

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพ โดยศึกษาค้นคว้าจากตำราเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็นหมวดดังต่อไปนี้

- 2.1 ภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุ
- 2.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
- 2.3 การวางแผนการจำหน่ายตามรูปแบบ D-METHOD
- 2.4 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 ภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุ

ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure : CHF) เป็นกลุ่มอาการที่ซับซ้อนทางคลินิก (Complex clinical syndrome) (เจนเนตร พลเพชร. 2546) เกิดได้จากหลายสาเหตุทั้งที่เกิดจากโรคหัวใจโดยตรง หรือแม้กระทั่งจากโรคอื่น ๆ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทั้งในส่วนของกายวิภาค โครงสร้าง การทำหน้าที่ และชีวเคมีในหัวใจ เป็นต้น จากการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลทำให้เกิดประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลง ส่งผลให้มีปริมาณของเลือดออกจากหัวใจลดลง อวัยวะและเนื้อเยื่อต่าง ๆ ของร่างกาย จึงได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอต่อความต้องการ (Braunwald. 2001)

2.1.1 สาเหตุการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจไปในทางที่เสื่อมลง มีบทบาททางสังคม และกิจกรรมในการประกอบอาชีพลดลง โดยผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการถดถอยของร่างกาย (Senescence) ซึ่งเป็นกระบวนการที่เซลล์ต่าง ๆ ภายในร่างกายเสื่อมสภาพลดลง จากการที่มีอายุมากขึ้นเรื่อย ๆ สอดคล้องกับทฤษฎีความเสื่อมโทรม (Wear and Tear) ที่ว่าความแก่เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นเองเมื่ออวัยวะมีการใช้งานมากย่อมเสื่อมได้ง่ายและเร็วขึ้น เมื่ออายุมากขึ้น (วลัยพร นันท์ศุภวัฒน์. 2551) และในปัจจุบันยังพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค (ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ. 2553) ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้จากหลายสาเหตุ ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงของหัวใจ (Heart) ในผู้สูงอายุลักษณะโครงสร้างและขนาดของหัวใจอาจไม่เปลี่ยนแปลง แต่ด้วยความเสื่อมของร่างกายที่อธิบายได้จากทฤษฎีความเสื่อมโทรม (Wear and Tear Theory) ที่เชื่อว่าความชราเป็นผลมาจากความเสื่อมของร่างกายที่ไม่สามารถถูกทดแทนได้ เมื่ออายุมากขึ้นจึงทำให้ระบบต่าง ๆ ในร่างกายเสื่อมลง (วลัยพร นันท์ศุภวัฒน์. 2551)

จึงอาจทำให้พบปัญหาเกี่ยวกับระบบหัวใจในผู้สูงอายุได้ ดังนี้ 1) ขนาดของหัวใจใหญ่ขึ้น จากพยาธิสภาพของโรคหัวใจความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง และผนังของหัวใจห้องล่างซ้าย (left ventricle) จะหนาขึ้น 2) เกิดภาวะลิ้นหัวใจรั่วและตีบ ส่งผลให้พบภาวะเอมีโบลและธอมโบสิสในผู้สูงอายุจากการที่กล้ามเนื้อหัวใจฝ่อลีบมีเนื้อเยื่อพังผืด ไขมัน และสารไลโปฟิซินมาสะสมภายในเซลล์มากขึ้น (Fretwell. 1993) ทำให้เกิดการเชื่อมตามขวางของคอลลาเจนที่กล้ามเนื้อหัวใจ ส่งผลให้ความยืดหยุ่นหรือการยืดขยายของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง และลิ้นหัวใจแข็งและหนาขึ้น มีการสะสมของไขมันและแคลเซียมมากขึ้นจึงทำให้การปิดเปิดของลิ้นหัวใจไม่ดี 3) อัตราการเต้นของหัวใจลดลงและกล้ามเนื้อหัวใจมีความไวต่อสิ่งเร้าลดลง เกิดจากประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง กำลังการหดตัวของหัวใจลดลง ระยะเวลาที่ใช้ในการหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีการหลั่งแคลเซียมซึ่งจำเป็นในการหดตัวของกล้ามเนื้อจาก sarcoplasmic reticulum ช้าลง ร่วมกับมีไขมันและเนื้อเยื่อพังผืดที่ S-A node, A-V node และ bundle branches มากขึ้น หากเกิดภาวะที่จำเป็นต้องมีการเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ เช่น ภาวะเครียด อัตราการเต้นของหัวใจในผู้สูงอายุจึงไม่สามารถเพิ่มได้มากเหมือนในวัยหนุ่มสาว และอัตราการเต้นของหัวใจที่เร็วขึ้น จะต้องอาศัยเวลานานมากขึ้นจึงจะกลับสู่ระดับปกติ ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในเวลา 1 นาทีลดลง (Eliopoulos. 2005) กำลังสำรองของหัวใจลดลง (cardiac reserve) ลดลง จึงมักพบผู้สูงอายุเกิดภาวะหัวใจวายได้

2. การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด (Vessels) ในผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมมากขึ้นจึงทำให้พบปัญหาเกี่ยวกับหลอดเลือดได้ดังนี้ 1) ผนังหลอดเลือดฝอยหนาขึ้น ทำให้การแลกเปลี่ยนสารอาหารและของเสียสมดุล 2) เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวจากการมีผนังหลอดเลือดมีความยืดหยุ่นน้อยลง เพราะมีเส้นใยคอลลาเจนมากขึ้นและมีการเชื่อมกันตามขวางของเส้นใยคอลลาเจน เส้นใยอีลาสตินมีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น เรียกว่า elastocalcinosis 3) ความเร็วของชีพจรลดลง อัตราการเต้นของชีพจรลดลงตามอายุ รูภายในหลอดเลือดแดงแคบเข้า จึงมีโอกาสเกิดการอุดตันของหลอดเลือดได้ง่าย 4) ความต้านทานของหลอดเลือดปลายทางเพิ่มขึ้น (Eliopoulos. 2005) ทำให้ความดันภายในหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น เพื่อเพิ่มปริมาณเลือดให้เพียงพอกับการทำงานของร่างกาย ทำให้ระดับความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกเพิ่มขึ้น 5) หลอดเลือดฝอยไม่สมบูรณ์และเปราะบาง ทำให้เกิดรอยฟกช้ำได้ง่าย 6) เกิดความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่าทาง (postural hypotension) จากการตอบสนองของ baroreceptor (อยู่ที่ผนังของ carotid sinus และ aortic arch) ต่อการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิตในผู้สูงอายุลดลง ร่วมกับความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือดลดลง 7) เกิดความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ จากเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ลดลง พบมากบริเวณสมอง หัวใจ และไต ทำให้อวัยวะเหล่านี้ทำงานลดลง 8) เกิดการไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดของหัวใจ (coronary vessels) ลดลง ทำให้หัวใจได้รับออกซิเจนน้อยลงร่วมกับประสิทธิภาพการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง เป็นเหตุให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและตายได้ หลอดเลือดดำโป่งพองมากขึ้นทำให้

ปริมาณเลือดไหลกลับเข้าสู่หัวใจลดลง และมีเลือดคั่งในหลอดเลือดดำมากขึ้น (วิไลวรรณ ทองเจริญ. 2554) จากข้อมูลดังกล่าว ทำให้พบปัญหาหาระบบหลอดเลือดและหัวใจที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ คือ กล้ามเนื้อหัวใจตาย ภาวะหัวใจวาย ความดันโลหิตสูง และสมองขาดเลือด (อัมพาต) ซึ่งอาการต่าง ๆ เหล่านี้เกิดจากหลอดเลือดแข็งตัวมีแคลเซียมหรือไขมันมาเกาะภายในหลอดเลือดมากขึ้น ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจและสมองลดลง รวมถึงปริมาณเลือดออกจากหัวใจไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ลดลง และหลอดเลือดเปราะและแตกง่าย (วิไลวรรณ ทองเจริญ. 2554) ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้จากการที่หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น

3. ภาวะติดเชื้อ อาจเป็นระบบใดก็ได้ ที่พบบ่อยคือ ระบบทางเดินหายใจ เมื่อมีการอักเสบเกิดขึ้นหัวใจต้องทำงานหนักขึ้นเนื่องจากเมตาบอลิซึมของร่างกายสูงขึ้น ผู้ป่วยมักมีไข้ และชีพจรเร็วขึ้น จึงทำให้มีความผิดปกติของการถ่ายเทออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ ส่งผลให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนในเลือด มีผลต่อการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจจึงทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ (Braunwald. 2001)

4. ภาวะโลหิตจาง มีผลต่อการขนส่งออกซิเจนไปสู่เซลล์และเนื้อเยื่อลดลง เนื่องจากมีปริมาณความเข้มข้นของเลือดลดลง จึงทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้นเพื่อเพิ่มการสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ จึงอาจทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้

5. ภาวะต่อมธัยรอยด์เป็นพิษ เกิดจากการที่ร่างกายมีการเผาผลาญสูงขึ้น จึงส่งผลให้หัวใจเต้นเร็วและทำงานหนักขึ้น ก่อให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ (พิกุล บุญช่วง. 2541)

6. ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ พบได้ทั้งชนิดเร็วผิดปกติและช้ากว่าปกติ หากเกิดจากหัวใจเต้นเร็วมาก ทำให้ช่วงไดแอสโตลิกของเวนทริเคิลสั้นลง ความดันในเออเทรียมซ้ายและความดันเลือดดำสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว เกิดภาวะปอดบวมน้ำเฉียบพลัน เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ และหากหัวใจเต้นช้ามาก ๆ ก็ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวจากปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจไม่เพียงพอกับความต้องการของเนื้อเยื่อต่าง ๆ ของร่างกาย (รังสฤษดิ์ กาญจนระวีชัย. 2545) ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น

7. ภาวะก้อนเลือดอุดกั้นหลอดเลือดในปอด (Pulmonary embolism) ผู้ที่นอนป่วยอยู่นานหรือมีความผิดปกติของหลอดเลือดดำส่วนปลาย อาจเกิดก้อนลิ่มเลือด และก้อนลิ่มเลือดไปอุดตัน ที่ปอดทำให้มีผลต่อความดันเลือดในปอด จึงทำให้เกิดภาวะหัวใจห้องขวายาว และบางครั้งทำให้หัวใจห้องซ้ายวายด้วย (Braunwald. 2001)

2.1.2 พยาธิสรีรวิทยาของภาวะหัวใจล้มเหลว

หัวใจที่ปกติสามารถทำหน้าที่ตอบสนองความต้องการใช้ออกซิเจนของร่างกายที่เพิ่มขึ้นได้ โดยการใช้กำลังสำรองของหัวใจ (cardiac reserve) แต่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกำลังสำรองของหัวใจลดลงอย่างมาก ใช้ได้พอเฉพาะในขณะพัก ดังนั้น เมื่อเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวทำให้ Cardiac output

ลดลง ร่างกายจะมีกลไกในการปรับตัวชดเชย (compensatory mechanisms) เพื่อคงไว้ซึ่งระดับของ Cardiac output ให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย (เจนเนตร พลเพชร. 2546) ดังนี้

ระยะเริ่มแรกร่างกายจะมีกลไกการปรับตัวชดเชยเพื่อให้คงสภาพหน้าที่การทำงานของหัวใจให้ใกล้เคียงปกติได้ โดยการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้หลั่งเคทีโคลามีนในระบบไหลเวียนเลือดช่วยเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ แรงบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจและการหดตัวของหลอดเลือดส่วนปลายส่งผลให้เกิดการเพิ่มปริมาณเลือดออกจากหัวใจและแรงดันเฉลี่ยการไหลกลับของเลือดช่วยเพิ่มปริมาณการไหลกลับของเลือด เพิ่มปริมาณเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจแต่ละครั้ง และเพิ่มปริมาณเลือด ที่สูบฉีดออกจากหัวใจต่อนาทีส่งผลให้หัวใจทำงานหนักเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวที่เรียกว่า ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute heart failure)

ระยะต่อมาจะมีการกระตุ้นระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน-แอลโดสเตอโรน ทำให้มีการคั่งของน้ำและเกลือ กล้ามเนื้อหัวใจหนาตัวอย่างผิดปกติเพื่อเพิ่มปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาที (Francis et al. 2004) แม้ว่ากลไกชดเชยจะช่วยเพิ่มปริมาตรเลือด ที่หัวใจส่งออกต่อนาทีได้ในเบื้องต้น แต่การทำให้หลอดเลือดทั่วร่างกายหดตัว มีผลทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้นจึงเกิดการทำลายหน้าที่การบีบตัวของหัวใจในที่สุดทำให้ผนังหัวใจห้องซ้ายบางลง ขนาดของหัวใจโตขึ้น ประสิทธิภาพการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลงส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง เกิดอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวในที่สุด (Timmis. 2003) ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (Chronic heart failure)

นอกจากนี้ยังมีการแบ่งภาวะหัวใจล้มเหลวตาม cardiac cycle ว่ามีปัญหาในระยะบีบตัว (Systolic function) หรือในระยะคลายตัว (Diastolic function) ซึ่งมักใช้กับหัวใจห้องล่างซ้าย (Left ventricle) (สุรีย์ เลขวรรณวิจิตร, บรรณาธิการ. 2556) ดังรายละเอียดดังนี้

พยาธิสรีรวิทยาของ Systolic heart failure (SHF) ที่สำคัญคือ การลดลงของปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ สาเหตุจากกล้ามเนื้อหัวใจได้รับบาดเจ็บ (Myocardial injury) หรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction) มีการยืดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจเนื่องจากมีปริมาณเลือดในหัวใจห้องล่างก่อนการบีบตัวของหัวใจเพิ่มสูงขึ้น (Increased preload) มีแรงต้านห้องล่างซ้ายของหัวใจขณะมีการบีบตัวเพิ่มมากขึ้น (Increased afterload) จะมีผลกระตุ้นให้มีการเพิ่มการสังเคราะห์ Cardiomyocyte protein ทำให้เพิ่มมวลกล้ามเนื้อหัวใจของหัวใจห้องล่างซ้ายและอาจมีการโตของหัวใจห้องบนซ้ายร่วมด้วย การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของหัวใจห้องล่างซ้ายยังพบว่ามี ความเกี่ยวข้องกับการทำงานของ Nonmyocyte ซึ่งประกอบด้วย Fibroblasts และ Endothelial cells โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Fibroblasts ซึ่งมีหน้าที่หลักสำคัญคือ การสังเคราะห์และขับหลั่ง Collagen จากการเพิ่มมวลกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายโต แต่กลับพบว่าผนังห้องหัวใจล่างกลับบาง ส่งผลให้สมรรถนะการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง นำไปสู่ภาวะ Systolic heart failure (SHF) สมรรถนะการบีบตัว

ที่ลดลงของกล้ามเนื้อหัวใจทำให้ผู้ป่วย Systolic heart failure (SHF) มีผล Left ventricular ejection fraction (LVEF) ลดลง ขณะที่กระบวนการทำลายของเซลล์ไม่ว่าจะ Necrosis หรือ Apoptosis ทำให้กล้ามเนื้อเกี่ยวพันลดลง ผนังหัวใจบางลงทำให้มีผลลดสมรรถนะการบีบตัวของหัวใจมากขึ้น ผลการตรวจค่าสมรรถนะการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (Left ventricular ejection fraction : LVEF) ลดลงน้อยกว่าร้อยละ 40 สมรรถนะหัวใจที่บีบตัวลดลงมีผลทำให้ปริมาณเลือดออกจากหัวใจเพื่อไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายลดลง และมีการคั่งของเลือดในระบบ Pulmonary circulation

พยาธิสรีรวิทยาของ Diastolic heart failure (DHF) เป็นภาวะหัวใจล้มเหลวที่เกิดจากความผิดปกติการทำงานของหัวใจทั้งในระยะที่หัวใจห้องล่างรับเลือดจากห้องบนและขณะหัวใจห้องล่างคลายตัว ซึ่งพยาธิสภาพส่วนใหญ่คือกระบวนการเปลี่ยนแปลงในระดับเซลล์ และเกี่ยวข้องกับ Neurohormones กระบวนการเปลี่ยนแปลงภายในเซลล์ที่สำคัญคือภายหลังจากการบีบตัวของหัวใจ การดูดซึมกลับของแคลเซียมไอออนสู่ Sacroplasmic reticulum (SR) ลดลงเนื่องจาก Sacroplasmic reticulum Ca²⁺ activated ATPase pump ลดลงทำให้ระยะเวลาคลายตัวทอดระยะยาวนานมากขึ้น ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับ Neurohormones พบว่า Angiotensin II และ Aldosterone เป็นส่วนสำคัญที่กระตุ้นการขยาย Fibroblast และการสะสมของ Collagen นอกจากนี้ยังพบว่า Angiotensin II และ Endothelin-I มีผลทำให้อัตราการคลายตัวของหัวใจช้าลง ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีสมรรถนะการบีบตัวของหัวใจปกติ โดยในระยะ 72 ชั่วโมงขณะที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่งพบว่าค่า Left ventricular ejection fraction (LVEF) มากกว่าร้อยละ 50

จากข้อมูลดังกล่าวสามารถแบ่งประเภทของภาวะหัวใจล้มเหลวได้ 2 ประเภท คือ 1) แบ่งตามลักษณะการทำงานของห้องหัวใจ ได้แก่ Systolic heart failure (SHF) และ Diastolic heart failure (DHF) 2) แบ่งตามระยะการดำเนินโรค ได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลวแบบเฉียบพลัน (Acute heart failure) และหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (Chronic heart failure) แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวยังมีการดำเนินของโรคอย่างต่อเนื่อง และมีระดับความรุนแรงแตกต่างกันไปตามระยะของการดำเนินโรค

2.1.3 ระยะและระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นปัญหาทางคลินิกที่พบได้บ่อยซึ่งระยะและระดับความรุนแรงของโรคเป็นอีกหนึ่งข้อมูลที่สามารถพยากรณ์ความก้าวหน้าของโรคที่ดำเนินไปอย่างต่อเนื่องได้ และจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่จะมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามความสามารถของผู้ป่วย จึงได้มีการเสนอแนวทางในการประเมินและแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวตามความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วย (functional classification) ที่นิยมใช้มากคือ แบ่งตามสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart association classification system หรือ NYHA classification) แบ่งไว้ 4 ระดับ (สุรีย์ ธรรมิกบวร. 2554)

ความรุนแรงระดับที่ 1 (Class I) ผู้ป่วยโรคหัวใจ ไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ในภาวะปกติ (ordinary physical activity) ได้โดยไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบอ่อนเพลีย ใจสั่น หรืออาการเจ็บหน้าอก

ความรุนแรงระดับที่ 2 (Class II) ผู้ป่วยโรคหัวใจ มีข้อจำกัดบ้างเพียงเล็กน้อย (slight limitation) ในการทำกิจกรรมปกติ แต่เมื่อออกแรงมาก ๆ ในการทำกิจวัตรประจำวันปกติทั่ว ๆ ไป จะมีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อยหอบ หรืออาการเจ็บหน้าอก

ความรุนแรงระดับที่ 3 (Class III) ผู้ป่วยโรคหัวใจมีข้อจำกัดมากพอสมควรในการทำกิจกรรมปกติ เมื่อออกแรงในการทำกิจกรรมแม้เพียงเล็กน้อยจะมีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อยหอบ หรืออาการเจ็บหน้าอก แต่จะไม่มีอาการขณะพัก (no symptoms at rest)

ความรุนแรงระดับที่ 4 (Class IV) ผู้ป่วยโรคหัวใจมีข้อจำกัดอย่างมากในการทำกิจกรรมปกติไม่สามารถที่จะทำกิจกรรมใด ๆ ได้ แม้ในขณะที่พักยังมีอาการเหนื่อยหอบ (symptoms at rest)

