใช้ยาใช้หยดทางหลอดเลือดดำขนาด 2-3 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัมต่อนาที ค่อยๆ เพิ่มขนาดยาทุก 10-30 นาที จนกว่าจะได้ผลตามต้องการ พบว่าได้ผลดีในขนาด 5-10 ไมโครกรัมต่อ กิโลกรัมต่อนาทีและจะมีผลข้างเคียงถ้าขนาดมากกว่า 15 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัมต่อนาที ยาออกฤทธิ์

616.492
E627.4

293679

ภายใน 2 นาที มีผลมากที่สุดภายใน 10 นาที การใช้ยานานเกิน 72 ชั่วโมง อาจเกิดภาวะค้ำอียานอกจากนั้น อาจมีอาการคลื่นไส้ ปวดศีรษะ ใจสั่น หายใจขัด แน่นหน้าอก และทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนสูงขึ้น (เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์ และจุฬารักษ์ สมรูป, 2542 อ้างถึงใน เบญจมาศ วงศ์ฉวีวรรณ, 2547)

1.6 ยา Statin มีประสิทธิภาพมากในการลดไขมัน ลดอัตราการตาย อัตราการป่วยจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และใช้ป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด AF (Liu, Li, Korantzopoulos, Liu, & Li, 2008)

2. การผ่าตัดและการรักษาด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์ (Surgery and Devices) ได้แก่ การเปิดทางเดินของหลอดเลือดหัวใจ (Revascularization) เป็นการผ่าตัดที่มีสาเหตุมาจากโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีตีบ การใส่เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจ (Cardiac Resynchronization) ในผู้ป่วยที่มีข้อบกพร่องในเรื่องการเต้นของหัวใจที่ซ้ำผิดปกติหรือมีการบีบตัวของหัวใจห้องล่างที่ไม่พร้อมเพรียงกัน การใส่เครื่องช็อกหัวใจชนิดฝังแบบอัตโนมัติ (Autonormic Implantable Cardioverter Defibrillator) ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจห้องล่างเต้นเร็วผิดปกติหรือหัวใจห้องล่างเต้นสั่นพลิ้ว การใส่อุปกรณ์ช่วยพุงการไหลเวียน (Mechanical Circulatory Support System) เป็นอุปกรณ์สำหรับพุงและช่วยเหลือหัวใจในการทำงานเพื่อบีบเลือดไปเลี้ยงร่างกาย การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (Heart Transplant) ในผู้ป่วยที่มีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้าย และไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่นได้

3. การรักษาด้วย IV Inotrope จะนำมาใช้ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ไม่มีทางเลือกหรือรอการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ ผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลง และมีการยืดขยายของห้องหัวใจมากขึ้น (อังฉรา เตชฤทธิพิทักษ์, 2547 อ้างถึงใน มะลิวรรณ อังคนิตย์, 2548)

4. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง (รังสฤษฎ์ กาญจนวณิชช์ และอภิชาต สุนทรทรัพย์, 2547) เป็นการรักษาแบบระดับประคองเพื่อลดการทำงานของหัวใจ ช่วยชะลอความเสื่อมของพยาธิสภาพของโรคไม่ให้รุนแรงขึ้น ซึ่งสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่ ต้องกลับเข้ามานอนรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องขาดความต่อเนื่อง ในเรื่องการจำกัดน้ำดื่มและอาหารรสเค็ม การควบคุมโซเดียม การติดเชื้อ การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง การไม่มาตรวจตามนัด และขาดการวางแผนจำหน่ายที่ดี (Jaarsma & Dracup, 2001; Phrommintikul, Kanjanavanit, Amaritakomol, Topaiboon, Wiangosot, & Wongnal, 2002; Saunders, 2003) ดังนั้นการให้ความรู้ และการฝึกปฏิบัติ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ไม่เกิดอาการกำเริบของโรค

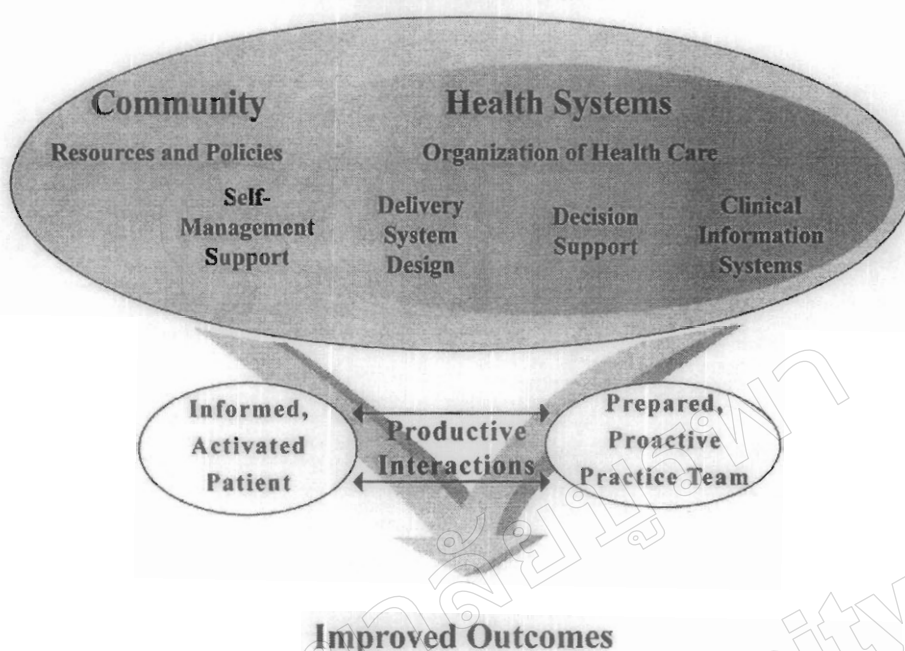
รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นแนวคิดทฤษฎีที่มีการนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคหอบหืด ภาวะหัวใจล้มเหลว ทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยและพัฒนาคุณภาพในการดูแลมากยิ่งขึ้น ซึ่งรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังประกอบด้วยองค์ประกอบดังต่อไปนี้