นอกจากนี้ ยังมีการแบ่งระยะความรุนแรงตามสภาวะการดำเนินของโรค (staging of disease progression) ที่นิยมใช้ คือ The American College of Cardiology and American Heart Association (ACC/AHA) ได้แบ่งระยะของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (Moser, D.K and Riegel, B. 2008) ไว้ดังนี้

Stage A : เป็นระยะที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องด้านโครงสร้างหรือการทำหน้าที่ผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจ เยื่อหุ้มหัวใจหรือลิ้นหัวใจ และไม่มีอาการของหัวใจล้มเหลว เช่น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ผู้ที่มีภาวะอ้วน หรือผู้ที่มีกลุ่มอาการของโรคที่เกี่ยวข้องกับการเผาผลาญ

Stage B : เป็นระยะที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดหัวใจล้มเหลวสูงมาก โดยมีโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของหัวใจแต่ยังไม่มีอาการแสดงของหัวใจล้มเหลว เช่น ผู้ป่วยที่มีประวัติโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ที่มีหัวใจข้างซ้ายโต หรือผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคลิ้นหัวใจ

Stage C : เป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของหัวใจและมีอาการของหัวใจล้มเหลวปรากฏให้เห็น ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงระดับความรุนแรงเพิ่มขึ้นหรือลดลง ตั้งแต่ NYHA functional class I-IV ขึ้นอยู่กับการจัดการเพื่อควบคุมระดับความรุนแรง กล่าวคือ ถ้าการจัดการเพื่อควบคุมระดับความรุนแรงไม่ดีระดับความรุนแรงจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ อาจอยู่ในระดับ NYHA functional class IV แต่ถ้ามีการจัดการเพื่อควบคุมระดับความรุนแรงได้ดี ระดับความรุนแรงอาจลดลงมาอยู่ในระดับ NYHA functional class I

Stage D : เป็นระยะที่ความก้าวหน้าของภาวะหัวใจล้มเหลวก้าวสู่ระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะมีอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวตลอดแม้ขณะพักนั้น คือมีระดับความรุนแรงอยู่ใน NYHA functional class IV ตลอด

สรุปคือ ระยะเวลาความรุนแรงของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถแบ่งได้เป็น Stage A-B คือระยะความเสี่ยงต่อการเกิดหัวใจล้มเหลว Stage C-D คือระยะที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่ง Stage C มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรุนแรงเพิ่มขึ้นหรือลดลงตั้งแต่ NYHA functional class I-IV ส่วน Stage D มีระดับความรุนแรงอยู่ใน NYHA functional class IV ซึ่งพยาบาลควรที่จะทราบถึงระยะ และระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นการบ่งบอกถึงอาการของผู้ป่วยแต่ไม่ได้บอกถึงความรุนแรงของพยาธิสภาพเสมอไป เพราะในแต่ละระดับความรุนแรงสามารถสลับไปมาได้ เช่น ผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 4 เมื่อได้รับการรักษาอาการดีขึ้นความรุนแรงของโรคก็ลดลงมาอยู่ที่ระดับ 2 ได้ เป็นต้น ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart association classification system หรือ NYHA classification) ในการแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวจากการประเมินอาการและอาการแสดง

2.1.4 อาการและอาการแสดงภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุ

อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวอาจมีความรุนแรงแตกต่างกัน อาจเริ่มตั้งแต่ functional class I-IV และในผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีอาการที่ไม่เหมือนกัน โดยเริ่มจากอาการเหนื่อย ถ้าเป็นมากก็อาจมีอาการนอนราบไม่ได้ นอกจากนี้อาจมีอาการบวมโดยเฉพาะ ขา ตับ และส่วนอื่น ๆ ของร่างกายและบวมบริเวณก้นกบซึ่งเกิดจากการสะสมน้ำและโซเดียม (Givertz et al. 2005) และจากการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกเมื่อปริมาตรเลือดในหัวใจก่อนบีบตัวสูงขึ้นทำให้มีน้ำคั่งที่ปอดและทั่วร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยมีน้ำหนักเพิ่ม มีเส้นเลือดที่คอโป่ง และมีน้ำคั่งในตับ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง ท้องมาน เบื่ออาหาร คลื่นไส้ ท้องผูก นอกจากนี้การที่เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยมีความจำเสื่อมและขาดสมาธิ สับสนและนอนไม่หลับ (Carbajal and Deedwania. 2003 ; Michael and Crawford. 2003) ซึ่งอาการและอาการแสดงดังกล่าวข้างต้นที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากความบกพร่องในการทำหน้าที่ของกล้ามเนื้อหัวใจ (impaired myocardial function) และมีการคั่งในระบบไหลเวียน (Circulatory congestion) ส่งผลให้ผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดอาการและอาการแสดงทางคลินิกตามพยาธิสภาพของโรค (ผ่องพรรณ อรุณแสง. 2554) ดังนี้

1) หัวใจด้านซ้ายล้มเหลว มีอาการและอาการแสดง ดังนี้

1.1) อาการหอบเหนื่อย จะต้องออกแรงในการหายใจเป็นอาการแสดงเริ่มต้นที่พบบ่อยของภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดจากความดันโลหิตเล็ดดำของปอดสูงขึ้น การหอบเหนื่อยมีหลายลักษณะแตกต่างกัน และมีความสำคัญทางคลินิกที่จะต้องทราบเพื่อเป็นแนวทางในการค้นหาหรือซักประวัติ คือ

1.1.1) อาการหอบเหนื่อยเมื่อออกแรง เกิดขึ้นในระยะแรกของภาวะหัวใจล้มเหลว เมื่อพักอาการหอบเหนื่อยจะหายไป ทั้งนี้อาจเกิดจากกำลังสำรองของหัวใจลดลง การออกแรงเพียงเล็กน้อยจะทำให้เกิดอาการหอบเหนื่อยได้

1.1.2) หอบเหนื่อยสัมพันธ์กับท่าทาง (Orthopnea) ถ้านอนราบจะหายใจหอบ แต่ถ้าได้นั่งจะลดลงเนื่องจากปอดมีเลือดคั่งและบวม น้ำ ทานอนราบปอดจะขยายตัวได้ไม่ดี และ กระบังลมจะสูงขึ้นไปเบียดปอด ขณะเดียวกันเลือดจะไหลกลับเข้าสู่หัวใจและปอดมากขึ้น

1.1.3) อาการหอบเหนื่อยเป็นพัก ๆ ในตอนกลางคืน เป็นอาการสำคัญที่แสดงว่า ผู้ป่วยเริ่มมีการทำงานของหัวใจล้มเหลวในท่านอนราบผู้ป่วยจะนอนหลับสบายประมาณ 2-5 ชั่วโมง และจะตื่นขึ้นมาในตอนดึกด้วยอาการหายใจไม่ออก เหนื่อยหอบ มักเป็นอยู่ 15-20 นาที แต่บางครั้งอาจนานและลดลงได้บ้างในท่านั่ง

1.1.4) หายใจผิดปกติ คือ มีอัตราการหายใจเร็วและค่อย ๆ ช้าจนหยุดหายใจ แล้วเริ่มหายใจเร็วใหม่เป็นเช่นนี้เรื่อย ๆ ไป เรียกลักษณะการหายใจนี้ว่า Cheyne stroke respiration อาจเกิดได้ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว การหายใจแบบนี้พบได้บ่อยในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจข้างซ้ายล้มเหลว

1.1.5) อาการเจ็บหน้าอกในท่านอนราบตอนกลางคืน (nocturnal angina) เป็นลักษณะอย่างหนึ่งของหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยมักจะบ่นหอบเหนื่อยและจะรบกวนการนอนหลับ กลไกการเกิดคล้ายกับการหอบเหนื่อยในตอนกลางคืน แต่การตอบสนองของหัวใจห้องล่างซ้ายต่อ ปริมาตรของเลือดที่มากเกินไปเนื่องจากการดูดซึมกลับของน้ำจากการบวม ทำให้เกิดอาการปวดแสบที่ จะหายใจไม่ออก การลดความเจ็บปวดในตอนกลางคืนไม่สามารถบรรเทาได้ด้วยยาไนโตรกลีเซอริน แต่จะต้องรักษาแก้ไขภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเป็นสาเหตุของการเจ็บหน้าอกในท่านอนราบตอนกลางคืน

1.2) การไอ ผู้ป่วยจะบ่นไอแห้ง ๆ ระบายคอตไอแรงไอ ไอกกลางคืน อาจร่วมกับ อาการหอบเหนื่อย ซึ่งขัดขวางต่อการนอนหลับพักผ่อนอย่างมาก ทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย นอกจากนั้นการไออาจแสดงถึงฟัลโมนารีเอมโบลี โดยที่ลักษณะการไอจะมีเสมหะเป็นฟองสีชมพู หรือเป็นเลือด

1.3) การบวม จะมีน้ำหนักตัวเพิ่ม เมื่อการทำงานของหัวใจด้านซ้ายล้มเหลวจะทำให้ หน้าที่ของไตเสีย และเกิดการบวมได้

2) หัวใจด้านขวาล้มเหลวมีอาการและอาการแสดง ดังนี้

2.1) บวม มักจะเป็นกับส่วนปลายของร่างกาย การบวมกดบุ๋มในอวัยวะส่วนปลาย เกิดจากผลของแรงโน้มถ่วงในท่าตรงทำให้ความดันไฮโดรสตาติก (Hydrostatic Pressure) สูงพอที่จะ ขับสารน้ำออกจากหลอดเลือดระหว่างเซลล์ ผู้ป่วยมักจะทราบหรือรับรู้เกี่ยวกับการบวมในส่วนปลาย ตั้งแต่หัวเข่าลงมา เช่น เท้าหรือขากดบุ๋ม ผู้ป่วยที่นอนอยู่บนเตียงส่วนที่บวมจะเห็นได้ชัดที่บริเวณก้นกบ ผู้ป่วยจะมีน้ำหนักตัวเพิ่ม และเมื่อตบวมผู้ป่วยอาจบ่นปวดท้อง ท้องโตขึ้นโดยรู้สึกอึดอัดเพิ่มขึ้น

2.2) อาการทางระบบทางเดินอาหาร อาจได้จากประวัติผู้ป่วยจะบ่นว่าแน่นหรือจุกบริเวณใต้ชายโครงขวาหรือบริเวณลิ้นปี่ เป็นผลจากตับโต อาจมีลำไส้บวมร่วมด้วยจากการคั่งของระบบไหลเวียนเลือด ทำให้หน้าที่ของระบบทางเดินอาหารเปลี่ยนไป เกิดเบื่ออาหาร คลื่นไส้ และอาเจียน

2.3) หลอดเลือดดำที่คอโป่ง เนื่องจากความดันในหลอดเลือดสูงขึ้นจากการมีจำนวนเลือดคั่งอยู่ในหลอดเลือดมากอาจมองเห็นการเต้นของหลอดเลือดดำได้ชัดเจน

อาการดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในด้านต่าง ๆ ดังนี้ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ คือ ทำให้ความทนต่อการปฏิบัติกิจกรรมและการออกกำลังกายลดลง การพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ ได้รับอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ปัสสาวะออกน้อยลงจากการที่เลือดไปเลี้ยงไตลดลง และมีอาการท้องผูกจากการนอนพักบนเตียงนาน ๆ (Braunwald. 2001) ด้านสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีแบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคม และต้องการพึ่งพาผู้อื่น ผู้ป่วยอาจมีการแยกตัวออกจากสังคม ไม่สามารถมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้ตามปกติ ด้านเศรษฐกิจ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพ ทำให้ขาดรายได้และเป็นภาระของครอบครัวในการหาผู้ดูแลทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายหรือต้องมีบุคคลในครอบครัวที่ต้องหยุดงานเพื่อดูแลผู้ป่วย (Haldeman et al. 1999) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ทำให้เกิดความวิตกกังวล กลัวสูญเสียพลังอำนาจและคุณค่าในตนเองลดลง เครียด ท้อแท้หมดหวัง และเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Danner. 2003) จากผลกระทบดังกล่าวทำการรักษาพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีเป้าหมายชะลอความก้าวหน้าของโรค ลดปัจจัยที่อาจทำให้เสียชีวิต ส่งเสริมการไหลเวียนลดความต้องการการใช้พลังงาน เพื่อยืดชีวิตและให้ผู้ป่วยสามารถอยู่กับภาวะหัวใจล้มเหลวที่ดำเนินไปในแต่ละระยะได้อย่างเหมาะสม

2.1.5 การรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

การรักษาผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวมีเป้าหมาย คือ การยืดชีวิตและให้อยู่อย่างมีคุณภาพชีวิต โดยลดอาการ ชะลอความก้าวหน้าของโรค และลดปัจจัยที่อาจทำให้เสียชีวิต ด้วยการเพิ่มประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ รวมทั้งลดภาระการทำงานของหัวใจ (ผ่องพรรณ แสงอรุณ. 2551) ในการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวนี้มีทั้งการบำบัดด้วยยา การใช้เครื่องมือช่วยการทำงานของหัวใจและการผ่าตัด โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การรักษาด้วยยา การใช้เครื่องมือและการดูแลต่าง ๆ ในการบำบัดภาวะหัวใจล้มเหลวมักใช้ยาหลายอย่างร่วมกัน (Polypharmacy) ซึ่งในการเลือกใช้ยาชนิดใด และลำดับการใช้ยาใดก่อนหลังหรือร่วมกับยาใดนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง แต่สุดท้ายหลักในการใช้ยาก็เพื่อการบำบัดผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในการเพิ่มความสามารถในการบีบตัวของเวนตริเคิล ลดภาระงานของกล้ามเนื้อหัวใจ และป้องกันไม่ให้อาการหัวใจล้มเหลวมากขึ้น โดยยับยั้งการ remodeling ของหัวใจ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1) การเพิ่มความสามารถในการบีบตัวของเวนตริเคิล นั่นคือเป็นการเพิ่มความสามารถในการบีบตัวของหัวใจที่ล้มเหลว เพื่อเพิ่มปริมาตรเลือดที่หัวใจบีบออกแต่ละครั้ง ซึ่งต้องใช้ยาและการดูแลต่าง ๆ ดังนี้ (ผ่องพรรณ อรุณแสง. 2551)

1.1.1) การรักษาด้วยออกซิเจน เป็นการเพิ่มออกซิเจนในลมหายใจทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้น มีผลต่อการได้รับออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้การทำหน้าที่ของหัวใจดีขึ้น (ผ่องพรรณ อรุณแสง. 2551)

1.1.2) การรักษาด้วยยาติดิจิตาลิส ซึ่งมีฤทธิ์ลดอัตราการเต้นของหัวใจและเพิ่มการหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้ปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกก่อนที่เพิ่มขึ้น จึงส่งผลให้ได้รับเลือดมากขึ้น ยาจึงเสมือนมีฤทธิ์เป็นยาขับปัสสาวะอย่างอ่อนด้วย (Taccetta–Chapnick. 2002) และการที่ติดิจิตาลิสทำให้หัวใจเต้นช้าลง จึงทำให้เวลาในการบรรจุเลือดนานขึ้นและการที่หัวใจเต้นช้าลงทำให้ความต้องการใช้ออกซิเจนลดลงด้วย (ผ่องพรรณ อรุณแสง. 2551) ติดิจิตาลิสมีประโยชน์มากในภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีปริมาตรเลือดออกจากหัวใจน้อย ที่เกิดจากหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจรูมาติก ความดันโลหิตสูงและหัวใจพิการแต่กำเนิด หรืออีกนัยหนึ่งมีประโยชน์ต่อการบำบัดภาวะหัวใจล้มเหลวชนิดมีความผิดปกติในการบีบตัวของหัวใจ (systolic dysfunction) การใช้ยาติดิจิตาลิสร่วมกับยาบางอย่าง เช่น verapamil และ amiodarone อาจทำให้ระดับยาเพิ่มขึ้นได้ เสี่ยงต่อการเกิดพิษของยาได้ ดังนั้นในการรักษาด้วยยานี้จึงต้องมีการติดตามระดับยาในเลือดและติดตามผล electrolyte พร้อมทั้งสังเกตอาการพิษจากยา ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเสีย เบื่ออาหาร ง่วงซึม ปวดศีรษะ ตามัว มองเห็นภาพซ้อน มี sinus bradycardia และหัวใจเต้นผิดจังหวะ (ผ่องพรรณ อรุณแสง. 2551) ยาที่นิยมใช้ คือ digoxin ต้องมีการจับชีพจรเต็มหน้าที่ก่อนให้ยาทุกครั้ง และหากให้ยาทางหลอดเลือดดำต้องให้ช้า ๆ มากกว่า 5 นาที ขนาดปกติที่ใช้ควรอยู่ระหว่าง 0.125-0.25 มก./วัน ถ้าการทำงานของไตเป็นปกติและควรลดขนาดลงในผู้สูงอายุ และมีการทำงานของไตผิดปกติ ซึ่งอาจอยู่ระหว่าง 0.0625-0.125 มก. โดยปรับระดับ digoxin ในเลือดให้อยู่ประมาณ 0.5-0.9 นก./ดล. นอกจากนี้ควรเจาะระดับ digoxin ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะ digitalis intoxication เช่น เพศหญิง ผู้สูงอายุ ไตเสื่อม หรือใช้ร่วมกับยาที่เพิ่มระดับ digoxin ในเลือด แนะนำให้เจาะตรวจระดับ digoxin ในเลือดหลังรับประทานยา 6-8 ชั่วโมง (American Heart Association. 2009)

1.1.3) การรักษาด้วยยาเพิ่มประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ (Inotrope) ยาในกลุ่มนี้ เช่น Dopamine Dobutaine และ amrinone ซึ่งมักจะใช้ในภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกก่อนที่ต่ำมาก ยาจะช่วยให้การหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ เพิ่มปริมาตรเลือดที่หัวใจบีบออกในแต่ละครั้ง (Gerard and Tazbir. 2001 ; Gorski. 2002) โดยมีรายละเอียดของยาในกลุ่มนี้ดังนี้

1.1.3.1) Dopamine เป็นอนุพันธ์ของอิพิเนพรีน การออกฤทธิ์ขึ้นอยู่กับขนาดยาที่ใช้ (2.5-10 ไมโครกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อนาที) นั่นคือ หากใช้ Dopamin ในขนาดต่ำ (น้อยกว่า 4 ไมโครกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อนาที) จะออกฤทธิ์ผ่าน dopamine receptor ทำให้หลอดเลือดของไต สมอง และหลอดเลือดโคโรนารีขยายตัว จึงส่งผลให้ปัสสาวะออกดีขึ้น ส่วนการใช้ Dopamine ขนาดปานกลาง (4-8 ไมโครกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อนาที) ออกฤทธิ์ผ่านเบตา 1 อะดรีเนอร์จิกทำให้กล้ามเนื้อหัวใจหดตัวได้แรงขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้น ปริมาตรเลือดที่ส่งออกต่อนาทีเพิ่มขึ้น และหลอดเลือดโคโรนารีขยายตัว ทำให้หัวใจได้รับออกซิเจนเพิ่มขึ้น และในการใช้ Dopamine ในขนาดที่สูง (10 ไมโครกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อนาที) จะออกฤทธิ์ผ่านตัวรับแอลฟาอะดรีเนอร์จิก ทำให้หลอดเลือดอาร์เทอริโอลและหลอดเลือดดำหดตัว ความต้านทานของหลอดเลือดทั่วร่างกายจึงเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตจะสูงขึ้น ซึ่งในการใช้ Dopamine ในขนาดที่สูงต้องระมัดระวัง การคั่งของเลือดในปอด อาการเจ็บหน้าอกและภาวะเวเนตริเคิลหดตัวก่อนกำหนดจากการขาดออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ นอกจากนี้อาจพบอาการคลื่นไส้ อาเจียน ดังนั้นจึงควรเฝ้าติดตามการเต้น และจังหวะของหัวใจ ความดันโลหิต ปริมาตรปัสสาวะ ชีพจรของส่วนขา สีผิว และอุณหภูมิอย่างสม่ำเสมอ และควรเฝ้าระวังการรั่วซึมของยาออกนอกเส้นเลือดเพราะจะทำให้เนื้อเยื่อเกิดการระคายเคืองจนเกิดเนื้อตายได้