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ของ เวคเนอร์ และคณะ (Wagner et al., 1999) ซึ่งในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้แบ่งเป็น 6 องค์ประกอบ คือ

1. ชุมชน (Community Resources and Policies) มีการพัฒนาการดูแลให้เป็นหุ้นส่วนกับองค์กรในชุมชน เพื่อสนับสนุนและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย เช่น การสนับสนุนให้กำลังใจ การส่งต่อสู่ชุมชน เป็นต้น
2. ระบบการดูแลสุขภาพ (Health System) มีการออกแบบและวางแผนระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
3. การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง (Self-management Support) จะเน้นให้ผู้ป่วยเป็นผู้ดูแลสุขภาพของตนเอง ให้มีความมั่นใจในการจัดการดูแลความเจ็บป่วยของตนเอง
4. การออกแบบระบบการให้บริการ (Delivery System Design) มีการจัดตั้งทีมในการดูแลผู้ป่วยและมีการแบ่งงานกันอย่างชัดเจน เช่น ทีมที่ออกเยี่ยมและติดตามผู้ป่วย เป็นต้น
5. การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Support) มีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก
6. ระบบข้อมูลทางคลินิก (Clinical Information System) มีการพัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วยเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพถูกต้องและตรงกันของผู้ป่วย เช่น ข้อมูลการมาตรวจตามนัด เป็นต้น

The Chronic Care Model



ภาพที่ 2 The Chronic Care Model (Wagner et al., 1999)

จากการทบทวนงานวิจัยที่มีการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาใช้ พบว่าจากการทบทวนวรรณกรรมของ โซไมโนรีโอ และคณะ (Siminerio et al., 2006) ที่มหาวิทยาลัยพิทส์เบิร์ก เมดคอล เซ็นเตอร์ (Pittsburgh Medical Center) และโรงพยาบาลชุมชนในเพนซิลเวเนีย (Pennsylvannian) มีการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานที่ โดยใช้ทั้ง 6 องค์ประกอบของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สามารถสนับสนุนการบริหารและการขยายโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจาก 3 เป็น 21 และพบว่าค่าใช้จ่ายลดลง โดยทำให้ได้รับเงินคืนเพิ่มมากขึ้น ระดับ Hemoglobin A1C ของผู้ป่วยลดลง และผู้ป่วยได้รับการดูแลตามโปรแกรมอย่างเหมาะสมเพิ่มมากขึ้น และจากการศึกษาของ ริช และคณะ (Rich et al., 1995) ที่ศึกษาการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ภายใน 90 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้ 2 องค์ประกอบ คือ การสนับสนุนการจัดการตนเอง และการออกแบบระบบการให้บริการโดยการจัดทีมดูแลแบบสหสาขา และแบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในกลุ่มทดลองมีการให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว การเยี่ยมบ้าน และติดตามทางโทรศัพท์ พบว่าในกลุ่มทดลองผู้ป่วย 91 คนในจำนวน 142 ไม่มีการกลับมารักษาซ้ำ คิดเป็นอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองลดลงร้อยละ 56.2 ส่วนในกลุ่มควบคุมมีการให้ความรู้ พบว่ามีผู้ป่วย 75 คนใน 140 ที่ไม่มีการกลับมารักษาซ้ำ

และผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม และจากการทบทวนงานวิจัยของ โบเดนไฮเมอร์, เวจเนอร์ และกรูมเบซ (Bodenheimer et al., 2002) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้มีการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาใช้ตั้งแต่ 1-4 องค์ประกอบ ได้แก่ การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง การออกแบบระบบการให้บริการ การสนับสนุนการตัดสินใจ และระบบข้อมูลทางคลินิก พบว่าการนำไปใช้ได้ผลถึง 32 งานวิจัยสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และทำให้มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน

จะเห็นว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเน้นให้ระบบการดูแลสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน มีการจัดระบบการดูแลสุขภาพในองค์กรให้ชัดเจน และนำไปเชื่อมโยงกับทรัพยากรจากชุมชน ซึ่งในระบบการดูแลสุขภาพจะมี 4 องค์ประกอบคือ การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง การออกแบบระบบการให้บริการ การสนับสนุนการตัดสินใจ และระบบข้อมูลทางคลินิก ทั้ง 4 องค์ประกอบมีความเชื่อมโยงกัน ก่อให้เกิดระบบการดูแลสุขภาพที่ดียิ่งขึ้นในหน่วยงาน แต่การที่จะนำทั้ง 4 องค์ประกอบมาใช้อาจจะเป็นเรื่องที่ทำได้ยากและต้องใช้เวลา สามารถที่จะเลือกแต่ละองค์ประกอบไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ จึงค่อยมีการพัฒนาที่จะนำทั้ง 6 องค์ประกอบไปใช้ต่อไป

จากงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาประยุกต์ใช้ โดยเน้น 3 องค์ประกอบมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะฟื้นฟูสุขภาพ คือ 1) ระบบการดูแลสุขภาพ 2) การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง 3) การสนับสนุนการตัดสินใจ โดยเน้นให้ระบบการดูแลสุขภาพ คือ ในหน่วยงานให้มีระบบการดูแลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากระบบสุขภาพที่มีการออกแบบระบบการให้บริการเป็นอย่างดี มีการแบ่งงานกัน ในระหว่างทีมบริการสุขภาพ ทำให้มีแนวทางที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อให้บุคลากรมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวไปในแนวทางเดียวกัน จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง (Self-management Support) เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะและความมั่นใจในการจัดการดูแลความเจ็บป่วยของตนเอง โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับ ความหมาย สาเหตุ อาการ การรับประทานอาหารและน้ำ ยาและผลข้างเคียงของยาที่ใช้ ในการรักษา การป้องกันการติดเชื้อ การออกกำลังกาย การปฏิบัติกิจกรรม การพักผ่อน การมาตรวจตามนัด การเฝ้าระวังในเรื่องการเฝ้าระวังและประเมินภาวณ้ำเกินของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และการสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Support) โดยการใช้ความรู้ที่มาจากงานวิจัยและการทบทวนวรรณกรรม เพื่อนำมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

มาใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้ ส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพจากระบบบริการสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีทักษะ มีความสามารถในการดูแลตนเอง จัดการกับอาการที่ผิดปกติได้ ส่งผลให้การกลับมารักษาก่อนกำหนดและค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ลดลง

การจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ความหมายการจัดการตนเอง

เคียร์ (Creer, 2000) กล่าวว่า การจัดการตนเอง เป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยกระทำ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตน เพื่อจัดการควบคุมความเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยตนเอง

การจัดการตนเอง หมายถึง กระบวนการ กิจกรรมหรือกลยุทธ์ที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกระทำการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตน เพื่อควบคุมอาการ ป้องกันการกำเริบ และลดผลกระทบของโรคที่มี ต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยมีบุคลากรในทีมสุขภาพเป็นผู้ให้คำชี้แนะ (วรินทร์ เวียงโสด, 2547)

การจัดการตนเอง หมายถึง กระบวนการเรียนรู้โดยการที่ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ และจัดการกับภาวะการเจ็บป่วย (Riegle, Carlson, & Glaser, 2000)

จากความหมายดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า การจัดการตนเองเป็นกระบวนการเรียนรู้ของ บุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลรักษาสุขภาพ เพื่อควบคุมอาการ และลดผลกระทบของโรค ต่อร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม

แนวคิดการจัดการตนเองของ เคียร์ (Creer, 2000) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนคือ

1. การเลือกเป้าหมาย หมายถึง การได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น การให้ ข้อมูล การสอนและฝึกทักษะการจัดการดูแลตนเอง การตั้งเป้าหมายเป็นกิจกรรมที่เป็นความร่วมมือ ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้การดูแลทางด้านสุขภาพ
2. การรวบรวมข้อมูล หมายถึง การสังเกตตนเองและการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง การติดตามตนเองเป็นพื้นฐานและมีความสำคัญในการจัดการดูแลตนเอง เพื่อให้สำเร็จตาม เป้าหมายและประสบความสำเร็จ
3. การประมวลและประเมินข้อมูล หมายถึง การรวบรวมข้อมูลที่ได้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง ผู้ป่วยต้องสามารถเรียนรู้และประเมินว่ามีการเปลี่ยนแปลง เกิดขึ้น แล้วสามารถตัดสินใจได้
4. การตัดสินใจ หมายถึง การตัดสินใจในการจัดการตนเองหลังจากที่จัดเก็บรวบรวม ข้อมูล จัดทำและประเมินผล เกี่ยวกับการเจ็บป่วย
5. การลงมือปฏิบัติ หมายถึง วิธีการปฏิบัติในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมภาวะเจ็บป่วย เรื้อรัง เพื่อจัดการภาวะเรื้อรังทันที

6. การสะท้อนกลับ หมายถึง การที่บุคคลสามารถประเมินความสามารถของตนเอง การจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีความจำเป็นอย่างมาก เนื่องจาก การที่ผู้ป่วยได้รับความรู้และการฝึกทักษะเพื่อให้สามารถจัดการตนเองจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและควบคุมปัจจัยเสี่ยง จะช่วยลดความเสี่ยง ของพยาธิสภาพของโรคไม่ให้รุนแรงมากขึ้น และลดการทำงานของหัวใจ การจัดการตนเองจึงเป็น วิธีการหนึ่งที่น่าสนใจในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ดังการศึกษาต่อไปนี้

ศิริวรรณ ตั้งวิจิตรสกุล (2550) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เชียงใหม่ จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 15 คน กลุ่มทดลอง 15 คน โปรแกรมการจัดการ ตนเองประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ การให้ความรู้เรื่องโรค การฝึกปฏิบัติการจัดการตนเอง และ การประเมินผล ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวภายหลังที่ได้รับโปรแกรมการจัดการ ตนเองมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และคุณภาพ ชีวิตของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับ โปรแกรมดีกว่าคุณภาพชีวิตของกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .001

ฮิวโก และคณะ (Hugo et al., 2003) ที่ศึกษาความถี่ในการติดตามทางโทรศัพท์หลัง จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และดูผลกระทบหลังจากมีการติดตาม ในเรื่องของอัตราการตาย สาเหตุของการกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยทำการศึกษา ที่ประเทศอาร์เจนตินา ในผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างน้อย 3 เดือนและได้รับการส่งจาก คอมพิวเตอร์ โดยผู้ป่วยในกลุ่มทดลองจะได้รับความรู้ในเรื่อง อาหาร ยาที่ใช้ การสังเกตอาการที่ ผิดปกติ การควบคุมภาวะน้ำเกินโดยการชั่งน้ำหนักทุกวันและสังเกตอาการบวม การทำกิจกรรม ต่าง ๆ การออกกำลังกายทุกวัน ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล จะมีการแจกสมุดบันทึก และติดตามทางโทรศัพท์ทุก 1 สัปดาห์, 2 สัปดาห์และ 1 เดือน โดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญผู้ป่วยภาวะ หัวใจล้มเหลว ส่วนในกลุ่มควบคุมจะไม่มีการติดตามทางโทรศัพท์ ไม่แจกสมุดบันทึก ผลการศึกษาพบว่าการ Readmission ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.02$) แต่ไม่ผลต่ออัตรา การตาย ($p = 0.34$)

ไรท์ และคณะ (Wright et al., 2003) ศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยภาวะ หัวใจล้มเหลว โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยที่เข้าอนรักษในโรงพยาบาล Auckland ได้รับการวินิจฉัย ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว จากอาการและอาการแสดง ในกลุ่มทดลองจะได้รับความรู้ในเรื่องอาการ และอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว การติดตามชั่งน้ำหนัก การใช้ยา การออกกำลังกาย อาหารที่ เหมาะสมกับโรค ส่วนสมุดบันทึกจะมีรายละเอียดเรื่องยา การบันทึกน้ำหนักตัว การมาตรวจตามนัด