1.1.3.2) Doputamine เป็นแคทีโคลามีนที่ออกฤทธิ์ต่อตัวรับเบตา 1 อะดรีเนอร์จิก จึงทำให้หัวใจบีบตัวแรงขึ้น atrioventricular conduction เร็วขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้น โดย dobutamine ช่วยเพิ่มการบีบตัวของหัวใจโดยไม่มีผลต่ออัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิต ดังนั้นจึงไม่เพิ่มความต้องการในการใช้ออกซิเจนของหัวใจ และไม่ลดการไหลเวียนเลือดของหลอดเลือดโคโรนารี ในการใช้ยานี้ควรเฝ้าระวังอาการข้างเคียงที่จะเกิดขึ้นได้ เช่น หัวใจเต้นเร็ว การนำคลื่นไฟฟ้าระหว่างหัวใจห้องบนและห้องล่างเร็วขึ้น เจ็บหน้าอก ความดันโลหิตเพิ่มสูง หัวใจบีบตัวก่อนกำหนด ปวดศีรษะ คลื่นไส้ หอบเหนื่อย เป็นต้น

1.1.3.3) Amrinone ออกฤทธิ์ช่วยเพิ่มการบีบตัวของหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดคลายตัว จึงช่วยในการลดภาระการทำงานของหัวใจ ใช้เพิ่มปริมาณเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างรุนแรง นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มเลือดที่ไปยังไต จึงเพิ่มการกรองของไต และ Amrinone ช่วยเพิ่มความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ จึงอาจพบภาวะหัวใจเต้นผิดปกติจังหวะได้ง่าย และผลจากการขยายหลอดเลือดอาจทำให้ความดันโลหิตต่ำ นอกจากนี้อาจทำให้เกร็ดเลือดลดต่ำลงและมีพิษต่อตับ ดังนั้นจึงควรเฝ้าระวังในเรื่องความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ และจังหวะการเต้นของหัวใจ

1.2) การลดภาระงานของหัวใจ เป็นวิธีการรักษาอย่างหนึ่งในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ไม่ว่าจะเป็นการพักผ่อนทั้งร่างกายและจิตใจซึ่งไม่เพียงแต่ช่วยลดความต้องการใช้ออกซิเจนเท่านั้น แต่ยังช่วยลดปริมาณเลือดในหลอดเลือดด้วย รวมทั้งการจัดผู้ป่วยให้อยู่ในท่า Fowler's position

หรือทำนอง ก็จะช่วยลดการคั่งของเลือดดำที่ปอดได้ ลดอาการหายใจลำบาก (Weeks. 1996) นอกจากนี้การลดภาระงานของหัวใจยังแบ่งเป็น การลดภาระด้านหน้าและด้านหลังของหัวใจ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.2.1) การลดภาระด้านหน้าของหัวใจ คือ การลดปริมาตรเลือดและลดแรงดันในเวนทริเคิล จึงทำให้การยืดขยายกล้ามเนื้อมีความเหมาะสม หัวใจบีบตัวได้ดีขึ้น ซึ่งภาระด้านหน้าของหัวใจที่ทำให้หัวใจของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทำงานไม่มีประสิทธิภาพ จะเกี่ยวข้องกับการคั่งของน้ำและโซเดียมในร่างกาย ดังนั้นการลดภาระด้านหน้าของหัวใจจึงทำได้ด้วยการให้ยาขับปัสสาวะและขยายหลอดเลือด และในการบำบัดควบคุมน้ำและโซเดียมในร่างกายมีดังนี้

1.2.1.1) การจำกัดเกลือและน้ำ การจำกัดเกลือในอาหารจะช่วยป้องกันควบคุมและลดอาการบวมในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงปานกลางควรจำกัดโซเดียมในอาหารไม่เกิน 3 กรัม/วัน สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงควรจำกัดโซเดียมในอาหารไม่เกิน 2 กรัม/วัน และในรายที่มีอาการรุนแรงมากอาจจำกัดโซเดียมในอาหารที่ 0.5-1 กรัม/วัน (Perrin. 2002) ซึ่งในการลดการคั่งของเกลือและน้ำด้วยอาหารบำบัดนี้ได้ผลในรายที่ไม่รุนแรง หากมีอาการรุนแรงต้องให้ยาขับปัสสาวะร่วมด้วย ส่วนในเรื่องของการจำกัดน้ำในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในรายที่รุนแรงมากอาจให้น้ำเพียง 1 ลิตร/วัน การได้รับน้ำมากจะเจือจางความเข้มข้นของโซเดียมในเลือดเกิดภาวะ Hyponatremia ทำให้มีอาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลียได้ และพบว่าร้อยละ 25 ของผู้ที่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีสาเหตุเกิดจากการได้รับเกลือโซเดียมมากเกินไป (ผ่องพรรณ อรุณแสง. 2554)

1.2.1.2) การรักษาด้วยยาขับปัสสาวะ ยาขับปัสสาวะช่วยในการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง ของน้ำและโซเดียม ซึ่งยาขับปัสสาวะช่วยให้ได้มีการขับเกลือและน้ำลดปริมาตรเลือดไหลเวียน ลดภาระด้านหน้าของหัวใจ และลดการคั่งเลือดในร่างกายและในปอดชนิดของยาและขนาดของยาที่ใช้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวและการทำหน้าที่ของไต (Devis. 2002) และยาขับปัสสาวะที่ใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีดังนี้

1.2.1.2.1) Furosemide เป็นยาขับปัสสาวะที่มีประสิทธิภาพในการลดปริมาตรเลือดได้มากเพราะสามารถขับน้ำออกจากร่างกายได้มาก จึงมักใช้เพื่อแก้ไขภาวะโซเดียมและน้ำคั่งในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แต่การใช้ยาขนาดสูงอาจทำให้ปริมาตรเลือดพร่องมีความดันโลหิตลดลงจากการปัสสาวะมากเกินไป มีโปแตสเซียมในเลือดต่ำและทำให้เกิดพิษจากยาดีจิตาลิสได้ง่ายขึ้น (ผ่องพรรณ อรุณแสง. 2551)

1.2.1.2.2) Hydrochlorotriazide ฤทธิ์ในการขับปัสสาวะของยานี้จะลดลงเมื่อไม่มีภาวะน้ำเกิน จึงทำให้ไม่พบการขับปัสสาวะต่อเนื่องหรือภาวะขาดน้ำ ยานี้จะค่อย ๆ ออกฤทธิ์ขับปัสสาวะ มักใช้ในผู้สูงอายุที่มีการคั่งของน้ำไม่มาก หรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแล้วหรือใช้ป้องกันไม่ให้อาการหัวใจล้มเหลวอีก (ผ่องพรรณ อรุณแสง. 2551)

1.2.1.2.3) Potassium-sparing diuretics or spironolactone มักใช้ลดอาการบวมและภาวะ ascites ที่ไม่ตอบสนองด้วยยาขับปัสสาวะปกติ ยานี้มีฤทธิ์ยับยั้งการคั่งโซเดียมและการขับโปแตสเซียม มักใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นแล้วหรือใช้ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวอีก หรือใช้เมื่อยาขับปัสสาวะอื่นมีการขับโปแตสเซียมจนทำให้ระดับโปแตสเซียมในเลือดลดลง (ผ่องพรรณ อรุณแสง. 2551) และในการใช้ยากลุ่ม potassium-sparing diuretics ควรตรวจวัดโปแตสเซียม และ creatinine เป็นระยะ เช่น ทุก 5-7 วันหลังจากเริ่มให้ยาหรือมีการปรับขนาดยา เมื่อระดับการทำงานของไตและระดับโปแตสเซียมคงที่แล้ว ควรตรวจวัดการทำงานของไตและระดับโปแตสเซียมทุก 3-6 เดือน ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยากลุ่ม potassium – sparing diuretics ในผู้ป่วยที่มีระดับโปแตสเซียมในเลือดสูงกว่า 5 มิลลิโมล/ลิตร หรือ creatinine มากกว่า 2.5 มก./ดล. และไม่ควรใช้โปแตสเซียมรับประทานเพิ่มเติมในรายที่ได้รับยากลุ่ม potassium-sparing diuretics (American Heart Association. 2009)

1.2.1.3) การรักษาด้วยยาขยายหลอดเลือด การคลายตัวของกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดดำทำให้เลือดคั่งค้างอยู่ในหลอดเลือดดำของร่างกายเพิ่มขึ้นเลือดจึงกลับสู่หัวใจน้อย เป็นการลดภาระด้านหน้าของหัวใจ ยาในกลุ่มนี้ เช่น ไนโตรกลีเซอริน และไอโซซอร์ไบด์ไดไนเตรท (Isosorbidedinitrate) โดยวิธีการบริหารยาสามารถอธิบายได้ดังนี้ ไนโตรกลีเซอรินและไนเตรททำให้กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดดำคลายตัว ลดภาระด้านหน้าของหัวใจ ลดอาการเจ็บหน้าอก ลดอาการเหนื่อย แต่อาจทำให้หัวใจเต้นเร็วและมีการคั่งเลือดในปอดมีหลักฐานแสดงว่ายา nitrate ช่วยลดอาการหัวใจล้มเหลวได้ทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง การให้ยากลุ่มนี้อาจให้ด้วยการรับประทาน หรือทางหลอดเลือดดำ หรือทางผิวหนัง ยานี้อาจทำให้ความดันโลหิตต่ำ ซึ่งมักเกิดในผู้ป่วยที่บริหารยาทุก 4-6 ชั่วโมง หรือให้ร่วมกับยาขยายหลอดเลือดอื่น ๆ เช่น ACEI หรือ hydralazine ดังนั้นควรเปลี่ยนการบริหารยาเป็นทุก 8-12 ชั่วโมงแทน และติดตามความดันโลหิตเสมอ (American Heart Association. 2009)

1.2.2) การลดภาระด้านหลังของหัวใจ สามารถทำได้โดยการทำให้หลอดเลือดแดงคลายตัว เมื่อหลอดเลือดแดงขยาย แรงต้านการบีบตัวของเวนติเคิลจะลดลง และเพิ่มปริมาตรเลือดที่ส่งออกก่อนที่ จึงเป็นการลดภาระด้านหลังของหัวใจ ซึ่งยาที่ใช้ในการลดภาระด้านหลังของหัวใจมีดังนี้

1.2.2.1) ยาขยายหลอดเลือดแดง ยาจะลดความตึงตัวของอาร์เทอร์โวลทั่วร่างกาย ความต้านหลอดเลือดทั่วร่างกายและภาระด้านหลังของหัวใจจึงลดลง เป็นการเพิ่มปริมาตรเลือดที่ออกสู่หัวใจ เพิ่มการไหลเวียนเลือดไปยังไตทำให้มีการขับปัสสาวะ ยาที่นิยมใช้ ได้แก่ hydralazine ซึ่งได้มีการศึกษาว่าสามารถให้ hydralazine ได้ถึง 300 มก./วัน ขณะที่ nitrate ให้ได้

ถึง 160 มก./วัน การใช้ยา 2 กลุ่มร่วมกันนี้สามารถลดอัตราการตาย แต่ไม่มีผลการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว (American Heart Association. 2009)

1.2.2.2) ACE inhibitor ระบบเรนินแองจิโอเทนซิน แอลโดสเตอโรน จะถูกกระตุ้นในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่รุนแรงและจากการใช้ยาขับปัสสาวะ ซึ่ง ACE inhibitor เป็นยาที่ออกฤทธิ์ที่ระบบดังกล่าว ทำให้หลอดเลือดขยายตัว ลดความต้านทานของหลอดเลือดทั่วร่างกายและลดความดันเฉลี่ยของหลอดเลือดแดง และ ACE inhibitor ยังเสริมฤทธิ์กับยาขับปัสสาวะ ทำให้การขับโซเดียมและน้ำออกจากร่างกายดีขึ้น ดังนั้น การขยายหลอดเลือดและขับน้ำ ขับโซเดียม จึงลดภาระด้านหลังของหัวใจ และลดความต้องการใช้ออกซิเจนของหัวใจ และยานี้ยังมีฤทธิ์ลดระดับนอร์อิพิเนฟรินในเลือดซึ่งเป็นสารที่สัมพันธ์กับอาการและอาการแสดง รวมถึงการพยากรณ์ของภาวะหัวใจล้มเหลว (ผ่องพรรณ อรุณแสง. 2551) ยา ACE inhibitor ที่นิยมใช้รักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ captopril และ enalapril maleate ซึ่งผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ใช้ยากกลุ่มนี้ต้องติดตามความดันโลหิตอย่างใกล้ชิด ติดตาม creatinine potassium และ WBC เพราะยานี้อาจทำให้เม็ดเลือดขาวต่ำได้ นอกจากนี้ควรสังเกตอาการไอซึ่งเป็นอาการข้างเคียงของยาด้วย (American Heart Association. 2009)

1.2.2.3) การรักษาด้วยยาต้านเบตา ในการใช้ยากกลุ่มนี้ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเนื่องจากยายับยั้งผลของประสาทซิมพาเทติกทำให้อาการของภาวะหัวใจล้มเหลวดีขึ้น ทำกิจกรรมได้มากขึ้น เพิ่มคุณภาพและลดอัตราการตาย ซึ่งผลเหล่านี้เกิดขึ้นเมื่อใช้ยานี้ร่วมกับ ACE inhibitor (Taccetta – Chapnick. 2002) ปัจจุบันยา carvedilol เป็นยาตัวเดียวที่ยอมรับและสามารถใช้ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แต่ก็มีการใช้ยาตัวอื่นบ้าง เช่น metoprolol เป็นต้น โดยในการบริหารยาจะปรับขนาดเพิ่มขึ้นทีละน้อยจนถึงขนาดที่ใช้รักษา โดยใช้ความดันโลหิต ชีพจร การทำกิจกรรม อาการหายใจลำบากเมื่อนอนราบเป็นเกณฑ์ในการประเมิน ในการรักษาด้วยยาต้านเบตาที่มีประสิทธิภาพคือ ผู้ป่วยจะต้องไม่มีอาการวิงเวียนเมื่อเปลี่ยนท่า ชีพจรประมาณ 55 ครั้ง/นาที ขณะพักและเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเมื่อมีกิจกรรม ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้มากขึ้น ไม่มีอาการหายใจลำบากเมื่อนอนราบ ในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเล็กน้อยถึงปานกลาง ejection fraction จะเพิ่มขึ้นลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และอาการแสดงต่าง ๆ ของภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอยู่ดีขึ้น (ผ่องพรรณ อรุณแสง. 2551)

1.2.2.4) การรักษาด้วยยา Human B-type natriuretic peptide : Nesiritide ซึ่งเป็นยาใหม่ที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ไม่สามารถชดเชยได้อย่างเฉียบพลัน คือ มีอาการหายใจลำบากขณะพักอย่างทันทีทันใด ใช้รักษาทั้งในความผิดปกติในการบีบตัวและคลายตัวของเวนตริเคิล ออกฤทธิ์เลียนแบบฮอร์โมนจากหัวใจในธรรมชาติ ยาทำให้กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดคลายตัว ลดการคั่งของน้ำและโซเดียม กดการหลั่งเรนิน และลดการหลั่งแอลโดสเตอโรน

ยานี้อยู่ระหว่างการศึกษาศึกษาและสามารถให้โดยวิธีการฉีดเท่านั้น การพยาบาลที่สำคัญ คือ ต้องวัดสัญญาณชีพ ติดตามอัตราการหายใจอย่างต่อเนื่อง และต้องประเมินน้ำเข้าและออกอย่างใกล้ชิด และต้องแนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติ เช่น เจ็บหน้าอก อึดอัด มีน้้ำคั่ง มีวชิตเย็น และหายใจลำบาก เป็นต้น (Davis. 2002 ; Colbert and Greene. 2003)

2) การรักษาด้วยการผ่าตัด ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวนอกจากได้รับการรักษาด้วยยาแล้วยังพบว่าในผู้ป่วยบางรายอาจได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (heart transplantation) หรือ cardiomyoplasty ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.1) การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (heart transplantation) ซึ่งมีข้อบ่งชี้ในการทำเมื่อหัวใจมีการทำลายจนไม่สามารถกลับคืนมาได้ หรือเมื่อหัวใจไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสมและไม่ตอบสนองต่อการบำบัดอื่น ๆ รวมทั้งหากมีข้อบ่งชี้ว่าเป็นระยะสุดท้ายของภาวะนี้หากไม่แก้ไขจะทำให้เสียชีวิต การใช้หัวใจเทียมจะช่วยหรือทดแทนหัวใจที่ล้มเหลว โดยภายหลังการผ่าตัดอัตราการอยู่รอด 1 ปีสูงมากกว่าร้อยละ 85 สำหรับในประเทศไทยหลังผ่าตัดอัตราการอยู่รอด 5 ปีมีถึงร้อยละ 70 และหลังผ่าตัดผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ปกติ คือมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2.2) cardiomyoplasty เป็นการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจได้ โดยมีวิธีการทำ คือผ่าตัดเอากล้ามเนื้อ latissimusdorsi ซึ่งเป็นกล้ามเนื้อลายมาหุ้มหัวใจที่ล้มเหลวและกระตุ้นกล้ามเนื้อให้ทำงานด้วยเครื่องกระตุ้นจังหวะอิเล็กทรอนิกส์ให้มีการหดตัวเป็นจังหวะเดียวกันกับการหดตัวของเวนตริเคิล การพยาบาลหลังผ่าตัด คือ มีการประเมินหัวใจและการไหลเวียนอย่างใกล้ชิด บริหารยาที่เพิ่มการบีบตัวของหัวใจ และยาที่ทำให้หลอดเลือดหดตัวเพื่อคงปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกตอนที่ไว้ รอจนกระทั่งมีการสร้างคลื่นหัวใจได้ดี ซึ่งใช้เวลาประมาณ 2-3 สัปดาห์ และหลังการผ่าตัดบริเวณกลีบปอดบนซ้ายจะมีพับของกล้ามเนื้อ (fold of latissimusdorsi) เบียดอยู่ ดังนั้น vital capacity จึงอาจลดลงจากเดิมได้ถึงร้อยละ 20 ดังนั้นจึงต้องมีการดูแลสุขภาพปอดเป็นอย่างดี ลดอาการปวด และป้องกันการเกิดปอดแฟบและปอดอักเสบ นอกจากนี้ยังต้องแนะนำให้ผู้ป่วยบริหารแขนเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดกล้ามเนื้อทรวงอกด้วย (ผ่องพรรณ อรุณแสง. 2551)

ดังนั้น การรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีทั้งการรักษาด้วยยา การผ่าตัดหัวใจและการดูแลต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ แต่ทั้งนี้เป้าหมายในการรักษาก็เพื่อชะลอความก้าวหน้าของโรค ช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติ

2.1.6 การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

หลักการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถวิเคราะห์ได้จากกลไกการเกิดและผลกระทบที่เกิดจากภาวะหัวใจล้มเหลว มีเป้าหมาย ที่จะส่งเสริมกลไกการไหลเวียนและการลดความต้องการการใช้พลังงานซึ่งจะส่งผลต่อการลดความต้องการออกซิเจน เพราะหากร่างกายมี

ความต้องการออกซิเจนมากจะส่งผลให้หัวใจทำงานมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีการดำเนินของโรคอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ ดังนั้นจึงควรให้การพยาบาลตามสภาวะการเจ็บป่วยในแต่ละระยะ (สุรีย์ ธรรมิกบวร. 2554) ดังนี้

1. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการไหลเวียนเลือด ซึ่งกลไกสำคัญคือ การเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ

1.1 การดูแลให้ได้รับยาเพิ่มความสามารถในการทำงานของหัวใจตามแผนการรักษาอย่างเหมาะสม ติดตามฤทธิ์การรักษา และฤทธิ์ข้างเคียงของยา การติดตามภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา เช่น ติดตามการแข็งตัวของเลือดจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด

1.2 การลดภาระการทำงานของหัวใจก่อนการบีบตัว (Preload) โดยการลดปริมาณน้ำในร่างกายด้วยการจำกัดน้ำ การดูแลการได้รับยาขับปัสสาวะ

1.3 การดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดยการประเมินความต้องการออกซิเจนและดูแลให้ได้รับทดแทนอย่างเหมาะสม

1.4 ฝึกการหายใจที่มีประสิทธิภาพเพื่อเพิ่มปริมาตรออกซิเจน โดยประเมินความพร้อมและความสามารถในการหายใจของผู้ป่วยก่อนการฝึกการหายใจ เพื่อนำไปสู่วางแผนในการปฏิบัติอย่างเหมาะสมร่วมกัน

1.5 เพิ่มความมั่นคงในจิตใจ สร้างความหวังที่ละขั้นที่เป็นไปได้ในแต่ละวัน การดูแลด้านจิตวิญญาณเป็นมิติที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ดังการศึกษาของเบียร์รี่ และคณะพบว่ามิติจิตวิญญาณสามารถทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมากที่สุด (Beery T.A. et al. 2002)

1.6 ออกกำลังกายอย่างเหมาะสม โดยประสานกับแพทย์ผู้ดูแลร่วมกับการประเมินอย่างใกล้ชิดสม่ำเสมอดูแลให้มีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย และการเจ็บป่วย การออกกำลังกายมีเป้าหมายเพื่อฟื้นฟูและส่งเสริมการทำงานของปอดและหัวใจ

1.7 พัฒนาศักยภาพในการประเมินตนเอง และความสามารถในการตัดสินใจเพื่อกำหนดกิจกรรมของตนได้อย่างเหมาะสม และยอมรับข้อจำกัดในการทำกิจกรรมของตนได้โดยเฉพาะในผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน ซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องปรับวิถีชีวิตของตน โดยคับข้องใจหรือรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง

1.8 พัฒนาศักยภาพของครอบครัวและผู้ดูแลให้พร้อมรับการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านในด้านต่าง ๆ ทั้งการจัดการเรื่องอาหาร การรักษาต่อเนื่อง การดูแลด้านอารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ

1.9 การประเมินสารน้ำที่ได้รับให้เหมาะสม ไม่มากเกินไปความสามารถในการขับออก โดยการติดตามปริมาณน้ำที่เข้าออกในแต่ละวัน การสังเกตอาการบวม บริเวณอวัยวะส่วนปลาย การติดตามน้ำหนักร่างกายสม่ำเสมอ

2. การพยาบาลเพื่อลดความต้องการ การใช้พลังงานซึ่งส่งผลต่อการลดความต้องการ ออกซิเจน มีดังนี้

2.1 การดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดเลือด เพื่อลดภาระการทำงานของหัวใจ เพิ่ม การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ (After load) ติดตามฤทธิ์ และฤทธิ์ข้างเคียงของยา

2.2 การจำกัดกิจกรรมตามความเหมาะสม เพื่อลดความต้องการออกซิเจนโดยการตรวจร่างกาย วัดปริมาณความเข้มข้นของออกซิเจน การประเมินชีพจร การหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ การสังเกตอาการ อาการแสดงหลังการมีกิจกรรมตามปกติ การประเมินก่อนและหลังการทำกิจกรรมดูช่วงเวลา แสดงของอาการเหนื่อยเพลีย เพื่อจะได้เข้าใจและปรับกิจกรรม

2.3 การพัฒนาศักยภาพในการจัดการอาการ อาการแสดงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม เช่น การลดไข้ อาการเหนื่อยล้า อาการไอ เพื่อลดความต้องการออกซิเจน ดังนั้นพยาบาลจะต้องสอนการไอที่ถูกวิธีการจัดสรรเวลาในการทำกิจกรรม และการพักผ่อนอย่างเหมาะสม การใช้ยาลดไข้เมื่อมีไข้

2.4 ดูแลให้เกิดความสดชื่น ปลอดภัย ไม่เครียด ไม่เศร้าหมอง มีกิจกรรมผ่อนคลายตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้สามารถพักผ่อนได้อย่างเพียงพอ เช่น การสนับสนุนส่งเสริมให้มีโอกาสในการทำกิจกรรมที่ชอบ

3. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองให้เกิดสุขภาพองค์รวมขณะอยู่ที่บ้าน โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ การพยาบาลระยะที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และการพยาบาล การเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย

3.1 การพยาบาลระยะที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน หมายถึง ระยะที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลได้รับยาและการตอบสนองต่อยาที่ดีมีแนวทางในการพยาบาลดังนี้

1) การให้คำแนะนำเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ซึ่งจะเป็นภาวะที่เพิ่มความต้องการออกซิเจน เช่น การหลีกเลี่ยงบริเวณแออัดซึ่งอาจก่อให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย

2) สนับสนุนการมีกิจกรรมทางสังคม และศาสนาหรือกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ เช่น การมีจิตอาสาอย่างเหมาะสมเพื่อส่งเสริมสุขภาพด้านอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เช่น การร่วมกิจกรรมทางสังคมที่สามารถร่วมกิจกรรมโดยไม่เหน็ดเหนื่อย เช่น การฟังเพลง ร้องเพลง งานเลี้ยงในครอบครัว ผู้ป่วยควรจำกัดกิจกรรมของตนเองในฐานะผู้เข้าร่วมกิจกรรมเท่านั้น ทั้งนี้ผู้ป่วยควรมีความคาดหวังการตอบรับจากการเข้าร่วมกิจกรรมตามเหมาะสม เพื่อลดความคับข้องใจจากการไม่ได้รับการตอบสนองตามที่คาดหวัง และควรให้คำแนะนำการสร้างวิถีชีวิตแนวบวก คิดสร้างสรรค์เพื่อให้มีการสร้างสัมพันธ์ภาพได้อย่างเหมาะสม กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ ควรมีการประเมินผู้ป่วย เพื่อหาแนวทางที่สอดคล้องเหมาะสม เช่น การอ่านหนังสือ การวาดรูปหรืองานศิลปะที่ก่อให้เกิดความสุขสงบ การมีจิตอาสาตามความสามารถแห่งตน เช่น การบริจาคทานในรูปแบบต่าง ๆ เป็นต้น

3.2 การเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย หมายถึง ระดับของการเจ็บป่วยที่แม้ในระยะพัก มีอาการเหนื่อยต้องพึ่งพาครอบครัวหรือผู้ดูแลตลอด ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (สมชาย ปรีชาวัฒน์. 2550) การดูแลในระยะนี้อาจถูกละเลยเนื่องจากไม่สามารถคาดการณ์ได้ชัดเจนเหมือนผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ดังการศึกษาของฮอร์นและเพน (Horne, P and Payne. 2004) ศึกษาเชิงคุณภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวระดับ 3 และ 4 พบว่าผู้ป่วยพูดถึงความตายด้วยความรู้สึกสับสน อ้างว้าง กลัว โดยที่ผู้ป่วยเหล่านี้มีได้ถูกส่งต่อให้ได้รับการดูแลประคับประคองใด ๆ (Palliative care) การพยาบาลที่สำคัญในระยะนี้ มีดังนี้

1) ให้การดูแลประคับประคองด้านจิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ โดยให้เวลารับฟังผู้ป่วยและครอบครัว จัดให้ทำกิจกรรมผ่อนคลายต่าง ๆ เช่น การฟังเพลง การอ่านหนังสือให้ฟัง การฟังธรรมะ เป็นต้น

2) การให้การช่วยเหลือบรรเทา ความเหนื่อยล้า โดยดูแลให้ออกซิเจน ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ อย่างรวดเร็ว ไม่ละเลยเพิกเฉยเมื่อประเมินได้ หรือได้รับการแจ้งความประสงค์จากผู้ป่วยและครอบครัว

3) อธิบายภาวะของผู้ป่วยให้ครอบครัวและผู้ดูแลได้เข้าใจ เพื่อให้สามารถคาดการณ์ปัญหาที่จะเกิดขึ้นและให้การช่วยเหลือได้เหมาะสมทั้งปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ตลอดจนการดำเนินกิจกรรมที่สำคัญต่าง ๆ เช่น การจัดทำเจตนาารมณ์ในวาระสุดท้าย การเตรียมตัวของครอบครัวในการเผชิญกับการสูญเสีย การวางตนที่เหมาะสมของผู้ป่วยและครอบครัว

4) พัฒนาศักยภาพของครอบครัว และผู้ดูแลในการให้การช่วยเหลือ เช่น การให้ออกซิเจน การให้สารอาหารสารน้ำ ตามความต้องการโดยไม่เร่งรัดให้ผู้ป่วยรีบเร่ง หรือมุ่งให้ได้ปริมาณแต่ให้เท่าที่ผู้ป่วยต้องการเท่านั้น

5) ชี้แนะให้ครอบครัวและผู้ดูแลเข้าใจถึงความสำคัญในการให้การดูแลด้านจิตวิญญาณ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นความปรารถนาเฉพาะ เช่น การได้พบบุคคลที่รักนับถือ การได้นำบุญปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นกุศลร่วมกันกับครอบครัว

2.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

2.2.1 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

คำว่า “พฤติกรรมการดูแลตนเอง” นี้ นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายไว้หลากหลาย ดังนี้

Palang (1991) ให้ความหมายว่า พฤติกรรม หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเองในแต่ละช่วงอายุเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ และความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง

ฮิลการ์ด เออร์เนส และโบเวอร์ (Hilgard and Bower. 1966 : 6) ได้ให้คำนิยามคำว่า พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิตที่สังเกตได้โดยบุคคลอื่น หรือเครื่องมือของผู้ทำการศึกษา

สมจิต หนูเจริญกุล (2544) กล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ ตามการรับรู้ความหมายของเหตุการณ์และพฤติกรรมนั้นต่อตนเอง

ธนากร สนิทอินทร์ (2552) ให้ความหมาย พฤติกรรม ว่าหมายถึง ปฏิบัติการต่าง ๆ ที่แสดงออกทั้งที่สังเกตได้และไม่อาจสังเกตได้รวมทั้งรู้ตัวและไม่รู้ตัว ซึ่งสามารถแบ่งพฤติกรรมเป็น 2 ส่วน คือ พฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) ซึ่งหมายถึง การกระทำที่เกิดขึ้นแล้วบุคคลอื่นสามารถสังเกตเห็นได้ เช่น การเดิน วิ่ง คำว่าสังเกตได้อาจด้วยการสุดตม สัมผัสก็ได้ และพฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) หมายถึงการกระทำที่เกิดขึ้นภายในใจ เช่น ความรู้สึกนึกคิด การรับรู้ เป็นต้น

เลวิน (Levin. 1984) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเอง คือ กระบวนการที่บุคคลสามัญชนคนหนึ่ง ๆ ทำหน้าที่ด้วยตนเองในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค และการรักษาโรค ในระดับขั้นพื้นฐานในระบบบริการสาธารณสุข

พิศสมร เดชดวง (2551) กล่าวว่า การดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ถูกต้อง เพื่อให้ตนเองมีภาวะสุขภาพที่ดี และป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายหรือผลเสียต่อสุขภาพ เพื่อให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข

ดังนั้น พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง กระบวนการหรือกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลแสดงออกอย่างต่อเนื่อง แตกต่างกันไปตามการรับรู้ สภาพสังคม วัฒนธรรม โดยมักได้รับอิทธิพลจากสถานการณ์ขณะนั้นและประสบการณ์ในอดีต ที่ส่งผลให้บุคคลนั้น ๆ สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิตที่เป็นปกติ

ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อชีวิตของบุคคลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ เพื่อชะลอการดำเนินของโรค นอกจากรักษาด้วยยา การมาตรวจตามนัด พบแพทย์อย่างต่อเนื่องแล้ว สิ่งสำคัญคือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ เนื่องจากผู้ป่วยใช้ชีวิตในโรงพยาบาลเพียงไม่กี่วัน เมื่อเทียบกับการมีชีวิตระยะยาวที่อยู่กับภาวะนี้ ดังนั้น ผู้ป่วยจึงควรได้รับการสนับสนุนให้เกิดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง (ผ่องพรรณ อรุณแสง. 2551) เป็นไปตามการศึกษาของลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้า (2553) เรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจล้มเหลว และการฝึกทักษะการจัดการตนเองเป็นรายบุคคล พร้อมติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ พบว่าผลของโปรแกรมมีประสิทธิภาพในการเพิ่มพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว สอดคล้องกับการศึกษาของยุคลธร เสียวรรณ (2555) เรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พบว่าหลังให้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพการดูแลตนเองที่พัฒนาจากทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ประกอบด้วย การสอน

และฝึกทักษะเป็นกลุ่มย่อย 2 ครั้ง พร้อมแจกคู่มือการดูแลตนเองและเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ ในปีเดียวกัน จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการทำกิจกรรม และการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความสามารถในการทำกิจกรรมและการดูแลตนเองสูงขึ้น นั่นคือ หากผู้ป่วยได้รับความรู้ การฝึกทักษะ และได้รับการสนับสนุนกระตุ้นในการดูแลตนเองก็จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น

พฤติกรรมดูแลตนเองของบุคคลนั้นเกิดได้จากการรับรู้จากสถานการณ์ขณะนั้น หรือประสบการณ์ในอดีต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเสาวลักษณ์ ทำมาก (2552) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าการรับรู้ของบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของบุคคลทั้งทางบวกและทางลบ นั่นคือผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวมาก มีการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวในระดับมาก จึงทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีด้วย และหากผู้ป่วยมีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวน้อยลงก็จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น นอกจากนี้ Rockwell and Riegel (2001) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.42, p<.05$) นอกจากนี้การดูแลตนเองยังเป็นความรับผิดชอบโดยตรงของผู้ป่วยเองทั้งในเรื่องการรวบรวม วิเคราะห์ ตัดสินใจเลือกการปรับเปลี่ยนและลงมือปฏิบัติให้เหมาะสมกับความสามารถของตน (Riegel et al. 2004) เพื่อให้สามารถจัดการกับภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะต่าง ๆ ได้ ศิริวรรณ ตั้งวิจิตรสกุล (2550) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าผลของโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การส่งเสริมการจัดการตนเองตามกระบวนการ ได้แก่ การตั้งเป้าหมายเกี่ยวกับโรค การวิเคราะห์และประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การปฏิบัติ และการประเมินตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค มีความมั่นใจในการปฏิบัติการจัดการตนเองได้อย่างถูกต้อง และควบคุมอาการของโรคได้ ทำให้การทำหน้าที่ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วยดีขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นด้วย

ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต้องปฏิบัติตามแนวทางการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ การชั่งน้ำหนักตัว การรับประทานอาหารที่มีปริมาณโซเดียมต่ำ การมีกิจกรรมที่ร่างกายต้องออกแรง และเคลื่อนไหวอยู่เสมอ การลดและควบคุมน้ำหนักตัว รวมถึงการป้องกันไม่ให้ป็นหวัด (Hunt. et al. 2005) อย่างถูกต้องสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีในระยะต่าง ๆ ของการดำเนินโรค ในการศึกษาครั้งนี้ พฤติกรรมดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง ความสามารถ

ในการปฏิบัติตัวเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างเหมาะสมประกอบด้วยพฤติกรรม 7 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการควบคุมอาหารและน้ำ 2) ด้านการควบคุมน้ำหนัก 3) ด้านการออกกำลังกาย 4) ด้านการรับประทานยาและตรวจตามนัด 5) ด้านการสังเกตอาการผิดปกติของภาวะหัวใจล้มเหลว 6) การเลือกใช้สถานบริการสุขภาพที่เหมาะสม และ 7) การจัดการตนเองเมื่อมีอาการกำเริบ อธิบายได้ดังนี้

1. ด้านการควบคุมอาหารและน้ำ

1.1 การควบคุมอาหาร ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวควรควบคุมเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร โดยรับประทานอาหารที่มีลักษณะอ่อน ย่อยง่าย เช่น เนื้อปลา ไข่ หรือควรสับให้เป็นชิ้นเล็ก ๆ ควรรับประทาน 6 – 8 มื้อต่อวัน มื้อละไม่มากเกินไป เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยออกแรงเคี้ยวมากจะทำให้หัวใจทำงานหนักมากเกินไป ควรรับประทานผักและผลไม้ที่ช่วยระบาย เช่น ส้ม มะละกอสุก สับปะรด เพราะหากผู้ป่วยมีอาการท้องผูกต้องใช้แรงเบ่งมาก ๆ จะส่งผลให้หัวใจทำงานหนักมากด้วย ควรลดอาหารเค็ม ไม่เติมน้ำปลา เกลือ ซอส เครื่องปรุงรส เพิ่มในอาหาร (กาญจนา พูลพิพัฒน์. 2552) รวมถึงการจำกัดการบริโภคเกลือโซเดียมในแต่ละวันโดยไม่ให้เกิน 2,400 มิลลิกรัม ซึ่งเทียบเท่ากับน้ำปลาประมาณ 2 ช้อนโต๊ะ (จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ และคณะ. 2556) รวมถึงการหลีกเลี่ยงอาหารหมักเกลือ อาหารกระป๋อง อาหารหมักดอง เพราะปริมาณเกลือที่มากเกินไป จะทำให้น้ำในร่างกายคั่งค้างจากการที่เกลือดูดซึมน้ำไว้ได้มาก ส่งผลให้หัวใจทำงานหนักจนเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้

1.2 การควบคุมน้ำ ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวควรจำกัดน้ำให้เหมาะสมกับความรุนแรงของโรคและการทำงานของไต ถ้าไม่มีอาการบวมหรือเหนื่อย ควรดื่มน้ำ (รวมทั้งนม น้ำหวาน น้ำผลไม้) 1,000 ซีซีต่อวัน และสามารถปรับเพิ่มหรือลดได้เมื่อมีอาการบวมหรือเหนื่อยให้ลดน้ำดื่มลงหรือดื่มน้ำเท่ากับจำนวนปัสสาวะที่ออกต่อวัน แต่หากไม่มีอาการบวมหรือเหนื่อยให้เพิ่มน้ำดื่มได้เป็นวันละ 1,200-1,400 ซีซี. จนถึง 1,500-2,000 ซีซี. ถ้าเพิ่มแล้วมีอาการให้ลดน้ำลง (กาญจนา พูลพิพัฒน์. 2552) หรือใช้หลักในการคำนวณน้ำดื่มสำหรับผู้ป่วยให้คิดจากจำนวนปัสสาวะที่ออกมาพร้อมกับจำนวนน้ำที่สูญเสียให้กับลมหายใจและเหงื่อ หักออกจากจำนวนน้ำที่ได้จากการเผาผลาญอาหารหรือสารอาหารภายในร่างกาย ทั้งนี้ต้องพิจารณาถึงสภาพภูมิอากาศของแต่ละแห่งด้วยว่าร้อนหรือหนาวร่วมด้วย เพื่อที่จะได้พิจารณาถึงจำนวนน้ำที่สูญเสียไปกับลมหายใจและเหงื่อ โดยเฉพาะในประเทศไทยเป็นประเทศที่มีอากาศร้อน มีการสูญเสียโดยไม่รู้ตัวประมาณวันละ 500-1000 มิลลิลิตร ร่างกายสามารถผลิตน้ำจากการเผาผลาญสารอาหารต่าง ๆ ภายในร่างกายวันละ 400 มิลลิลิตร (สุจิตรา ลิ้มอำนวยการ. 2536) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถประมาณการดื่มน้ำได้จึงควรมีการตวงปัสสาวะทุกวันในระยะแรก ๆ และฝึกการคำนวณน้ำดื่มตามสูตรสรุปได้ ดังนี้

$$\text{ปริมาณน้ำดื่ม} = \text{ปัสสาวะที่ออกมา} + \text{น้ำที่สูญเสียให้กับลมหายใจและเหงื่อ (500-1000 มล.)} \\ - \text{น้ำที่ได้จากการเผาผลาญสารอาหาร (400 มล.)}$$