และมีการติดตามทางโทรศัพท์และให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ มีการติดตามในระยะเวลา 12 เดือน ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการสอนตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ในการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ระดับความรุนแรงของโรคลดลง สามารถลดการกลับมารักษาซ้ำได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทอด, มอนิกา, โรเบิร์ต และเคท (Todd, Monica, Robert, & Keith, 2005) ที่ศึกษาการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนจำหน่ายกับผลลัพธ์ทางคลินิก โดยทำการศึกษาโดยการสุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ จำนวน 233 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 107 คน กลุ่มควบคุม 116 คน โดยมีค่า Left Ventricular Systolic Dysfunction (EF) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.40 ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการสอนโดยพยาบาลเป็นผู้สอนผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน แต่ละครั้งนาน 60 นาที โดยสอนในเรื่อง สาเหตุของภาวะน้ำเกิน การใช้ยา การจำกัดเกลือ การควบคุมน้ำหนัก การจำกัดน้ำ การงดสูบบุหรี่และแอลกอฮอล์ การสังเกตอาการผิดปกติ ร่วมกับให้คำปรึกษาในการฝึกประเมินภาวะน้ำเกินจากการต่งของเกลือและโซเดียม และมีการติดตามทางโทรศัพท์ทุก 30, 90, 180 ในเรื่องทักษะและความรู้ในเรื่องการดูแลตนเอง ส่วนในกลุ่มควบคุมจะได้รับความรู้ตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีระยะเวลาการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลยาวนานกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.012$) กลุ่มทดลองมีจำนวนวันนอนที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือเสียชีวิตในช่วง 180 วัน น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.009$)

คาลเวล, ปีเตอร์ และดราคัพ (Caldwell et al., 2005) ที่ศึกษาโปรแกรมการเพิ่มความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว โดยมีผู้ป่วยจำนวน 36 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 16 คน กลุ่มควบคุม 20 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการสอนในเรื่อง การจัดการอาการและการจัดการภาวะน้ำเกินและให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ทุก 1 เดือน เป็นระยะเวลา 3 เดือนมีการวัดผลด้านพฤติกรรม โดยแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของยุโรป (European Heart Failure Self-care Behavior Scale) ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง พฤติกรรมการชั่งน้ำหนักด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$, $p < .03$ และ $p < .002$) แต่ระดับความรุนแรงของโรคของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.21$)

ดังนั้นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องได้รับความรู้ การฝึกปฏิบัติการจัดการตนเอง จนเกิดความมั่นใจในความสามารถของตน นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรค และลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจึงต้องมีความรู้ในเรื่องดังต่อไปนี้

1. อาหาร เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับร่างกาย ดังนั้นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจึงต้องมีความรู้ในการจำกัดเกลือโซเดียม เพื่อป้องกันไม่ให้เวนทริเคิลต้องแบกรับภาระหนัก ซึ่งจะส่งผลให้มีการคั่งของน้ำในร่างกายเพิ่มขึ้น ทำให้อาการมีความรุนแรงขึ้น ผู้ป่วยจึงควรปฏิบัติดังนี้

1.1 รับประทานอาหารจำกัดเพื่อจำกัดโซเดียม ควบคุมและลดอาการบวม ในอาหารปกติแต่ละวัน ในระดับไม่รุนแรงให้กินโซเดียม 2.5 กรัม ถ้าระดับรุนแรงมาก ให้จำกัดโซเดียม 500-1000 มิลลิกรัม โดยงดอาหารที่มีรสเค็มทุกชนิด ไม่เค็ม เกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว ผงชูรส ในการประกอบอาหาร และอาหารที่มีรสเค็มเช่น หมูหยอง เนื้อเค็ม ปลาเค็ม อาหารและผลไม้กระป๋อง ขนมหึง ลูกก๊วย ขนมหักต่าง ๆ และถ้าผู้ป่วยไม่มีปัญหาไตก็แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง เช่นกล้วย ส้ม เนื่องจากผู้ป่วยได้ยาขับปัสสาวะ ระดับของอาหารจำกัดโซเดียม แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545; ปราณี โทแสง, 2547)

ระดับที่ 1 อาหารที่มีโซเดียม 2,500 มก. (108.7 มอค.) เป็นอาหารปกติ แต่ไม่เค็มเกลือหรือเครื่องปรุงที่มีโซเดียมอีก

ระดับที่ 2 อาหารที่มีโซเดียม 2,500-2,000 มก. (65-87 มอค.) เป็นอาหารจำกัดโซเดียมเพียงเล็กน้อย

ระดับที่ 3 อาหารที่มีโซเดียม 1,000 มก. (43 มอค.) เป็นอาหารจำกัดโซเดียมปานกลาง

ระดับที่ 4 อาหารที่มีโซเดียม 500 มก. (21 มอค.) เป็นอาหารจำกัดโซเดียมอย่างมาก

ระดับที่ 5 อาหารที่มีโซเดียม 250 มก. (11 มอค.) เป็นอาหารจำกัดโซเดียมอย่างเข้มงวด

1.2 ต้องรับประทานอาหารในจำนวนน้อยแต่รับประทานบ่อยครั้งเพื่อหลีกเลี่ยงอาการอึดอัดแน่นท้อง หายใจลำบาก

1.3 รับประทานอาหารที่ปรุงสุกจากอาหารสด เช่น ผัก ไม่ควรซื้ออาหารสำเร็จรูปซึ่งมักจะมีปริมาณโซเดียมอยู่ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารว่าง ซึ่งมักจะเป็นอาหารสำเร็จรูป

1.4 หลีกเลี่ยงการใช้ยาบางประเภท โดยเฉพาะยาลดกรด ยาระบายที่มีส่วนผสมของโซเดียมอยู่ด้วย ควรปรึกษาแพทย์