2. ด้านการควบคุมน้ำหนัก ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต้องมีการควบคุมน้ำหนัก และชั่งน้ำหนักทุกวัน เพื่อดูปริมาณน้ำในร่างกาย หากน้ำหนักเพิ่ม 1 กิโลกรัม เท่ากับมีน้ำคั่งในร่างกาย 1,000 ซีซี (1 ซีดตาซัง เท่ากับ น้ำ 100 ซีซี) เวลาที่ชั่งน้ำหนักควรเป็นเวลาเช้าหลังถ่ายปัสสาวะและ ก่อนรับประทานอาหารเช้า หรือในเวลาเดียวกันทุกวัน สวมใส่เสื้อผ้าที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน นอกจากนี้ผู้ป่วยต้องจดบันทึกน้ำหนักทุกวัน ถ้าน้ำหนักเพิ่มมากกว่า 2 กิโลกรัมในหนึ่งวัน ควรไปพบแพทย์ เพราะอาจบ่งชี้ถึงการมีภาวะน้ำเกินซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่สามารถก่อให้เกิดอาการภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนได้ (กาญจนา พูลพิพัฒน์. 2552)

3. ด้านการออกกำลังกาย ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวนั้นขึ้นอยู่กับอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นจึงทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดทางร่างกายมีผลให้การเคลื่อนไหวช้าลงและความทนในการทำกิจกรรมต่างไปจากปกติ การออกกำลังกายที่พอเหมาะอย่างสม่ำเสมอจะช่วยป้องกันกล้ามเนื้อลีบและปรับ peripheral circulation ให้ดีขึ้น (กาญจนา พูลพิพัฒน์. 2552) ส่งผลให้ความทนต่อการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้น (จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ และคณะ. 2556) ทำให้ผู้ป่วยทำงานต่าง ๆ ได้มากขึ้น ไม่อ่อนเพลีย และรู้สึกกระปรี้กระเปร่าขึ้น (กาญจนา พูลพิพัฒน์. 2552) โดยวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมควรมีการเตรียมพร้อมของร่างกายก่อนและหลังการออกกำลังกาย (warm-up and cool-down) ประมาณ 10 นาทีเสมอ การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย คือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (aerobic exercise) ซึ่งเป็นการเคลื่อนไหวที่ร่างกายสามารถนำออกซิเจนไปใช้ประโยชน์อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ได้แก่ การเดิน การว่ายน้ำ และการขี่จักรยาน โดยเริ่มจากการทำช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไป จนสามารถทำได้อย่างต่อเนื่องนานอย่างน้อย 15-20 นาที และทำเป็นประจำทุกวัน หรืออย่างน้อย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ และควรจดบันทึกการออกกำลังกายเพื่อประเมินสมรรถภาพของตัวเอง และควรหยุดพักจากการออกกำลังกายเมื่อมีอาการเหนื่อย เจ็บหน้าอก หรือมีอาการเต้นของหัวใจขณะพักมากกว่า 120 ครั้งต่อนาที นอกจากนี้ไม่ควรออกกำลังกายภายหลังรับประทานอาหารเช้า (จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ และคณะ. 2556) รวมถึงควรหลีกเลี่ยง isometric exercise เช่น การเบ่ง การยกของหนักกว่า 10 กิโลกรัม หรือการออกแรงมากเกินไปจนฝืนความรู้สึกตนเอง ควรงดการออกกำลังกายในวันที่รู้สึกไม่ค่อยสบาย เป็นหวัด อ่อนเพลีย นอนไม่เพียงพอ หรือมีอาการเหนื่อย ใจสั่น แน่นหน้าอกมากขึ้น (กาญจนา พูลพิพัฒน์. 2552)

4. ด้านการรับประทานยา และตรวจตามนัดยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมักมีหลายอย่าง ดังนั้น ผู้ป่วยควรรู้จักและรู้จักฤทธิ์ยาแต่ละตัว เป้าหมายของการรักษาด้วยยาดังนั้น ๆ ขนาดยา การบริหารยา ผลข้างเคียงที่สำคัญและการระวัง drug interaction และควรแนะนำให้ผู้ป่วยนำยามาด้วยทุกครั้ง เพื่อตรวจสอบความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และป้องกันปัญหาการรับประทานยาผิด ทับซ้อน หรือขาดยา รวมถึงการสอบถามผู้ป่วยถึงยาอื่น ๆ (รวมถึงยาสมุนไพร ยาแผนโบราณ) ที่ซื้อรับประทานเอง หรือได้รับจากที่อื่น ยาบางตัวอาจมี drug interaction กับยาที่

รับประทานอยู่ หรืออาจส่งผลร้ายกับการทำงานของหัวใจได้ นอกจากนี้ควรแนะนำให้ผู้ป่วยเขียน ตารางการรับประทานยาที่ชัดเจน (written medication schedule) อาจมีความจำเป็นในกรณีที่ยา มีจำนวนมาก หรือวิธีบริหารยาซับซ้อน (กาญจนา พูลพิพัฒน์. 2552 ; ผ่องพรรณ อรุณแสง. 2551) นอกจากนี้ผู้ป่วยต้องตระหนักถึงการมาตรวจตามนัดทุกครั้งเพื่อติดตามผลการรักษา และการดำเนินของโรค นอกจากนี้ในรายที่ได้รับยาขับปัสสาวะผู้ป่วยควรรับประทานผลไม้ที่มีโพแทสเซียมและสังเกตอาการ ของภาวะโพแทสเซียมต่ำในรายที่ได้ยา Digitalis ควรฝึกจับชีพจรในขณะที่พักผ่อน ถ้าหากชีพจรน้อยกว่า 60 ครั้งต่อนาที หรือมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที หรือไม่สม่ำเสมออย่างมากโดยที่ไม่เคยเป็นมาก่อนควร หยุดยาแล้วรีบมาพบแพทย์ แม้จะยังไม่ถึงวันนัด (สมจิตร หนูเจริญกุล. 2541)

5. ด้านการสังเกตอาการผิดปกติของภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยสูงอายุควรมีความรู้ เกี่ยวกับการเฝ้าระวังและการค้นหาอาการแสดงของความผิดปกติ ซึ่งอาการและอาการแสดงที่พบบ่อย ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว คือ หายใจตื่น เหนื่อยล้า หายใจลำบากเมื่อนอนราบ ใจสั่น และน้ำหนักเพิ่มกะทันหัน ดังนั้นการสังเกตอาการข้างต้นสามารถทำได้ ดังนี้ 1) การชั่งน้ำหนัก 2) การประเมินอาการแน่นท้อง และอาการบวม แนะนำวิธีการวัดรอบท้องและแขนขา พร้อมกำหนดตำแหน่งที่วัดให้ชัดเจน แนะนำให้วัดทุกวัน และบันทึกไว้ร่วมกับน้ำหนักซึ่งการมีอาการบวมหรือการมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น 0.5-1 กิโลกรัมในเวลาหนึ่งวัน ติดต่อกันสองวันถือเป็นอาการที่ต้องได้รับการรักษา (Ammon. 2001) 3) การบันทึกน้ำเข้าออกอย่างง่าย แนะนำวิธีการบันทึก การคำนวณสารน้ำจากอาหารตลอดจนแนะนำ อุปกรณ์ที่ใช้ได้สะดวก เช่น ขวดบรรจุน้ำ หรือภาชนะที่รองรับน้ำปัสสาวะที่มีสเกลบอกปริมาณ 4) การสังเกตอาการที่บ่งบอกการควบคุมโรคหรือเกลือและน้ำไม่ได้ เช่น เบื่ออาหาร เหนื่อยล้า หายใจตื่น (ผ่องพรรณ อรุณแสง. 2551)

6. การเลือกใช้สถานบริการสุขภาพที่เหมาะสม ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการ เปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา เนื่องจากเป็นกลุ่มอาการที่มีการดำเนินของโรคต่อเนื่อง และมีสาเหตุที่ชักนำ อาการกำเริบได้หลากหลาย ดังนั้น การใช้แหล่งประโยชน์ที่เหมาะสมจึงมีความสำคัญ ผู้ป่วยจำเป็นต้อง ทราบถึงแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ที่สามารถให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงที โดยพยาบาลควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับ แหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้ และสามารถใช้บริการได้สะดวก เช่น บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ การใช้บริการ หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) หรือการสนับสนุนจากชุมชน สถานพยาบาลใกล้บ้าน เป็นต้น

7. การจัดการตนเองเมื่อมีอาการกำเริบ ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเมื่อต้องมึ การออกแรงที่มากเกินไปจะเป็นสาเหตุของการหอบเหนื่อย ซึ่งเป็นอาการที่พบบ่อย ดังนั้นผู้ป่วยควรเรียนรู้ เกี่ยวกับการทำกิจกรรมเพื่อป้องกันอาการหอบเหนื่อย โดยจัดสาเหตุดังนี้

7.1 การออกแรงมากเกินไประดับสมรรถภาพของหัวใจ การจัดการกับอาการ เหนื่อยหอบที่เกิดจากสาเหตุนี้อาศัยหลักการในการปรับกิจกรรมออกเป็นส่วนย่อย ๆ เพื่อให้มีการใช้ พลังงานในแต่ละช่วงเวลาลดลง ร่างกายสามารถสร้างพลังงานได้ทันที่กับความต้องการใช้ เช่น

ในกรณีผู้ป่วยมีระดับสมรรถภาพของหัวใจที่ระดับสอง ผู้ป่วยต้องการขึ้นบันได 16 ขั้นจำนวน 3 ชั้น ต้องใช้พลังงาน 7 METs แต่ถ้าขึ้นเพียงครั้งละน้อยกว่า 9 ขั้นจะใช้พลังงานลดลง ทำให้ผู้ป่วยไม่มีอาการเหนื่อยเกิดขึ้น แต่ผู้ป่วยสามารถขึ้นบันไดได้ถึงจุดหมาย

7.2 มีการหดและคลายตัวของกล้ามเนื้อแบบไอโซเมตริก (Isometric contraction) มีหลักในการจัดการ คือ ต้องพิจารณาถึงรายละเอียดของกิจกรรมว่าสามารถปรับวิธีทำกิจกรรมอย่างไร เพื่อลดการทำงานของกล้ามเนื้อแบบไอโซเมตริก เนื่องจากการทำงานแบบนี้มีความต้องการใช้พลังงานมากกว่า เช่น ในกิจกรรมที่ผู้ป่วยซักผ้าโดยการนั่งยอง ๆ กล้ามเนื้อบริเวณน่องและต้นขาจะมีการหดตัว ถ้าผู้ป่วยนั่งโดยมีที่รองจะไม่ทำให้กล้ามเนื้อมีการทำงานแบบนี้ ดังนั้นในการนั่งซักผ้าก็就不用ใช้พลังงานในส่วนที่ไม่จำเป็น อาการเหนื่อยหอบก็จะลดลง

7.3 การใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กในการทำกิจกรรมบางอย่าง เช่น การหิ้วของพบว่าทำให้ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อยเกิดขึ้น การจัดการคือ การปรับกิจกรรมโดยแทนที่จะหิ้วก็ใช้วิธีสะพาย กล้ามเนื้อที่รับน้ำหนัก คือ กล้ามเนื้อบริเวณไหล่ หลังและเอวรวมกัน ทำให้มีขนาดใหญ่กว่ากล้ามเนื้อแขน จะช่วยให้ผู้ป่วยไม่มีอาการเหนื่อยหอบเมื่อต้องนำสิ่งของนั้นไปด้วย

7.4 การใช้กล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจไปใช้ในการทำกิจกรรมอื่น หรือในการทำงานของกล้ามเนื้อแต่ละครั้งให้ได้ทั้งการหายใจและการทำกิจกรรมอื่น โดยปรับกิจกรรม เช่น ให้เคี้ยวอาหาร ขณะหายใจออก กล้ามเนื้อจะได้ใช้หายใจอย่างเดียวในขณะที่หายใจเข้า ในการทำกิจกรรมที่ต้องใช้กล้ามเนื้อ เช่น การตัดอาหารให้วางข้อศอกลงบนโต๊ะและยกช้อนตัดอาหารเข้าปากในขณะที่หายใจเข้า เพื่อการหดตัวแต่ละครั้งของกล้ามเนื้อบริเวณหน้าอกได้ประโยชน์ทั้งการหายใจเข้า และการรับประทานอาหาร

ดังนั้น พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ทั้ง 7 ด้าน ดังกล่าวข้างต้น สามารถช่วยควบคุมและป้องกันการกำเริบของอาการได้ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อคงภาวะสุขภาพเป็นการดูแลตนเองที่ต้องกระทำสม่ำเสมอในชีวิตประจำวัน และต้องทำอย่างต่อเนื่อง โดยคาดหวังผลลัพธ์ระยะยาวในการชะลอความก้าวหน้าของโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการเสื่อมถอยของสุขภาพ (Riegel et al. 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวรรณ ตั้งวิจิตรสกุล (2550) เกี่ยวกับผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า หากผู้ป่วยได้รับความรู้ ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ทั้งในขณะที่รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล และหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติการจัดการตนเองได้อย่างถูกต้อง สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ทั้งนี้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันจึงส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันด้วย เพราะภาวะสุขภาพของบุคคลแปรผันตามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยแต่ละราย (Juenger et al. 2002)

2.2.2 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะสุขภาพ สุขภาพหรือสุขภาพ (Health) เป็นองค์รวมของสุขภาพทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณที่เกื้อหนุนซึ่งกันและกัน (จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และคณะ. 2553) นำไปสู่ภาวะที่มีความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขมิใช่เพียงแค่ปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น (Craven and Himle. 2000) ภาวะสุขภาพจะเกิดขึ้นจากการรับรู้สถานะสุขภาพของตนเองทั้งในอดีตและปัจจุบัน โดยคนที่มีสุขภาพดี คือ ผู้มีภาวะสุขภาพที่มีความสมบูรณ์ไม่บกพร่อง และมีโครงสร้างในการทำหน้าที่อย่างเหมาะสม (Orem. 2001) เพื่อก่อให้เกิดการบรรลุเป้าหมายสูงสุดของชีวิต โดยผ่านทางพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย ต้องปรับตัวเพื่อการดำรงไว้ซึ่งความมั่นคง และมีความสมดุลกับสิ่งแวดล้อม (Pender. 1996) นั่นคือ ความสมบูรณ์พร้อมที่มนุษย์อันพึงมี ได้แก่ ความสมบูรณ์ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสติปัญญา ทำให้ตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติ ดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัว สังคม และประเทศได้อย่างปกติสุข ตามศักยภาพของตน (ขชล กันทะปัน. 2552)

สรุปได้ว่า ภาวะสุขภาพ หมายถึง การรับรู้สุขภาพของตนเองทั้งในอดีตและปัจจุบันที่มีความสมบูรณ์พร้อมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ที่ทำให้ตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ ประกอบด้วย 4 มิติคือ

1. มิติสุขภาพด้านกาย หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งเป็นกิจกรรมปกติที่บุคคลทั่วไปปฏิบัติได้ ประกอบด้วย กิจกรรมการดูแล ช่วยเหลือตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร ด้านการเคลื่อนไหว ประกอบด้วย การเดิน การวิ่ง การปฏิบัติตามบทบาท เช่น การทำงาน การทำกิจกรรมงานบ้านและกิจกรรมยามว่าง (Brook et al. 2004)

2. มิติด้านจิตใจ ซึ่งเป็นความปกติทางจิตใจ เกี่ยวกับความวิตกกังวล ความรู้สึกต่อสภาพร่างกายทั่วไป ความรู้สึกทางบวก การควบคุมดูแลตนเอง และความมีพลังในตัวเอง (Brook et al. 2004)

3. มิติด้านสังคม หมายถึง การปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม มีกิจกรรมร่วมกันในสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพใน 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต ปัจจุบัน อนาคต ความต้านทานโรค หรือการเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ความวิตกกังวลหรือความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ และความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Brook et al. 2004)

4. มิติทางจิตวิญญาณเป็นความผาสุกที่เกิดจากจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีบุคคลยึดมั่น และเคารพสูงสุดทำให้เกิดความหวังความเชื่อมั่นศรัทธามีการปฏิบัติในสิ่งที่ตั้งความหวังด้วยความมีเมตตา กรุณาไม่เห็นแก่ตัวมีความเสียสละและยินดีในการที่ได้มองเห็นความสุขหรือความสำเร็จของบุคคลอื่น ทั้งนี้สุขภาพทางจิตวิญญาณจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความหลุดพ้นจากตัวเอง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2545)

มิติสุขภาพองค์รวมทั้ง 4 มิติ มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน โดยมีมิติทางจิตวิญญาณเป็น มิติรวม กาย จิต และสังขม ผสมผสานเข้าด้วยกัน เนื่องจากจิตวิญญาณเป็นการรับรู้คุณค่าในตนเอง แสดงออกในสิ่งที่ตั้งถาม หากบุคคลขาดการสำนึกในการรู้คุณค่าในตนเองอาจทำให้บุคคลนั้นไม่พบ ความสุขโดยแท้ (ประเวศ วะสี. 2543) ดังการศึกษาของขจร เพ็ญสุพรรณ (2545) ถึงปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย พบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้อุปสรรค ในการปฏิบัติตนมากจะกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง และผู้ป่วยที่รับรู้ประโยชน์ของ การรักษาและการปฏิบัติ ที่ถูกต้องน้อยจะกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลมาก สอดคล้องกับ การศึกษาของ Juengern et al (2002) ถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าภาวะสุขภาพที่ไม่มีข้อจำกัดในการเดินได้มากกว่า 100 เมตร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ หาก ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงภาวะสุขภาพของตนเองไม่ว่าจะเป็นทางบวกหรือทางลบก็จะส่งผลต่อการแสดงออก ของพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยไปในทิศทางนั้น ๆ

การศึกษาครั้งนี้ ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการรับรู้สถานะสุขภาพของ ตนโดยแสดงออกเป็นพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย เพื่อดำรงไว้ซึ่งความมั่นคง และมีความสมดุลกับสิ่งแวดล้อม การรับรู้ความสามารถของตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวในทุกระยะของการดำเนินโรคเพื่อการดูแลตนเอง ได้อย่างเหมาะสมทั้งในระยะฉุกเฉิน วิกฤติและเรื้อรัง

ดังนั้น ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว คือ ความสามารถในการรับรู้ สถานะสุขภาพของตนเกี่ยวข้องกับการทำกิจวัตรประจำวันที่ดีซึ่งสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งกาย จิต สังคมในภาวะต่าง ๆ ของการดำเนินโรค ตามมิติทั้ง 4 มิติ ดังนี้

1. มิติสุขภาพด้านกาย คือ ความสามารถของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในการรับรู้ถึง การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่เป็นกิจกรรมปกติได้อย่างที่บุคคลทั่วไปปฏิบัติได้ ประกอบด้วย 1) กิจกรรม การดูแลช่วยเหลือตนเอง ได้แก่ กิจวัตรประจำวันต่าง ๆ การรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหวร่างกาย การขึ้นลงบันได การเดิน การนั่ง การวิ่ง การนอน การอาบน้ำ ล้างหน้าแปรงฟัน ทวีผม โกนหนวด การเข้าห้องน้ำ การกลั้นปัสสาวะอุจจาระ 2) การปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาทของตน เช่น การทำงานบ้าน การทำงานตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย รวมถึงการทำกิจกรรมยามว่าง ซึ่งการรับรู้ในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ทั้งในยามที่อาการของโรคสงบ หรือเมื่อมีอาการกำเริบ จะทำให้ผู้สูงอายุทราบถึงภาวะสุขภาพ ของตนเองในช่วงเวลานั้น ๆ และสามารถจัดการกับอาการของตนเองได้