1.5 หลีกเลี่ยงการดื่มชา กาแฟ เพราะจะกระตุ้นให้ร่างกายมีการหลั่งคอร์ติซอลมากขึ้น ส่งผลให้หลอดเลือดมีการหดตัว และหัวใจเต้นเร็ว นอกจากนี้สารคาเฟอีนในกาแฟจะกระตุ้นให้หัวใจเต้นผิดจังหวะได้

1.6 หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมัน โปรตีนและโคเลสเตอรอลสูง โดยเฉพาะไขมันอิ่มตัว และอาหารที่มีแคลอรีสูง ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารไขมันที่ได้จากพืช รับประทานเนื้อสัตว์จำพวกปลา เนื้อไม่ติดมัน รับประทานผักและผลไม้เพิ่มขึ้นซึ่งเป็นอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เพราะนอกจากจะให้วิตามินและเกลือแร่แล้ว ยังให้เส้นใยอาหารซึ่งช่วยให้รู้สึกอิ่มเร็วขึ้นทำให้

รับประทานที่ให้พลังงานมาก ๆ เช่น อาหารหวานหรือไขมันได้น้อยลง ช่วยลดน้ำหนักในรายที่อ้วนได้

2. การจำกัดน้ำ นอกจากจำกัดเกลือและการรับประทานอาหารลดเค็ม เพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินในร่างกาย ควรจำกัดน้ำน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1500-2000 มิลลิเมตรต่อวันในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะโซเดียมในกระแสเลือดต่ำ การจำกัดน้ำต้องรวมถึงน้ำในอาหารและผลไม้ที่รับประทานเข้าไปด้วย การจำกัดน้ำนอกจากเป็นการควบคุมภาวะน้ำเกินแล้ว ยังเป็นการลดขนาดยาขับปัสสาวะอีกด้วย (Colonna et al., 2003)

3. การขยับถ่าย ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมักมีอาการท้องผูก เนื่องจากขาดการออกกำลังกาย มีการเปลี่ยนแปลงอาหาร ดังนั้นควรฝึกการขยับถ่ายให้เป็นเวลา มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และรับประทานอาหารที่มีกากเพื่อไม่ให้เกิดภาวะท้องผูก และไม่ควรเบ่งถ่ายอุจจาระในขณะที่ท้องผูก ซึ่งจะมีผลต่อหัวใจทำให้ทำงานหนักมากขึ้น

4. การทำกิจกรรมและการพักผ่อน

4.1 การทำกิจกรรม

4.1.1 การออกกำลังกาย ผู้ป่วยควรออกกำลังกายในขนาดที่ร่างกายสามารถทำได้ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบและอ่อนแรง ช่วยให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายได้ดีขึ้น วิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม คือ การปั่นจักรยาน หรือการเดินบนพื้นราบ โดยเริ่มที่ละน้อยจาก 2-5 นาทีต่อวันเป็นเวลา 1 สัปดาห์แล้วเพิ่มเป็น 5-10 นาทีต่อวัน หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายชนิดที่มีการเกร็งของกล้ามเนื้อ เช่น การเบ่ง การยกน้ำหนักกว่า 10 กิโลกรัม หรือการออกกำลังกายมากเกินไปจนเกิดความรู้สึกของตนเอง (รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิช และอภิชาติ สุคนสรณ์, 2547) การออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวคือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก จะช่วยทำให้เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเฉพาะที่ โดยกิจกรรมทางกายในแต่ละวันที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วยการใช้ออกซิเจน (Metabolic Equivalents MET) ลดความเครียด (Colonna et al., 2003)

4.1.2 การมีเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยต้องประเมินร่างกายของตนเองก่อนการมีเพศสัมพันธ์ โดยทั่วไปผู้ป่วยที่สามารถเดินขึ้นลงบันได 1 ชั้น โดยไม่มีอาการหอบเหนื่อย สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้อย่างปลอดภัย ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของอาการระดับ 3-4 ไม่แนะนำให้มีเพศสัมพันธ์ เพราะอาจทำให้มีอาการกำเริบได้หลังมีเพศสัมพันธ์ สำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีร่วมด้วย แนะนำให้ผู้ป่วยใช้ยากลุ่มไนเตรทอมได้ก่อนมีเพศสัมพันธ์ เพราะจะช่วยป้องกันอาการหอบเหนื่อยหรือเจ็บแน่นหน้าอกขณะหรือหลังมีเพศสัมพันธ์

4.1.3 การเดินทาง ไม่แนะนำให้ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเดินทางคนเดียว ผู้ป่วยไม่ควรอยู่ในที่ร้อนจัดหรือหนาวจัด และการเดินทางโดยเครื่องบินในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมาก เนื่องจาก

ความดันในเครื่องบินจะถูกปรับให้เท่ากับแรงดันบรรยากาศ เทียบเท่ากับระดับความสูง 2,500 เมตรจากระดับน้ำทะเล จึงมีออกซิเจนเบาบางกว่าปกติ อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากหรือหอบเหนื่อยได้ หากจำเป็นต้องเดินทางต้องแจ้งสายการบินก่อนล่วงหน้าอย่างน้อย 48 ชั่วโมง เพื่อจัดเตรียมออกซิเจนพิเศษไว้ ผู้ป่วยที่สามารถเดินทางราบได้ 50 เมตร หรือเดินขึ้นบันได 1 ชั้นได้โดยไม่เหนื่อย ส่วนใหญ่จะเดินทางโดยเครื่องบินโดยสารได้ไม่มีปัญหา แต่ห้ามผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการกำเริบเดินทางโดยเครื่องบิน (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2551)