2. มิติสุขภาพด้านจิตใจ คือ ความสามารถของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวใน การรับรู้ความรู้สึกของตนเองต่อสภาพร่างกายทั่วไปที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และพึงพอใจกับ สภาพร่างกายที่ตนเองเป็นอยู่ขณะนี้ รวมถึงการรับรู้ถึงความวิตกกังวล ความเครียด รู้สึกคุณค่า ในตนเองลดลงจากการกำเริบของโรค หรือแม้กระทั่งการมีพลังอำนาจในตนเองที่จะช่วยเหลือตนเอง ให้ปลอดภัยหรือเผชิญกับภาวะหัวใจล้มเหลวได้เหมาะสม

3. มิติด้านสังคม คือ ความสามารถของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อการรับรู้ ภาวะสุขภาพความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยหรือความเสี่ยงของการกำเริบของอาการภาวะหัวใจล้มเหลว ของตนทั้งในอดีต ปัจจุบัน อนาคต และการรับรู้ถึงการมีปฏิสัมพันธ์ การทำกิจกรรมต่าง ๆ กับบุคคล ในสังคมทั้งผู้ที่มีอายุรุ่นเดียวกัน หรือน้อยกว่า ในช่วงระยะต่าง ๆ ของการดำเนินโรค

4. มิติด้านจิตวิญญาณ คือ ความสามารถของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อการรับรู้ ถึงสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ สิ่งที่เคารพสูงสุด ความเชื่อความศรัทธา ในสิ่งต่าง ๆ ที่สามารถช่วยส่งเสริม การชะลอความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว

ความสามารถในการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทั้ง 4 มิติ นี้ จะมีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกันในการที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถตัดสินใจ แก้ปัญหาและจัดการกับ อาการ ภาวะหัวใจล้มเหลวในแต่ละระยะของการดำเนินการของโรคได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับ การศึกษาของจอม สุวรรณโน (2551) ที่ศึกษาความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างองค์ประกอบด้านลักษณะ ส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้) ลักษณะความเจ็บป่วย (ระยะการเจ็บป่วย ระดับ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย) ความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองกับภาวะสุขภาพพบว่า ความสัมพันธ์ดังกล่าวสามารถอธิบายและทำนายภาวะสุขภาพของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ในการจัดการบำบัด เพื่อคงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพตนเองอย่าง ต่อเนื่องทั้งในระยะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและที่บ้าน ยิ่งไปกว่านั้นจอม สุวรรณโน และคณะ (2552) ได้ศึกษา ผลของปัจจัยด้านอายุต่อระดับสมรรถนะและความเหมาะสมในการดูแลตนเองเพื่อ คงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง พบว่าโดยรวมแล้วผู้สูงอายุมีสมรรถนะการดูแลตนเอง เพื่อคงภาวะสุขภาพไม่ต่างจากผู้ใหญ่ ยกเว้นด้านการทำกิจกรรมออกแรงเคลื่อนไหวการส่งเสริม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุจึงต้องเน้นพิเศษในด้านการออกแรงเคลื่อนไหวร่างกายอย่างสม่ำเสมอ และปฏิบัติต่อเนื่อง ผู้สูงอายุจึงควรที่จะมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติกิจกรรม ดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ดังนั้น จึงควรมีการวางแผนการจำหน่ายสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ หัวใจล้มเหลวอย่างเหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของตนเอง กับสภาพแวดล้อมที่ผู้ป่วยต้องอยู่ไปตลอด

2.3 การวางแผนการจำหน่ายตามรูปแบบ D-METHOD

2.3.1 การวางแผนจำหน่าย

การวางแผนจำหน่าย หรือการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนกลับบ้านเป็นส่วนหนึ่ง ของการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งเดิมส่วนใหญ่มุ่งเน้นเรื่องการให้ความรู้ในการดูแลตนเอง แต่ในปัจจุบัน ครอบคลุมไปถึง “การดูแลสุขภาวะ” ของประชาชนตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย และยังรวมไปถึงสุขภาวะ ของชุมชน สังคม ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด โดยมีเป้าหมายมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ

ของประชาชนให้ห่างไกลจากการเป็นโรค หรือสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้น แนวคิดเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่าย ในปัจจุบันจึงไม่เพียงเพื่อเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วย ก่อนกลับบ้านเท่านั้นแต่ยังมีความหมายครอบคลุมถึง “การดูแลต่อเนื่อง” (Continuing Care) นับตั้งแต่การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา การฟื้นฟู ในทุกระยะของภาวะสุขภาพของบุคคล ให้สามารถกลับไปดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่งผลให้สามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้โดยรวม ซึ่งต้องได้รับความร่วมมือในการวางแผน ร่วมกันของทีมสุขภาพ ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และ/หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้รับบริการ ในการดูแลตนเอง และสามารถใช้แหล่งประโยชน์ในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม และเป็นมาตรฐานเดียวกัน (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. 2551)

การวางแผนจำหน่ายเป็นกระบวนการในการกำหนดกิจกรรม ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสม (พัชรา พันธุ์ขวงษ์. 2547 ; วิลาวรรณ์ กันทะสี. 2551) เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน (สุมิตรา เวียงเงิน. 2551) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการดูแลที่เป็นไปตามเป้าหมายในระยะสั้นที่ผู้ป่วยต้องการการดูแล และเป้าหมายในระยะยาวของการดูแลต่อเนื่อง (Roden and Taft. 1990) รวมถึงการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยจากสถานะหนึ่งไปสู่อีกสถานะหนึ่งในทางที่ดีขึ้น โดยการสนับสนุนด้านจิตใจ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล การให้คำปรึกษา การจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง และการอำนวยความสะดวกในการย้าย หรือส่งต่อผู้ป่วย (Armitage. 1995) ทั้งนี้ต้องได้รับความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัว (วันเพ็ญ พิษิตพรชัย. 2546) มีกระบวนการตั้งแต่การประเมินความเสี่ยงและความต้องการการดูแลภายหลังการจำหน่าย การวางแผนกิจกรรมจำหน่าย กำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย การนำแผนจำหน่ายไปใช้ปฏิบัติ และการติดตามประเมินผล (อำพรณ ภิรมย์สิทธิ์. 2551) โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและมีความต่อเนื่องในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (อภิรักษ์ ยายีน. 2552)

สรุปได้ว่า การวางแผนจำหน่าย หมายถึง กระบวนการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อให้สามารถดูแลตนเองภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม รวมทั้งการติดตามดูแลต่อเนื่อง โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน ตั้งแต่การประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย และญาติหลังการจำหน่าย การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนให้การดูแล การปฏิบัติตามแผน และการประเมินผล ด้วยความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัว ในการวางแผน การดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

การวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพนั้น หลักสำคัญจะต้องเข้าใจผู้ป่วยอย่างแท้จริง เพราะผู้ป่วยแต่ละคนมีความเป็นปัจเจกบุคคลแตกต่างกัน (Ellers and Walker. 1993) แต่ยังมีวัตถุประสงค์โดยรวมเพื่อ 1) พัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลให้มีความสามารถในการดูแลตนเองได้เหมาะสมภายหลังการจำหน่าย 2) เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการกำเริบของโรค และการกลับมารักษาซ้ำด้วยสาเหตุเดิม 3) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลรับการดูแลอย่างต่อเนื่อง 4) เพื่อส่งเสริมการใช้แหล่งประโยชน์ที่จำเป็นที่มีอยู่ในชุมชนให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเลือกใช้แหล่งประโยชน์ได้อย่างเหมาะสม (นวลชนิษฐ์ ลิขิตลี้อา. 2550)

2.3.2 การวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุ

ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุไทยที่มีผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงทางสังคมจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว ผู้สูงอายุเป็นโสดมากขึ้น สัดส่วนการหย่าร้างหรือแยกกันอยู่เพิ่มขึ้น และมีจำนวนบุตรโดยเฉลี่ยลดลง (นภาพร ชโยวรรณ. 2545) นอกจากนี้ยังพบผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพไม่ดีและมีโรคประจำตัวเรื้อรัง จึงนับเป็นปัญหาที่สำคัญซึ่งจะทวีความรุนแรงมากขึ้นในอนาคต การให้การพยาบาลผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องดูแลให้มีความสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการที่แตกต่างในผู้สูงอายุ (จิไลวรรณ ทองเจริญ. 2554) สอดคล้องกับการศึกษาของ Michael Bauer et al. (2008) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายกลุ่มผู้สูงอายุและครอบครัวของผู้สูงอายุ พบว่าในการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้สูงอายุควรรู้ประวัติของที่อยู่ การให้ความรู้ การติดต่อระหว่างผู้ดูแลสุขภาพและครอบครัว พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ เพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลตั้งแต่แรกเริ่ม ไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (readmission) และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน การวางแผนจำหน่ายจึงเป็นกระบวนการที่สำคัญสามารถสรุปขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุโดยประยุกต์จากแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ผสมผสานกับแนวคิดและกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ดังนี้

1. ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ (Naylor et al. 2004) โดยประเมินตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อทราบความจำเป็นในการวางแผนจำหน่าย โดยกระทำทันทีที่ประเมินผู้ป่วยได้ในครั้งแรกเพื่อหาปัญหา ข้อมูลที่ได้ทำให้ทราบถึงสภาพทั่วไปของผู้ป่วย ความพร้อมที่จะดูแลตนเองที่บ้าน สถานบริการสุขภาพในท้องถิ่นที่ผู้ป่วยจะใช้ได้อย่างคล่องตัว ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ความต้องการสอนชี้แนะ หรือฝึกฝนให้สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้แก่ผู้ป่วย การประเมินในครั้งแรกอาจช่วยคาดหวังหรือคาดการณ์ได้ถึงสภาพผู้ป่วยและครอบครัวก่อนกลับบ้าน ข้อจำกัดความพร้อมด้านสุขภาพ ระดับความสามารถในการเคลื่อนไหว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การให้อาหาร การให้ยาแก่ตนเอง ทักษะที่จำเป็นซึ่งฝึกขณะอยู่โรงพยาบาล เพื่อจะปฏิบัติได้ดีเมื่อกลับบ้าน ความพร้อมในการเรียนรู้

สภาพจิตใจและอารมณ์ ความสามารถในการรับสภาพการเจ็บป่วยของตนเอง ระดับแรงจูงใจ ตลอดจนความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสามารถสรุปรายละเอียดที่ควรประเมินดังต่อไปนี้

- 1) ความต้องการอาหารเฉพาะโรคหรือปัญหาในเรื่องอาหาร
- 2) ความสับสนในเรื่องยาที่ต้องรับประทานต่อที่บ้าน
- 3) การปรับตัวกับการรักษา
- 4) ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน
- 5) ความจำเป็นในการฝึกทักษะ เทคนิคการให้การรักษาบางอย่าง เช่น การดูแลแผล การดูแลท่อเจาะคอ การดูดเสมหะ การให้อาหารทางสายยาง การดูแลท่อออกจากระทรวงหน้าท้อง การฉีดยา การให้การรักษาที่ซับซ้อนบางอย่าง
- 6) ความจำกัดในหน้าที่การทำงานและกิจกรรมต่าง ๆ ของร่างกาย
- 7) การกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้
- 8) สภาพจิตใจเปลี่ยนแปลง
- 9) ความต้องการการประคับประคองทางสังคม
- 10) อาการและอาการแสดงซึ่งจำเป็นต้องรายงานให้แพทย์ทราบ
- 11) ปัญหาหรือความสนใจในสุขภาพ และ
- 12) การเริ่มรู้จักใช้เครื่องมือทางการแพทย์บางอย่าง เช่น เครื่องพุง เครื่องให้ออกซิเจน จากการศึกษาของวิจรวง ชมพูนิง (2553) เกี่ยวกับความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าผู้ป่วยอายุรกรรมมีความต้องการการพยาบาลโดยรวมระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณารายด้านผู้ป่วยมีความต้องการการพยาบาลด้านข้อมูลมากที่สุด รองลงมาคือด้านจิตใจ / จิตวิญญาณ และความต้องการการพยาบาลด้านร่างกายน้อยที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ได้บางส่วนมีความต้องการการพยาบาลโดยรวมด้านร่างกายและจิตใจ / จิตวิญญาณ สูงกว่าผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งจากการศึกษานี้ทำให้ทราบแนวทางในการวางแผน การจำหน่ายที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยเพื่อคงภาวะสุขภาพที่ดีภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2. วางแผนร่วมกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อหาแนวทางและวิธีที่จะแก้ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นแล้วกำหนดแผนการดำเนินงานที่สามารถปฏิบัติได้จริงไว้ล่วงหน้า (สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี. 2554) โดยเริ่มตั้งแต่การวิเคราะห์และวินิจฉัยความต้องการ (analysis and diagnosis of needs) เพราะสามารถบอกลักษณะปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยได้และผู้ป่วยจำเป็นต้องทราบ การวินิจฉัยการพยาบาลจะกำหนดสภาพการณ์ของผู้ป่วยก่อนที่จะออกจากโรงพยาบาล เช่น เคลื่อนไหวได้น้อย ขาดความรู้ ขาดความสามารถดูแลตนเอง แยกจากสังคม ปฏิเสธ กังวล ซึมเศร้า กลืนปัสสาวะไม่ได้ เป็นต้น ซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยเมื่อจะจำหน่ายจากโรงพยาบาลต่อไป นอกจากนี้พยาบาลจะทราบถึงภูมิหลังของผู้ป่วยทั้งหมด เช่น สภาพอารมณ์ จิตใจ วัฒนธรรม ความเชื่อ การตอบสนองทางจิตต่อการเป็นไข้และความพิการ และความต้องการทางจิตสังคม แบบแผนการสื่อสารกันในครอบครัว ซึ่งเอื้ออำนวยหรือก่อให้เกิดข้อจำกัดต่อระบบการดูแลที่บ้าน พยาบาลต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้บอกความปรารถนาของตนเอง และมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการดูแลที่บ้านโดยให้ออกาสผู้ป่วยและครอบครัวได้เรียนรู้ ฝึกฝนวิธีปฏิบัติตัวที่ถูกต้องก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล บันทึกเกี่ยวกับสิ่งที่

ผู้ป่วยต้องการทราบ และฝึกทักษะตลอดจนระยะเวลาที่ต้องใช้เพื่อทักษะดังกล่าว รวมถึงแหล่งทรัพยากรที่จะให้ความช่วยเหลือได้เมื่อผู้ป่วยต้องการขณะอยู่บ้าน บางครั้งผู้ป่วยอาจต้องการกำลังใจอย่างมาก ซึ่งกลุ่มสนับสนุนต่าง ๆ ในรูปองค์กรในชุมชนอาจช่วยได้มาก

3. การปฏิบัติตามแผนการจำหน่าย (implementation of the plan) โดยเน้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองตามบริบทของแต่ละบุคคลโดยอาจสร้างแนวปฏิบัติ (guideline) สำหรับการดูแลผู้สูงอายุโดยกำหนดกิจกรรมและสิ่งที่สูงอายุจะได้รับการดูแลรักษาในแต่ละระยะอย่างชัดเจนเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลตามแบบแผนอย่างครอบคลุม ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติ บุคลากรในทีมสุขภาพอื่น ๆ เพื่อให้การปฏิบัติบรรลุตามเป้าหมายที่ต้องการซึ่งวิธีปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายประกอบด้วย การให้การช่วยเหลือ การทำให้หรือการทำให้แทน การสอน การสาธิต การให้คำปรึกษา คำแนะนำ กระตุ้น สนับสนุน สร้างแรงจูงใจและจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ปฏิบัติด้วยตนเอง นอกจากนี้ การส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่องไปยังแหล่งประโยชน์ที่จำเป็นในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง หลังจากที่มีการปฏิบัติตามแผนเรียบร้อยแล้วต้องมีการบันทึกในรายงานการพยาบาล หรือใบบันทึกความก้าวหน้าการพยาบาลประจำวันหรือบันทึกในใบแบบฟอร์มการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย เป็นไปตามการศึกษาของ Koelling et al. (2005) พบว่าผลของการให้ความรู้ตามแบบแผนการจำหน่ายต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และอัตราการตายในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ภายหลังที่ติดตามทางโทรศัพท์ ในวันที่ 30, 90 และ 180 กลุ่มทดลองมีการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลง รวมทั้งยังมีจำนวนวันนอนและอัตราการเสียชีวิตลดลงด้วย

4. ประเมินความพร้อมของผู้สูงอายุและผู้ดูแลขณะกลับไปอยู่บ้าน เนื่องจากการประเมินผลทำให้ทราบว่าแผนจำหน่ายได้รับการปฏิบัติเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามที่คาดหวังหรือไม่ พยาบาลต้องแน่ใจว่าผู้ป่วยพร้อมจะกลับบ้านอย่างปลอดภัย ถ้าพบว่ายังมีความไม่พร้อมในบางประการ พยาบาลต้องเป็นผู้แทนผู้ป่วยที่จะแจ้งให้แพทย์และทีมสุขภาพทราบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการจำหน่ายอย่างครบถ้วน รวมถึงติดต่อประสานงานระหว่างบ้านและโรงพยาบาล หรือแหล่งประโยชน์อื่น ๆ เพื่อวางแผนเยี่ยมบ้าน และร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อโรคและการรักษา พร้อมทั้งหาแนวทางป้องกันแก้ไข

5. ติดตามการดูแลผู้ป่วยภายหลังออกจากโรงพยาบาลสัปดาห์ที่ 1 และ 2 โดยการเยี่ยมบ้าน และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ภายในระยะ 60 วัน (Naylor et al. 2004) เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยและญาติมีปัญหาจะได้ให้คำปรึกษาและให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติงานจะช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนจำหน่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหา ณัฐชา รอบรู้ดี (2550) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพนมไพร

อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าภายหลังการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ให้บริการเกิดความพึงพอใจพร้อมทั้งได้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่ชัดเจน และสำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังเกิดความพึงพอใจในระดับมากที่สุดที่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหากมีการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่เหมาะสมกับกลุ่มโรคก็จะส่งผลต่อการลดลงของจำนวนวันนอนโรงพยาบาลได้ด้วย ดังการศึกษาของสุภาพร ต้นสุวรรณ (2551) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย พบว่าภายหลังการใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังผู้ป่วยมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วันลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Tzu-Ting Huang and Su-Hwa Liang (2005) ที่ศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักจากการล้ม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนของระยะเวลาในการพักรักษาในโรงพยาบาล อัตราการกลับมารักษาซ้ำ อัตราการอยู่รอดและการทำกิจวัตรสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการวางแผนจำหน่ายช่วยลดอัตราการกลับรักษาซ้ำและลดจำนวนวันนอนได้ และ Claus et al. (2006) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายในกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองและติดตามประเมินผลใน 6 เดือนและ 12 เดือน พบว่าจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลง

สรุปได้ว่า การวางแผนจำหน่ายเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ส่งผลต่อการลดลงของระยะเวลาในการพักรักษาในโรงพยาบาล อัตราการกลับมารักษาซ้ำ และอัตราการเสียชีวิต

2.3.3 รูปแบบการวางแผนจำหน่าย

การพัฒนาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยได้มีผู้สนใจมาเป็นเวลานานและพยายามคิดหารูปแบบที่เหมาะสมกับระบบหรือหน่วยงานต่าง ๆ ปัจจุบันในทางปฏิบัติประเทศไทยได้มีผู้คิดค้นหาวิธีที่จะทำให้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายเกิดประสิทธิผลตามที่ต้องการ โดยมีรูปแบบต่าง ๆ หลายรูปแบบ และรูปแบบเหล่านี้มีทั้งความคล้ายคลึงและความแตกต่างกัน ซึ่งอธิบายรายละเอียดดังนี้ (อุซาวดี อัครวิเศษ. 2546)

1. รูปแบบ A professional-patient partnership model of discharge Planning
รูปแบบนี้เน้นการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพและผู้ป่วย เพื่อจุดประสงค์ในการพัฒนากระบวนการวางแผนจำหน่ายและผลที่ได้รับจากความร่วมมือของทุกฝ่าย จากการศึกษาของ Bull และคณะ (2000) พบว่าจากการใช้รูปแบบนี้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกว่ามีข้อมูลที่ได้รับมีความต่อเนื่องในการดูแลรักษา และเชื่อมั่นว่าตนเองอยู่ในสภาวะที่มีสุขภาพดีมากกว่า และใช้ระยะเวลาในการกลับมารักษาซ้ำสั้นกว่า

2. รูปแบบ The partners-in-care model of collaborative practice รูปแบบนี้มุ่งผลของการใช้ผู้จัดการทางการแพทย์ (Nurse case manager) ในการประสานการดูแลระหว่างแพทย์เฉพาะสาขา แพทย์ทั่วไป และทีม ในการดูแลผู้ป่วยทั้งในสถานะผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก รูปแบบนี้ยังรวมถึงการเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาลและที่บ้าน ตลอดจนการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมระยะเวลาตามความจำเป็น โดยหวังผลในการลดค่าใช้จ่าย เพิ่มคุณภาพชีวิต กิจกรรมประจำวันเพิ่มมากขึ้น อัตราตายหรือความเจ็บป่วยลดลง

3. รูปแบบ Structured discharge procedure รูปแบบนี้มีการกำหนดกระบวนการในการวางแผนจำหน่ายอย่างชัดเจน สำหรับผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มโรค ได้แก่ ผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหอบหืด โดยมีการจัดทำ 'The structured discharge package' ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์ในการวางแผนจำหน่าย (structured discharge interview) ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของโรคหอบหืด ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือเกิดการกำเริบ วิธีในการหลีกเลี่ยงปัจจัยเหล่านี้ การรับประทานยาและการใช้เครื่องมือช่วยต่าง ๆ 2) การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง 3) แผนในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านสำหรับผู้ป่วยที่เหมาะสมสำหรับแต่ละราย 4) การอบรมระยะสั้น ๆ เกี่ยวกับการรับประทานยา Oral steroids 5) สมุดคู่มือสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลในบริเวณข้างเคียงที่สามารถติดต่อขอความช่วยเหลือและเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ในกรณีที่มีปัญหาหรือเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน

4. รูปแบบ The A-B-C of Discharge Planning รูปแบบนี้ได้พัฒนาขึ้นโดย Judith Waring Rorden และ Elizabeth D Taft (1990) โดยมีลำดับขั้นดังนี้

Step A: Assessment เป็นการรวบรวมข้อมูลเกิดขึ้นในระยะแรกของการดูแลผู้ป่วย เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลที่จำเป็นต่อการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อประกอบการตัดสินใจให้การดูแลผู้ป่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่แท้จริงในการดูแลผู้ป่วย

Step B: Building a Plan เป็นการสร้างแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีผลจากการตัดสินใจในขั้นตอนแรกโดยอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่ได้ และเป้าหมายของความต้องการ

Step C: Confirming the Plan เป็นการยืนยันแผนการจำหน่าย กระทำเมื่อผู้ป่วยได้รับการเตรียมพร้อมในการดูแลอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้ มีการประเมินผล จุดแข็ง แหล่งทรัพยากร ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการจำหน่าย เพื่อพัฒนาแผนต่อไป

อำพรธณ ภิรมย์สิทธิ์ (2551) ได้ทำการศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอายุรกรรมในโรงพยาบาลหัวเฉียว โดยใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย A-B-C ซึ่งเป็นรูปแบบที่เน้นกระบวนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ทำให้ค่าเฉลี่ยในการรักษาและจำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลง

5. รูปแบบ Comprehensive Discharge Planning รูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์แบบ (Comprehensive Discharge Planning Program) (Naylor et al. 1994) ในผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็ก สูงอายุ ที่มีปัญหาในระบบต่าง ๆ เช่น ในระบบหัวใจและทรวงอกที่มีการลงทุนค่าใช้จ่ายในการรักษาหรือการผ่าตัดค่อนข้างสูงกว่าการรักษาพยาบาลอื่น ๆ เป็นจำนวนมาก การวางแผนจำหน่ายแบบสมบูรณ์แบบมุ่งที่ความสมดุลระหว่างการให้พยาบาลโดยผู้มีความเชี่ยวชาญในการพยาบาลเฉพาะสาขา โดยเฉพาะการพยาบาลระดับสูงกับค่าใช้จ่ายที่ใช้ไปได้อย่างราบรื่นในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

6. รูปแบบ METHOD กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2539) ได้เสนอรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามรูปแบบ M-E-T-H-O-D ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

Medication (M): ผู้ป่วยจะต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียดเกี่ยวกับชื่อยา ฤทธิ์ของยา วัตถุประสงค์การใช้ยา ขนาด ปริมาณ จำนวนครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมทั้งข้อห้ามสำหรับการใช้ยาด้วย

Environment and Economic (E): ผู้ป่วยและครอบครัวต้องได้รับการประเมินเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ รวมทั้งคำแนะนำเกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมภายหลังการจำหน่าย การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรในชุมชน และการช่วยเหลือปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคมตามความเหมาะสม

Treatment (T): ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเข้าใจเป้าหมายของการรักษา และมีทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติตามการรักษา ต้องมีความสามารถในการเฝ้าระวัง สังเกตอาการตนเอง และสามารถรายงานอาการนั้นให้แพทย์ พยาบาลทราบ ต้องมีความรู้เพียงพอในการจัดการกับภาวะฉุกเฉินได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม

Health (H): ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีข้อจำกัดอะไรบ้าง เข้าใจผลกระทบของภาวะความเจ็บป่วยต่อร่างกาย ต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยต้องสามารถปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ รวมทั้งปรับให้ส่งเสริมต่อการฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ด้วย

Outpatient referral (O): ผู้ป่วยต้องเข้าใจ และทราบความสำคัญของการมาตรวจตามนัด ต้องทราบว่าควรติดต่อขอความช่วยเหลือจากใครได้บ้าง ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินหรือมีอาการเฉียบพลัน นอกจากนั้น Outpatient referral ยังหมายถึงการส่งต่อแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลควรมีการส่งแผนการจำหน่ายโดยสรุปและแผนการดูแลต่อเนื่องไปยังเจ้าหน้าที่ที่ผู้ป่วยจะสามารถขอความช่วยเหลือด้วย

Diet (D): ผู้ป่วยต้องเข้าใจและสามารถเลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้องเหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ ต้องรู้จักหลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพในที่นี่หมายถึง สารเสพติดต่าง ๆ ด้วย

พัชรา พันธุ์ชะวงษ์ (2547) ได้ทำการศึกษาเรื่องประสิทธิผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ตามรูปแบบ M-E-T-H-O-D พบว่าความรู้ในการดูแลตนเอง การรับรู้คุณค่าในการดูแลตนเองและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวนีย์ ไกรอ่อน (2553) ศึกษาการพัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้รูปแบบ M-E-T-H-O-D ในการให้ความรู้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลัก พบว่าด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองสูงขึ้นในระดับต้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ และมีความพึงพอใจของผู้ใช้บริการอยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 100 สำหรับผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุ มีคะแนนผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ รวมถึงในเรื่องการส่งต่อและการดูแลต่อเนื่องที่บ้านผู้สูงอายุและผู้ดูแลสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องโดยไม่ต้องได้รับการติดตามเยี่ยมอีกคิดเป็นร้อยละ 90

7. รูปแบบ D-METHOD ได้มีการพัฒนาจากรูปแบบการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ M-E-T-H-O-D ขึ้นโดยเพิ่ม D ขึ้นมาเป็นรูปแบบ D-METHOD ซึ่งรายละเอียดในแต่ละเรื่องจะแตกต่างกันตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายที่อาจจะเป็นแผนการจำหน่าย หรือแบบแผนการให้ความรู้ หรือทักษะแก่ผู้ป่วยก่อนจำหน่ายได้ (กฤษดา แสงวงดี. 2539) มีรายละเอียดดังนี้

Disease (D): ให้ความรู้เรื่องโรคที่เป็นอยู่ถึงสาเหตุ อาการ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

Medicine (M): แนะนำการใช้ยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียดสรรพคุณของยา ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ตลอดจนการสังเกตภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งข้อห้ามการใช้ยาด้วย

Environment and Economic (E): การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ บางรายอาจจะต้องฝึกฝนอาชีพใหม่ให้ได้

Treatment (T): ทักษะที่เป็นตามแผนการรักษา เช่น การทำแผล รวมถึงการเฝ้าสังเกตอาการตนเองและแจ้งให้พยาบาลทราบ

Health (H): การส่งเสริมฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

Outpatient referral (O): การมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน ตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง

Diet (D): การเลือกรับประทานอาหารเหมาะสมกับโรคหลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

มธุรดา เวชกามา (2550) ได้ศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับของฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA1C) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มและแนวคิดเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยรูปแบบ

D-M-E-T-H-O-D และกระบวนการพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น และมีระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะลดลง และอิริกซ์ ยาฮีน (2552) ได้ศึกษาการพัฒนาแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานและการดูแลต่อเนื่องโรงพยาบาล ภูกระดึง จังหวัดเลย โดยเลือกใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับรูปแบบ D-METHOD พบว่าผู้ให้บริการสุขภาพเข้าใจการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล การให้ความรู้ คำแนะนำและการสอนทักษะต่าง ๆ มีความครอบคลุมมากขึ้น ผู้ป่วยและญาติ มีความพึงพอใจที่ได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ยิ่งไปกว่านั้นพัชราภ บัวเกิด (2552) ได้ศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอายุ 0-5 ปี โดยใช้รูปแบบ D-METHOD ต่อความรู้เรื่องโรคและความรู้ในการดูแลเด็กของผู้ดูแล พบว่าหลังได้รับการวางแผนจำหน่าย ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรค และความรู้ในการดูแลเด็กอายุ 0-5 ปี ของผู้ดูแลสูงขึ้น เหมือนกับการศึกษาของบุษราวรรณ ไชยชนะวงศ์ (2554) ที่ได้ศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกโดยใช้รูปแบบ D-METHOD ต่อความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแลที่พบว่าหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายตามรูปแบบแล้วผู้ดูแลมีความรู้และการปฏิบัติในการดูแลเด็กผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกได้สูงขึ้น

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพนั้น ควรมีลักษณะที่ครอบคลุมประเด็นปัญหาสุขภาพผู้ป่วย จะช่วยลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล เกิดการดูแลตนเองที่เหมาะสม เมื่ออยู่ที่บ้านเพื่อป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตที่มีคุณค่า และมีความสุขมากขึ้น ซึ่งรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยก็มีความสำคัญทำให้เกิดการวางแผนจำหน่ายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละบุคคล ควรเลือกใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่ตรงกับลักษณะ หรือธรรมชาติของผู้ป่วยแต่ละกลุ่มคน ตลอดจนวัฒนธรรม ความเชื่อต่าง ๆ เพื่อนำมาพัฒนารูปแบบที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องต่อไป

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีความสนใจการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ D-METHOD เนื่องจากเป็นรูปแบบที่เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน มีรายละเอียดที่ครอบคลุมเนื้อหาที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ควรทราบ เพื่อให้การวางแผนจำหน่ายที่มีคุณภาพและเกิดประสิทธิภาพ สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน ผู้ศึกษาจึงนำการวางแผนการจำหน่ายรูปแบบ D-METHOD มาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยการให้ความรู้ คำแนะนำ การสอนสาธิต และให้ผู้สูงอายุได้ลงมือปฏิบัติ มีรายละเอียดดังนี้

Disease (D) คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นภาวะที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อของร่างกายได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย มีสาเหตุทั้งจากโรคประจำ เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น หรืออาจเกิดจากอายุที่สูงขึ้น เกิดการติดเชื้อภายในร่างกาย ซึ่งส่งผลให้เกิดอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวกำเริบขึ้น

โดยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมารับการรักษาด้วยอาการเหนื่อยหอบรุนแรง นอนราบไม่ได้ บวมบริเวณอวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะบริเวณขาและเท้า แต่การดำเนินของภาวะหัวใจล้มเหลวในแต่ละระยะของโรคจะแตกต่างกันไปตามปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล เช่น การควบคุมอาการและน้ำ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การมาตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ เป็นต้น เพราะปัจจัยเหล่านี้เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองเพื่อป้องกันการกำเริบของโรค รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

Medicine (M) คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องยา ได้แก่ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอถูกต้องตามขนาดและเวลาตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อผลต่อการควบคุมโรคไม่ให้อาการกำเริบ ไม่ควรลดหรือเพิ่มยาเอง และไม่ควรซื้อยาหรือรับประทานยาที่ไม่ใช่ตามแผนการรักษาหรือไม่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ เพราะการรับประทานยาที่ไม่ถูกต้องจะมีผลทำให้เกิดปฏิกิริยาที่ไม่พึงประสงค์ของยา และยาส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ดิจิตาลิส ยาจะช่วยให้เพิ่มแรงบีบตัวของหัวใจเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที ช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ทั้งนี้ยามีฤทธิ์ทำให้ซีฟจรเต้นผิดปกติได้ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจึงต้องจับซีฟจรก่อนรับประทานยาทุกครั้ง หากมีซีฟจรเร็วหรือช้ากว่าปกติหรือไม่สม่ำเสมอ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน การมองเห็นผิดปกติ ให้รีบปรึกษาแพทย์ นอกจากนี้ยังมียาขับปัสสาวะที่ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมักได้รับอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจึงควรที่จะมีการชั่งน้ำหนัก ตวงน้ำดื่ม และปัสสาวะในแต่ละวัน สังเกตอาการบวมบริเวณอวัยวะต่าง ๆ ตามร่างกาย และอาการขาดโปตัสเซียม คือ อาการอ่อนแรง ซีฟจรผิดปกติ ซึ่งหากมีอาการผิดปกติดังกล่าวควรรีบปรึกษาแพทย์ และผู้ป่วยบางรายอาจได้รับยาขยายหลอดเลือดทำให้มีภาวะความดันโลหิตต่ำผิดปกติ ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรทราบถึงความดันโลหิตที่เหมาะสมคือ diastolic ควรอยู่ระหว่าง 100-140 mmHg systolic ควรอยู่ระหว่าง 60-90 mmHg และควรวัดความดันเป็นประจำสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง

Environment (E) คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมทั้งในบ้าน รอบบ้าน ซึ่งอาจมีผลต่อโรค ได้แก่ การจัดห้องพักสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวควรอยู่ไม่ไกลจากห้องน้ำมากเกินไป หรือหากเป็นบ้าน 2 ชั้น ควรจัดให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวพักอยู่ชั้นล่างเพื่อลดการใช้พลังงานในการออกแรง นอกจากนี้ควรจัดสภาพแวดล้อมให้โล่ง โปร่ง อากาศถ่ายเทได้สะดวก ทางเดินภายในบ้านควรมีแสงสว่างที่เพียงพอไม่มีของวางเกะกะ

Treatment (T) คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับแผนการรักษาและทักษะต่าง ๆ ในการปฏิบัติ การดูแลตนเองที่บ้าน ได้แก่ อาการเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ในช่วงแรกของการรักษา ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต้องนอนศีรษะสูง ต้องได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ อาจจำกัดกิจกรรมบางอย่าง เช่น การเดินไปห้องน้ำ การรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย เป็นต้น เพื่อลดการใช้ออกซิเจนเพราะหากผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวออกแรงมากจะกระตุ้นทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น

และระหว่างการรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะได้รับยาขับปัสสาวะจะทำให้มีอาการปัสสาวะบ่อย รวมถึงต้องจำกัดน้ำดื่มและควบคุมอาหาร โดยรับประทานอาหารที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ นอกจากนี้ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต้องฝึกปฏิบัติในเรื่องของการสังเกตอาการบวม การตรวจปริมาณน้ำดื่ม การตรวจปริมาณปัสสาวะในแต่ละวัน การชั่งน้ำหนักพร้อมทั้งการจดบันทึก ซึ่งหากผิดปกติควรรีบปรึกษาแพทย์

Health (H) คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ การพักผ่อนผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีอาการหายใจเหนื่อย จึงควรจัดให้อยู่ในสถานที่ที่สงบควรรอนวันละ 10-12 ชั่วโมง และนอนพักหลังอาหารกลางวัน (พจนานุกรมพย. 2551) รวมทั้งควรมีช่วงพักผ่อนระหว่างทำกิจกรรม การควบคุมน้ำหนัก ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต้องมีการควบคุมน้ำหนักและชั่งน้ำหนักทุกวัน เพื่อดูปริมาณน้ำในร่างกาย เวลาที่ชั่งน้ำหนักควรเป็นเวลาเช้าหลังถ่ายปัสสาวะและก่อนรับประทานอาหารเช้า หรือในเวลาเดียวกันทุกวัน สวมใส่เสื้อผ้าที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน นอกจากนี้ผู้ป่วยต้องจดบันทึกน้ำหนักทุกวัน ถ้าน้ำหนักเพิ่มมากกว่า 2 กิโลกรัม ในหนึ่งวันควรไปพบแพทย์ (กาญจนา พูลพิพัฒน์. 2552) สำหรับการออกกำลังกายที่พอเหมาะอย่างสม่ำเสมอจะช่วยป้องกันกล้ามเนื้อลีบและปรับ peripheral circulation ให้ดีขึ้น (กาญจนา พูลพิพัฒน์. 2552) โดยวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมควรมีการเตรียมพร้อมของร่างกายก่อนและหลังการออกกำลังกาย (warm-up and cool-down) ประมาณ 10 นาทีเสมอ การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย คือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (aerobic exercise) ซึ่งเป็นการเคลื่อนไหวที่ร่างกายสามารถนำออกซิเจนไปใช้ประโยชน์อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ได้แก่ การเดิน การว่ายน้ำ และการขี่จักรยาน โดยเริ่มจากการทำช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไป จนสามารถทำได้อย่างต่อเนื่องนานอย่างน้อย 15-20 นาที และทำเป็นประจำทุกวัน หรืออย่างน้อย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ และควรจดบันทึกการออกกำลังกายเพื่อประเมินสมรรถภาพของตนเอง และควรหยุดพักจากการออกกำลังกายเมื่อมีอาการเหนื่อย เจ็บหน้าอก หรือมีอัตราการเต้นของหัวใจขณะพักมากกว่า 120 ครั้งต่อนาที นอกจากนี้ไม่ควรออกกำลังกายภายหลังรับประทานอาหารเช้า (จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ และคณะ. 2556) รวมถึงควรหลีกเลี่ยง isometric exercise เช่น การเบ่ง การยกของหนักกว่า 10 กิโลกรัม หรือการออกแรงมากเกินไปจนผืนความรู้สึกตนเอง ควรงดการออกกำลังกายในวันที่รู้สึกไม่ค่อยสบาย เป็นหวัด อ่อนเพลีย นอนไม่เพียงพอ หรือมีอาการเหนื่อย ใจสั่น แน่นหน้าอกมากขึ้น (กาญจนา พูลพิพัฒน์. 2552)

Outpatient referral (O) คือ การให้ความรู้เรื่องการมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวควรมาตรวจตามนัดทุกครั้งตามวัน เวลา สถานที่ที่ระบุตามใบนัดอย่างสม่ำเสมอ หากมีอาการผิดปกติอาจโทรมาสอบถามขอคำปรึกษาจากแพทย์หรือมาพบแพทย์ก่อนวันนัดได้ หรือหากไม่สะดวกมาได้ตรงตามวันนัดที่ระบุไว้ควรโทรศัพท์แจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบเพื่อปรับวันเวลาในการนัดตรวจซ้ำที่เหมาะสมกับสุขภาพ