4.2 การพักผ่อน การพักผ่อนทั้งด้านร่างกาย และจิตใจเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพราะทำให้หัวใจทำงานลดลง เช่น การนอนพักในเวลากลางวัน วันละ 1-2 ชั่วโมง ควรเป็นเวลาหลังอาหารเช้าหรือบ่าย ในรายที่มีอาการไม่รุนแรงถ้ามีอาการมากขึ้น ควรได้รับการพักผ่อนเป็นระยะ ๆ ทั้งในช่วงเช้าและบ่าย สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมาก ควรได้รับการพักอยู่บนเตียงตลอด พยายามทำจิตใจให้สบาย หลีกเลี่ยงการเกิดความเครียด อารมณ์โกรธ หรือตกใจง่าย โดยการหาสิ่งผ่อนคลาย เช่น การนั่งสมาธิ การอ่านหนังสือ การฟังเพลง

5. การมาพบแพทย์และมาตรวจตามนัด

5.1 ผู้ป่วยต้องมีการติดตามผลการตรวจ และประเมินผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง
5.2 ผู้ป่วยควรไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งอย่างสม่ำเสมอ เพื่อควบคุมภาวะหัวใจล้มเหลว ไม่ให้ลุกลามรุนแรงขึ้น และลดอาการของโรคลงให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ถ้าขาดการมาตรวจตามนัด จะส่งผลให้เกิดอาการกำเริบของโรคเป็นสาเหตุให้กลับมารักษาซ้ำได้

5.3 ผู้ป่วยควรมาพบแพทย์ก่อนเวลานัดเมื่อมีอาการผิดปกติ

6. การควบคุมน้ำหนัก ผู้ป่วยต้องควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพราะความอ้วนทำให้ร่างกายมีการเผาผลาญอาหารมากขึ้น มีผลทำให้หัวใจทำงานหนักเพิ่มขึ้น

7. การเลิกสูบบุหรี่ ผู้ป่วยควรเลิกสูบบุหรี่อย่างเด็ดขาด เนื่องจากสารนิโคตินในบุหรี่จะกระตุ้นให้หลอดเลือดหดตัวและหัวใจเต้นเร็ว ขณะที่คาร์บอนไดออกไซด์ในควันบุหรี่ขัดขวางการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนในปอด ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการรุนแรงมากขึ้น

8. การประเมินการคั่งของน้ำและเกลือโซเดียม

8.1 การชั่งน้ำหนักตัว เพื่อประเมินภาวะน้ำเกิน ผู้ป่วยควรชั่งน้ำหนักตนเองทุกวัน หรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในตอนเช้าหลังจากปัสสาวะแล้ว และก่อนรับประทานอาหารเข้า การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวมากกว่า 2 กิโลกรัมใน 3 วัน แสดงถึงการมีภาวะน้ำคั่งในร่างกาย ประเมินค่าที่ได้จากการชั่งในตอนเช้าหลังจากปัสสาวะแล้ว ด้วยเสื้อผ้าที่มีน้ำหนักที่ใกล้เคียงกัน

และใช้เครื่องชั่งเดิม ที่มีหน่วยเป็นกิโลกรัม (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2551)

8.2 การประเมินอาการบวม อาการบวมจะบวมตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งในภาวะหัวใจล้มเหลว จะมีอาการบวมเป็นอาการทั่วไป โดยเฉพาะ ขา ตับ ช่องว่างในท้อง ปอด และตามอวัยวะส่วนปลาย โดยมักจะเริ่มจากส่วนต่ำของร่างกาย เช่น หลังเท้า ข้อเท้า หน้าแข้ง ขาทั้งสองข้าง ประเมินอาการบวมโดยการวัดด้วยสายวัดในตอนเช้าบริเวณข้อเท้าทุกวัน (จารุวรรณ นุ่นลอย, 2552)

8.3 อาการเหนื่อยหอบ เป็นอาการที่เกิดจากการคั่งของเลือดในปอด เกิดภาวะปอดบวม น้ำ อาการเหนื่อยหอบมีลักษณะต่าง ๆ ดังนี้ อาการเหนื่อยง่ายเมื่อมีกิจกรรม (Dyspnea on Exertion) อาการหอบในท่าราบ (Orthopnea) อาการหอบในตอนกลางคืน (Paroxysmal Nocturnal Dyspnea: PND)

8.4 การบันทึกน้ำเข้าและน้ำออกอย่างง่าย แนะนำวิธีการบันทึก การคำนวณสารน้ำจากอาหารตลอดจนแนะนำอุปกรณ์ที่ใช้ได้สะดวก เช่น ขวดบรรจุน้ำ หรือภาชนะรองรับปัสสาวะที่มีสเกลบอกปริมาณ

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็น มีทักษะและความมั่นใจในการจัดการดูแลความเจ็บป่วยของตนเองได้ ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคได้ มีความพร้อมในการดูแลตนเอง ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายและการกลับมารักษาาก่อนกำหนดลดลง ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในการดูแลรักษา

แนวคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

เคมีส และแมคทาตากาท (Kemmis & McTaggart, 1988 อ้างถึงใน นันทิยา ไพศาลบรรศรี, 2550) อธิบายว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นรูปแบบของการรวบรวมปัญหา หรือคำถามจากการสะท้อนการปฏิบัติงาน (Collective Self-reflective Inquiry) ของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในสังคมใดสังคมหนึ่ง เพื่อต้องการที่จะพัฒนาหลักการ เหตุผล และวิธีการปฏิบัติงานเพื่อให้ได้รูปแบบหรือแนวทางไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานนั้น และในขณะเดียวกันก็เป็นการพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานนั้น ๆ ให้สอดคล้องกับภาวะสังคม และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ อาจเป็นการวิจัยของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง หรือการวิจัยกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง และ งามอาจ นัยพัฒน์ (2548) ได้อธิบายว่า เป็นการวิจัยที่ทำโดยนักวิจัยและคณะบุคคลที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน องค์กร หรือชุมชน โดยมีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อนำผลการศึกษาวิจัยที่ค้นพบหรือสรรค์สร้างขึ้นไปใช้ปรับปรุงแก้ไข

ปัญหา หรือพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานได้อย่างทันเหตุการณ์ สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่ต้องการแก้ไข รวมทั้งกลมกลืนกับโครงสร้างการบริหารงาน ตลอดจนบริบททางสังคมและวัฒนธรรม และด้านอื่น ๆ ที่แวดล้อมหรือเกิดขึ้นในสถานที่เหล่านั้น

วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

1. การวางแผน (Planning) จะมีการสำรวจปัญหาในหน่วยงาน คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ก่อนจะตั้งเป้าหมายวางแผนร่วมกัน โดยการพัฒนาทีมในการดูแลผู้ป่วย ทบทวนแนวปฏิบัติที่จะใช้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว กำหนดตัวแปรแทรกซ้อนที่มีผลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปทดลองใช้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง
2. การปฏิบัติการ (Action) และสังเกต (Observing) โดยการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วย เป็นการลงมือดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้อย่างระมัดระวังและควบคุมการปฏิบัติการให้เป็นไปตามที่ระบุไว้ในแผน พร้อมสังเกตปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยขัดขวางการดำเนินงานตามแนวปฏิบัติทางคลินิก ตลอดจนปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติ
3. สะท้อนการปฏิบัติ (Reflecting) โดยการประเมินผลแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว สะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกร่วมของผู้วิจัย และทีมสุขภาพเพื่อให้เข้าใจถึงปัญหาหรืออุปสรรคที่พบในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก
4. การปรับปรุงแผน (Re-planning) โดยนำปัญหาจากการปฏิบัติมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเหมาะสมและต่อเนื่องตามสภาพการณ์จริง และปฏิบัติตามวงจรต่อไปเรื่อย ๆ จนกว่าจะได้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เหมาะสม

ข้อดีและข้อจำกัดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (สิริลักษณ์ จันทรมะ, 2541 อ้างถึงใน นันทิยา ไพศาลวรศรี, 2550)

ข้อดีของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้แก่

1. มีกระบวนการวิจัยที่ต่อเนื่อง (Dynamic) ชัดเจน ทำให้ได้รูปแบบของการปฏิบัติงานที่สามารถนำไปใช้ได้ สถานการณ์จริง จึงเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการพัฒนากิจกรรมการปฏิบัติงานต่าง ๆ รวมถึงพัฒนาคุณภาพการพยาบาล เช่น การนำเทคนิค หรือวิธีการใหม่ ๆ มาใช้ในการพยาบาล การประยุกต์ผลการวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติพยาบาล การพัฒนาการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาล การพัฒนาหอผู้ป่วย เป็นต้น
2. ผลการวิจัยทำให้ได้แนวคิดแบบองค์รวม (Holistic) ไม่ใช่แบ่งแยกศึกษาส่วนย่อย ๆ

3. ตอบคำถามที่ซับซ้อนที่ไม่สามารถตอบได้ด้วยวิธีการเชิงปริมาณ
 4. มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความเข้าใจของผู้วิจัย และผู้ถูกวิจัย ทำให้เกิดความเข้าใจปัญหา และยอมรับการเปลี่ยนแปลงเพื่อการพัฒนาการปฏิบัติงาน
 5. เป็นการวิจัยในปรากฏการณ์ตามธรรมชาติ จึงสามารถประยุกต์ใช้ผลการวิจัยได้ตรงตามสถานการณ์นั้น ๆ เป็นการลดช่องว่างระหว่างทฤษฎีและการปฏิบัติ
- ข้อจำกัดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้แก่
1. ไม่มีขอบเขตที่ชัดเจน ทำให้ใช้เวลาในการทำวิจัยมาก ค่าใช้จ่ายโดยเฉพาะเมื่อต้องจ่ายผู้ช่วยวิจัย
 2. เป็นการวิจัยที่มีลักษณะเฉพาะของปรากฏการณ์ที่ศึกษา จึงทำให้มีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้ในสถานการณ์ทั่วไป แต่หากบริบทของแหล่งศึกษาลักษณะคล้ายคลึงกันก็สามารถนำหลักการที่ได้จากการวิจัยไปประยุกต์ใช้ได้

แนวปฏิบัติทางคลินิกในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

แนวปฏิบัติทางคลินิก เป็นแผนการดูแลที่จัดทำอย่างเป็นระบบจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based Practice) ที่ได้รับการวิเคราะห์จากผู้เชี่ยวชาญจากสาขาวิชาชีพ ร่วมกันเขียน และกำหนดเป็นแนวทางเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับภาวะใดภาวะหนึ่ง โดยให้ทีมสุขภาพแต่ละสาขามีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตามขอบเขต ภาระหน้าที่ของตนเองตามระยะเวลาที่กำหนดเพื่อบรรลุผลลัพธ์ เป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งนับว่าเป็นการประสานประโยชน์ให้แก่ผู้รับบริการ ควบคุมมิให้เกิดความกระจัดกระจายและความซ้ำซ้อนของการให้บริการ มีการดูแลต่อเนื่อง โดยมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตามขอบเขต ภาระหน้าที่ของตนเองตามระยะเวลาที่กำหนด เลือกการรักษาที่เหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย (จิตร สิทธิอมร, อนุวัฒน์ สุขขุติกุล, สงวนสิน รัตนเลิศ และเกียรติ ราชบริรักษ์, 2543; พันธ์ เนียมศรี, 2547)

ดังนั้นในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกตามขั้นตอนของ Mcilvoy et al. (2001) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ดังนี้

1. กำหนดประชากรเป้าหมายที่ต้องการ (Identification of Target Population) โดยกำหนดคุณสมบัติกลุ่มประชากรที่ต้องการที่จะนำมาสร้างแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดผู้ป่วยเข้าและออกจากการศึกษา
2. พัฒนาทีมในการดูแลผู้ป่วย (Development of Collaborative Groups) มีการจัดตั้งทีมในการพัฒนาเป็นแบบสหสาขาวิชาชีพ กำหนดหน้าที่และบทบาทในการดูแลผู้ป่วยของแต่ละวิชาชีพอย่างชัดเจน