ของผู้ป่วย นอกจากนี้ควรมีการเลือกใช้สถานบริการสุขภาพที่เหมาะสม เพราะผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา การเลือกใช้แหล่งประโยชน์ที่เหมาะสมจึงมีความสำคัญ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจำเป็นต้องทราบถึงแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ที่สามารถให้การช่วยเหลือได้ทันทั่วถึง การใช้บริการหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) หมายเลข 1669 การสนับสนุนจากชุมชน สถานพยาบาลใกล้บ้าน (รพสต.) หรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน

Diet (D) คือ การให้ความรู้เรื่องอาหารที่เหมาะสม ได้แก่ การควบคุมอาหาร ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวควรรับประทานอาหารที่มีลักษณะอ่อน ย่อยง่าย เช่น เนื้อปลา ไข่ หรือควรรับให้เป็นชิ้นเล็ก ๆ ควรรับประทาน 6 – 8 มื้อต่อวัน มื้อละไม่มากเกินไป เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยออกแรงเคี้ยวมาก จะทำให้หัวใจทำงานหนักมากเกินไป ควรรับประทานผักและผลไม้ที่ช่วยระบาย เช่น ส้ม มะละกอสุก สับปะรด เพราะหากผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการท้องผูกต้องใช้แรงเบ่งมาก ๆ จะส่งผลให้หัวใจทำงานหนักมากด้วย ควรลดอาหารเค็ม ไม่เติมน้ำปลา เกลือ ซอส เครื่องปรุงรส เพิ่มในอาหาร (กาญจนา พูลพิพัฒน์. 2552) รวมถึงการจำกัดการบริโภคเกลือโซเดียมในแต่ละวันโดยไม่ให้เกิน 2,400 มิลลิกรัม ซึ่งเทียบเท่ากับน้ำปลาประมาณ 2 ช้อนโต๊ะ (จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ และคณะ. 2556) รวมถึงการหลีกเลี่ยงอาหารหมักเกลือ อาหารกระป๋อง อาหารหมักดอง เพราะปริมาณเกลือที่มากเกินไป จะทำให้น้ำในร่างกายคั่งค้างจากการที่เกลือดูดซึมน้ำไว้ได้มาก ส่งผลให้หัวใจทำงานหนักจนเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ นอกจากนี้การควบคุมน้ำถือเป็นสิ่งสำคัญอีกประการที่ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวควรจำกัดน้ำให้เหมาะสมกับความรุนแรงของโรคและการทำงานของไต ถ้าไม่มีอาการบวมหรือเหนื่อย ควรดื่มน้ำ (รวมทั้งนม น้ำหวาน น้ำผลไม้) 1,000 ซีซีต่อวัน และสามารถปรับเพิ่มหรือลดได้เมื่อมีอาการบวมหรือเหนื่อยให้ลดน้ำดื่มลง หรือดื่มน้ำเท่ากับจำนวนปัสสาวะที่ออกต่อวัน แต่หากไม่มีอาการบวมหรือเหนื่อยให้เพิ่มน้ำดื่มได้เป็นวันละ 1,200-1,400 ซีซี จนถึง 1,500 – 2,000 ซีซี ถ้าเพิ่มแล้วมีอาการให้ลดน้ำลง (กาญจนา พูลพิพัฒน์. 2552)

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวโดยใช้รูปแบบ D-METHOD จะบรรลุเป้าหมายได้นั้นพยาบาลมีส่วนร่วมสำคัญในการดำเนินกิจกรรมในการวางแผนจำหน่ายเพราะพยาบาลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดนอกเหนือจากญาติ ผู้ดูแล ดังนั้นพยาบาลควรให้คำแนะนำให้ความรู้ ที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

2.3.4 บทบาทของพยาบาลในการวางแผนจำหน่าย

ปัจจุบันมีระบบรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditations) การปรับปรุงบริการด้านสุขภาพ ให้มีคุณภาพสูงสุดภายใต้ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม มีแนวโน้มที่จะไม่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น มุ่งเน้นให้มีการสอนการดูแลตนเองที่บ้าน ซึ่งพยาบาลเป็นบุคคลที่มีส่วนสำคัญในการร่วมเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย และมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลฉบับฉลองสิริราชย์สมบัติ 60 ปี พ.ศ. 2548 ของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลกระทรวง

สาธารณสุข ได้กำหนดมาตรฐานการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวไว้ในข้อ 5 คือการให้ข้อมูลและเสริมสร้างพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว ว่า “ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัวจัดกิจกรรมตามแผนเพื่อเสริมพลังผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ และเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพเข้าในทุกขั้นตอนของการดูแล ดังนั้น พยาบาลซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของทีมผู้ให้บริการจึงมีบทบาทในการวางแผนการจำหน่าย คือ

1. ประเมินผู้ป่วยเพื่อวางแผนและกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้ การประเมินครอบคลุม ปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย ศักยภาพ ภาวะทางด้านอารมณ์ จิตใจ ความพร้อมในการเรียนรู้และดูแลตนเอง
2. ให้ข้อมูลที่จำเป็นและช่วยเหลือให้เกิดการเรียนรู้สำหรับการดูแลตนเองและการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เอื้อต่อการใช้สุขภาพดีแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเหมาะสมกับปัญหาเวลา ผู้รับข้อมูลมีความชัดเจนและเป็นที่ยอมรับที่เข้าใจง่ายมีการประเมินการรับรู้ความเข้าใจและความสามารถในการนำข้อมูลที่ได้รับไปปฏิบัติ
3. ให้ความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์จิตใจและคำปรึกษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
4. ร่วมกันกำหนดกลยุทธ์ที่เหมาะสมสำหรับการจัดการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยรวมทั้งติดตามปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง
5. จัดกิจกรรมเสริมทักษะที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัวและสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วย/ครอบครัว สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง
6. ประเมินและปรับปรุงกระบวนการจัดการเรียนรู้และการเสริมพลังผู้ป่วย/ครอบครัว นั่นคือพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในกระบวนการวางแผนจำหน่ายเพราะการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป รวมถึงการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ซึ่งเป็นเป้าหมายที่สำคัญของการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแกนในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการประเมินผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาล ประสานการบริการสุขภาพ และบันทึกการรายงานอย่างมีระบบเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตามความต้องการอย่างครอบคลุมและมีการประเมินผลที่ต่อเนื่อง รวมทั้งแนะแนวทางสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ต้องให้การประสานงานดูแลร่วมกันเป็นการพยาบาลสมบูรณ์แบบ (Comprehensive Nursing Care)

2.4 กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในครั้งนี้นำรูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD ที่พัฒนามาจากรูปแบบการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ M-E-T-H-O-D โดยเพิ่ม D ขึ้นมาเป็นรูปแบบ D-METHOD (กฤษฎา แสงวดี. 2539) มาใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้

คำแนะนำ การสาธิต และการฝึกทักษะการปฏิบัติต่าง ๆ ที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และติดตามทางโทรศัพท์ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 4 สัปดาห์ ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

ขั้นเตรียม : การประเมินสภาพอาการผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวถึงความพร้อมในการเข้าโปรแกรมโดยประเมินอาการตั้งแต่แรกรับไว้ในโรงพยาบาล หากพบผู้ป่วยมีอาการทุเลา (อาการเหนื่อยหอบลดลงและสัญญาณชีพปกติ) และพร้อมเข้าโปรแกรม ผู้วิจัยเริ่มสร้างสัมพันธ์ภาพและชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยครั้งนี้ และอธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย พร้อมทำการประเมินความต้องการการวางแผนจำหน่าย รวมถึงประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (Pre-test)

ขั้นดำเนินการ : เริ่มดำเนินการภายหลังขั้นเตรียมผู้ป่วย 1 วัน เป็นรายบุคคลโดยขั้นดำเนินการใช้ระยะเวลา 2-3 วัน วันละประมาณ 30-45 นาที ซึ่งกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายมีการให้ความรู้คำแนะนำ การสาธิต และฝึกทักษะการปฏิบัติต่าง ๆ ตามรูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD พร้อมแจกคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยมีเนื้อหา ดังนี้

- Disease (D) คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อของร่างกายได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย มีสาเหตุทั้งจากโรคประจำ เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น หรืออาจจะเกิดจากอายุที่สูงขึ้นเกิดการติดเชื้อมากในในร่างกาย ซึ่งส่งผลให้เกิดอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวกำเริบขึ้น โดยพบว่าผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่จะมารับการรักษาด้วยอาการเหนื่อยหอบรุนแรง นอนราบไม่ได้ บวมบริเวณอวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะบริเวณขาและเท้า แต่การดำเนินของภาวะหัวใจล้มเหลวในแต่ละระยะของโรคจะแตกต่างกันไปตามปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล เช่น การควบคุมอาการและน้ำ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การมาตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ เป็นต้น เพราะปัจจัยเหล่านี้เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองเพื่อป้องกันการกำเริบของโรค รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

- Medicine (M) คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องยา ได้แก่ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ถูกต้องตามขนาดและเวลาตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อผลต่อการควบคุมโรคไม่ให้อาการกำเริบ ไม่ควรลดหรือเพิ่มยาเอง และไม่ควรซื้อยาหรือรับประทานยาที่ไม่ใช่ตามแผนการรักษา หรือไม่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ เพราะการรับประทานยาที่ไม่ถูกต้องจะมีผลทำให้เกิดปฏิกิริยาที่ไม่พึงประสงค์ของยา และยาส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ดิจิตาลิส ยาจะช่วยเพิ่มแรงบีบตัวของหัวใจเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที ช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ทั้งนี้ยาเม็ดทำให้ชีพจรเต้นผิดปกติได้ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจึงต้องจับชีพจรก่อนรับประทานยาทุกครั้ง หากมีชีพจรเร็วหรือช้ากว่าปกติ หรือไม่สม่ำเสมอ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน การมองเห็นผิดปกติ ให้รีบปรึกษาแพทย์ นอกจากนี้ยังมียาขับปัสสาวะที่ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะ

หัวใจล้มเหลวมักได้รับอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจึงควรที่จะมีการชั่งน้ำหนัก ตวงน้ำดื่ม และปัสสาวะในแต่ละวัน สังเกตอาการบวมบริเวณอวัยวะต่าง ๆ ตามร่างกาย และอาการขาดโปตัสเซียม คือ อาการอ่อนแรง ซึ่พจรผิดปกติ ซึ่งหากมีอาการผิดปกติดังกล่าวควรรีบปรึกษาแพทย์ และผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวบางรายอาจได้รับยาขยายหลอดเลือดทำให้มีภาวะความดันโลหิตต่ำผิดปกติ ดังนั้นผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจึงควรทราบถึงความดันโลหิตที่เหมาะสมคือ diastolic ควรอยู่ระหว่าง 100-140 mmHg systolic ควรอยู่ระหว่าง 60-90 mmHg และควรวัดความดันเป็นประจำสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง

- Environment (E) คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมทั้งในบ้าน รอบบ้าน ซึ่งอาจมีผลต่อโรค ได้แก่ การจัดห้องพักสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวควรอยู่ไม่ไกลจากห้องน้ำมากเกินไป หรือหากเป็นบ้าน 2 ชั้น ควรจัดให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวพักอยู่ชั้นล่างเพื่อลดการใช้พลังงาน ในการออกแรง นอกจากนี้ควรจัดสภาพแวดล้อมให้โล่ง โปร่ง อากาศถ่ายเทได้สะดวก ทางเดินภายในบ้าน ควรมีแสงสว่างที่เพียงพอไม่มีของวางเกะกะ

- Treatment (T) คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับแผนการรักษา และทักษะต่าง ๆ ในการปฏิบัติการดูแลตนเองที่บ้าน ได้แก่ อาการหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ในช่วงแรกของการรักษา ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต้องนอนศีรษะสูง ต้องได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ อาจจำกัดกิจกรรมบางอย่าง เช่น การเดินไปห้องน้ำ การรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย เป็นต้น เพื่อลดการใช้ออกซิเจน เพราะหากผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวออกแรงมากจะกระตุ้นทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น และระหว่างการรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะได้รับยาขับปัสสาวะ จะทำให้มีอาการปัสสาวะบ่อย รวมถึงต้องจำกัดน้ำดื่มและควบคุมอาหาร โดยรับประทานอาหารที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ นอกจากนี้ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต้องฝึกปฏิบัติในเรื่องของการสังเกตอาการบวม การตวงปริมาณน้ำดื่ม การตวงปริมาณปัสสาวะในแต่ละวัน การชั่งน้ำหนักพร้อมทั้งการจดบันทึก ซึ่งหากผิดปกติควรรีบปรึกษาแพทย์

- Health (H) คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ การพักผ่อนผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีอาการหายใจเหนื่อย จึงควรจัดให้อยู่ในสถานที่ที่สงบ ควรนอนวันละ 10-12 ชั่วโมง และนอนพักหลังอาหารกลางวัน (พจนานา ปิยะปกรณ์ชัย. 2551) รวมทั้งควรมีช่วงพักผ่อนระหว่างทำกิจกรรม การควบคุมน้ำหนัก ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต้องมีการควบคุมน้ำหนักและชั่งน้ำหนักทุกวัน เพื่อดูปริมาณน้ำในร่างกาย เวลาที่ชั่งน้ำหนักควรเป็นเวลาเช้าหลังถ่ายปัสสาวะและก่อนรับประทานอาหารเช้า หรือในเวลาเดียวกันทุกวัน สวมใส่เสื้อผ้าที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน นอกจากนี้ผู้ป่วยต้องจดบันทึกน้ำหนักทุกวัน ถ้าน้ำหนักเพิ่มมากกว่า 2 กิโลกรัม ในหนึ่งวัน ควรไปพบแพทย์ (กาญจนา พูลพิพัฒน์. 2552) สำหรับการออกกำลังกายที่พอเหมาะอย่างสม่ำเสมอจะช่วยป้องกันกล้ามเนื้อลีบและปรับ peripheral circulation ให้ดีขึ้น (กาญจนา พูลพิพัฒน์. 2552)

โดยวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมควรมีการเตรียมพร้อมของร่างกายก่อนและหลังการออกกำลังกาย (warm-up and cool-down) ประมาณ 10 นาทีเสมอ การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย คือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิค (aerobic exercise) ซึ่งเป็นการเคลื่อนไหวที่ร่างกายสามารถนำออกซิเจนไปใช้ประโยชน์อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ได้แก่ การเดิน การว่ายน้ำ และการขี่จักรยาน โดยเริ่มจากการทำช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไป จนสามารถทำได้อย่างต่อเนื่องนานอย่างน้อย 15-20 นาที และทำเป็นประจำทุกวัน หรืออย่างน้อย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ และควรจดบันทึกการออกกำลังกายเพื่อประเมินสมรรถภาพของตัวเอง และควรหยุดพักจากการออกกำลังกายเมื่อมีอาการเหนื่อย เจ็บหน้าอก หรือมีอาการเต้นของหัวใจขณะพักมากกว่า 120 ครั้งต่อนาที นอกจากนี้ไม่ควรออกกำลังกายภายหลังรับประทานอาหารทันที (จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ และคณะ. 2556) รวมถึงควรหลีกเลี่ยง isometric exercise เช่น การเบ่ง การยกของหนักกว่า 10 กิโลกรัม หรือการออกแรงมากเกินไปจนผิืนความรู้สึกตนเอง ควรงดการออกกำลังกายในวันที่รู้สึกไม่ค่อยสบาย เป็นหวัด อ่อนเพลีย นอนไม่เพียงพอ หรือมีอาการเหนื่อย ใจสั่น แน่นหน้าอกมากขึ้น (กาญจนา พูลพิพัฒน์. 2552)

- Outpatient referral (O) คือ การให้ความรู้เรื่องการมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวควรมาตรวจตามนัดทุกครั้งตามวัน เวลา สถานที่ที่ระบุตามใบนัดอย่างสม่ำเสมอ หากมีอาการผิดปกติอาจโทรมาสอบถามขอคำปรึกษาจากแพทย์หรือมาพบแพทย์ก่อนวันนัดได้ หรือหากไม่สะดวกมาได้ตรงตามวันนัดที่ระบุไว้ควรโทรศัพท์แจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบเพื่อปรับวันเวลาในการนัดตรวจซ้ำที่เหมาะสมกับสุขภาพของผู้ป่วย นอกจากนี้ควรมีการเลือกใช้บริการสุขภาพที่เหมาะสม เพราะผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา การเลือกใช้แหล่งประโยชน์ที่เหมาะสมจึงมีความสำคัญ ผู้ป่วยจำเป็นต้องทราบถึงแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ที่สามารถให้การช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้งการใช้บริการหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) หมายเลข 1669 การสนับสนุนจากชุมชน สถานพยาบาลใกล้บ้าน (รพสต.) หรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน

- Diet (D) คือ การให้ความรู้เรื่องอาหารที่เหมาะสม ได้แก่ การควบคุมอาหาร ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวควรรับประทานอาหารที่มีลักษณะอ่อน ย่อยง่าย เช่น เนื้อปลา ไข่ หรือควรถับให้เป็นชิ้นเล็ก ๆ ควรรับประทาน 6 – 8 มื้อต่อวัน มื้อละไม่มากเกินไป เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยออกแรงเคี้ยวมาก จะทำให้หัวใจทำงานหนักมากเกินไป ควรรับประทานผักและผลไม้ที่ช่วยระบาย เช่น ส้ม มะละกอสุก สับปะรด เพราะหากผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการท้องผูกต้องใช้แรงเบ่งมาก ๆ จะส่งผลให้หัวใจทำงานหนักมากด้วย ควรลดอาหารเค็ม ไม่เติมน้ำปลา เกลือ ซอส เครื่องปรุงรส เพิ่มในอาหาร (กาญจนา พูลพิพัฒน์. 2552) รวมถึงการจำกัดการบริโภคเกลือโซเดียมในแต่ละวันโดยไม่ให้เกิน 2,400 มิลลิกรัม ซึ่งเทียบเท่ากับน้ำปลาประมาณ 2 ช้อนโต๊ะ (จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ และคณะ. 2556) รวมถึงการหลีกเลี่ยงอาหารหมักเกลือ อาหารกระป๋อง อาหารหมักดอง เพราะปริมาณเกลือที่มากเกินไป

จะทำให้ น้ำในร่างกายคั่งค้างจากการที่เกลือดูดซึมน้ำไว้ได้มาก ส่งผลให้หัวใจทำงานหนักจนเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ นอกจากนี้การควบคุมน้ำถือเป็นสิ่งสำคัญอีกประการที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวควรจำกัดน้ำให้เหมาะสมกับความรุนแรงของโรคและการทำงานของไต ถ้าไม่มีอาการบวมหรือเหนื่อย ควรดื่มน้ำ (รวมทั้งนม น้ำหวาน น้ำผลไม้) 1,000 ซีซีต่อวัน และสามารถปรับเพิ่มหรือลดได้เมื่อมีอาการบวมหรือเหนื่อยให้ลดน้ำดื่มลง หรือดื่มน้ำเท่ากับจำนวนปัสสาวะที่ออกต่อวัน แต่หากไม่มีอาการบวมหรือเหนื่อยให้เพิ่มน้ำดื่มได้เป็นวันละ 1,200-1,400 ซีซี จนถึง 1,500 – 2,000 ซีซี ถ้าเพิ่มแล้วมีอาการให้ลดน้ำลง (กาญจนา พูลพิพัฒน์. 2552)

ระหว่างให้กิจกรรมตามแผนจะมีการติดตามและประเมินผลเป็นระยะเพื่อตรวจสอบความพร้อมของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนกลับบ้าน หากผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวไม่เข้าใจหรือไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้จะมีการทบทวนและสนับสนุนส่งเสริมให้กำลังผู้ป่วยพร้อมให้คำแนะนำและสอนซ้ำ เมื่อพบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความพร้อมสามารถกลับบ้านได้จะมีการติดตามทางโทรศัพท์ภายใน 4 สัปดาห์ พร้อมประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวภายหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (Post-test)

จากแนวคิดข้างต้นสามารถเขียนเป็นแผนภูมิกรอบแนวคิดในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้ดังแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