3. กำหนดปัญหาในหน่วยงาน (Determination of Current Practice) โดยการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังเพื่อหาปัญหาของหน่วยงาน เช่น การดูแลที่แตกต่างกัน จำนวนวันนอนที่มากกว่า 10 วัน การติดเชื้อ จำนวนวันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และมีการกำหนดตัวประเมินผลลัพธ์ เช่น จำนวนวันนอนใน ICU, จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล, กำหนดวันการให้อาหารทางสายยาง, กำหนดวันการเจาะคอ, จำนวนวันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ, อุบัติการณ์การเกิดโรคปอดบวม โดยมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

4. สร้างแนวปฏิบัติที่จะใช้ (Identification of Ideal Practice) โดยมีสร้างแนวปฏิบัติทางคลินิกจากงานวิจัยและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ต้องการจะศึกษา

5. กำหนดปัญหาและอุปสรรค (Selection of Pathway Variances) พิจารณาปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้ไม่เป็นไปตามแนวปฏิบัติทางคลินิก เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ แพทย์ผู้ป่วย หรือมีปัญหาที่ระบบ ดังนั้นการดูแลจึงมีการกำหนดตัวแปรแทรกซ้อนขึ้น

6. นำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วย (Implementation) นำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ และติดตามผลตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาใน Critical Care Unit จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นความรับผิดชอบของพยาบาลว่าผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก มีการประสานการดูแล และการให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวตามแนวปฏิบัติทางคลินิก และมีการประเมินผลลัพธ์ตามที่ตั้งไว้ รวมถึงพิจารณาปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้ไม่เป็นไปตามแนวปฏิบัติทางคลินิก และรายงานผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกให้ทีมสหสาขาวิชาชีพ

7. การประเมินผลแนวปฏิบัติทางคลินิก (Evaluation) มีการเปรียบเทียบโดยใช้สถิติวิเคราะห์ผลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ ตามผลลัพธ์ที่ตั้งไว้

8. นำแนวปฏิบัติมาปรับปรุงแก้ไข (Revision) การปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อให้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ประโยชน์ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก (พัชร นิยมศรี, 2547)

ประโยชน์ต่อผู้ใช้บริการ/ ผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยได้รับบริการการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ
2. ผู้ป่วย/ ครอบครัว/ญาติ มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาครอบครัว/ ญาติ มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความพึงพอใจในการดูแลรักษา

3. สามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยทราบถึงแผนการดูแลรักษาของทีมสหสาขาแต่ละสาขาในการดูแล ตลอดจนการปฏิบัติตนของผู้ป่วย/ ผู้รับบริการแต่ละช่วงเวลา

ประโยชน์ต่อผู้ให้บริการ

1. ทีมสุขภาพมีแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีมาตรฐานเป็นลายลักษณ์อักษร ตลอดจนเข้าใจการดูแลรักษาพยาบาลของทีมสุขภาพของแต่ละสาขาในภาพรวม
2. ทีมสุขภาพมีการติดต่อสื่อสารระหว่างกัน สามารถประสานประโยชน์แหล่งทรัพยากรที่เกี่ยวข้อง ในการให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ทำให้พยาบาลจบใหม่และนักศึกษาใหม่ลดความคับข้องใจในการปฏิบัติงาน เนื่องจากมีแผนการดูแลที่เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย
4. ผู้ปฏิบัติงานของทีมสหสาขามีความพึงพอใจ สามารถลดอัตราการย้ายและลาออกของบุคลากร

ประโยชน์ต่อหน่วยงาน/ องค์กรที่สาม/ ผู้ซื้อบริการ

1. เป็นแหล่งข้อมูล ตรวจสอบ ประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของการดูแล
2. สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายการดูแลรักษาที่เหมาะสม (Cost Effectiveness)

แนวปฏิบัติทางคลินิกจะมีคุณภาพ ต้องพิจารณาเกี่ยวกับ

1. การใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์หรือหลักฐานที่ปรากฏให้เห็นว่าดี
2. เกิดจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. การประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับลักษณะของประชากรและสถานที่
4. หัวหน้าทีมมีการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปสู่การปฏิบัติจริง
5. ผู้บริหารให้การสนับสนุน
6. มีการติดตามประเมินผลเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของผู้ปฏิบัติในการนำแนว

ปฏิบัติทางคลินิกไปใช้และนำมาปรับปรุงให้เหมาะสม

ดังนั้นแนวปฏิบัติทางคลินิกจึงเป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่พัฒนาขึ้นจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้มีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยตาม ระยะเวลาที่กำหนดในแต่ละสาขาวิชาชีพไว้อย่างชัดเจน มีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกภายใต้ ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพมากขึ้น การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของ หน่วยงาน จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มมากขึ้น มีความสามารถจัดการกับอาการที่ผิดปกติได้ด้วย ตนเอง ทำให้ลดการกลับมารักษาาก่อนกำหนดและลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ระบบบริการมีคุณภาพ ในการดูแลมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยและทีมสุขภาพ จึงร่วมกันพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อส่งเสริม การจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อให้มีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้กับผู้ป่วย ในหน่วยงาน

การวิจัยเชิงปฏิบัติการกับแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการวิจัยที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมระหว่างผู้วิจัย และทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร โภชนากร นักกายภาพบำบัด ที่ร่วมกันพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกขึ้น โดยมีการวางแผน ปฏิบัติ ประเมินปัญหาและสะท้อนปัญหาที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก และหาวิธีที่เหมาะสมที่จะนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยและ ทีมสุขภาพ จนได้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ขึ้น

ผู้วิจัยเชื่อว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก จากความร่วมมือ ของผู้วิจัยและทีมสุขภาพในหน่วยงาน เพื่อให้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้ป่วย จะทำให้ ทีมสุขภาพมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเป็นไปในแนวทางเดียวกัน มีความชัดเจนในการดูแลผู้ป่วย และสร้างมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความสามารถกลับไปดูแล ตนเองได้อย่างถูกต้อง สามารถจัดการตนเองเมื่อมีอาการผิดปกติ ลดการกลับมารักษาก่อนกำหนด ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจ ในการรับบริการที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพสูงสุด