

การจัดการอาการของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง: ผู้สูงอายุมีสมรรถนะต่างจากผู้ใหญ่หรือไม่?

จอม สุวรรณโณ, ปร.ด. (การพยาบาล) *

เรวดี เพชรศิราลันท์, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) **

ลัดดา เกียมวงศ์, ปร.ด. (การพยาบาล) **

จุก สุวรรณโณ, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) ***

บทคัดย่อ: การศึกษานี้เปรียบเทียบระดับสมรรถนะและความเหมาะสมในการจัดการอาการของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังวัยสูงอายุกับผู้ใหญ่ เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งเดียวจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 301 รายเป็นผู้สูงอายุ 199 ราย และผู้ใหญ่ 102 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวมาแล้วไม่น้อยกว่า 2 เดือน มารักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่ง และโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ 1 แห่งในภาคใต้ เครื่องมือรวบรวมข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์การจัดการอาการของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว มี 6 ข้อคำถาม ซึ่งเครื่องมือนี้เป็นส่วนย่อยของแบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ t-test และ Chi-square เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะและความเหมาะสมในการจัดการอาการ

ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีสมรรถนะการจัดการอาการโดยรวมในระดับต่ำ (เฉลี่ย 44.57 ± 15.55 จาก 100 คะแนน) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าผู้สูงอายุมีสมรรถนะดีกว่าในด้านการรับประทานยาครบถ้วนเพิ่มจากขนาดที่แพทย์สั่งให้ (เฉลี่ย 33.67 ± 19.22 กับ 28.92 ± 13.04 , $t = -2.24$, $p < 0.05$) ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีร้อยละ 5.3 เท่านั้น ที่จัดการอาการได้เหมาะสม ระดับสมรรถนะและความเหมาะสมในการจัดการอาการโดยรวมของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามผู้ป่วยวัยสูงอายุมีอัตราการจัดการอาการได้เหมาะสมน้อยกว่าผู้ใหญ่ในด้านความเร็วในการประเมินอาการที่เกิดขึ้นจนตัดสินใจว่าเกิดจากหัวใจล้มเหลว (ร้อยละ 17.6 กับ 27.5, $\chi^2 = 3.96$, $p < 0.05$) และการประเมินประสิทธิภาพของวิธีการต่าง ๆ ที่ใช้ในการบรรเทาอาการ (ร้อยละ 17.1 กับ 31.4, $\chi^2 = 8.04$, $p < 0.01$)

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวทั้งวัยสูงอายุและวัยผู้ใหญ่ต้องการการส่งเสริมสมรรถนะในการจัดการอาการ โดยในผู้สูงอายุจะต้องเน้นที่การเฝ้าติดตามการเปลี่ยนแปลงของอาการ และการแยกแยะอาการที่สัมพันธ์กับหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

Thai Journal of Nursing Council 2009; 24(1) 36-48

คำสำคัญ: หัวใจล้มเหลว การจัดการอาการ ผู้สูงอายุ

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ นครศรีธรรมราช

** อาจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ นครศรีธรรมราช

*** พยาบาลวิชาชีพ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

ปัญหาและความสำคัญ

ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังวัยสูงอายุมีการใช้บริการสุขภาพที่แผนกฉุกเฉินและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในอัตราสูงกว่าผู้ใหญ่¹⁻² ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการเหนื่อยหอบกำเริบรุนแรงหรือบวมจนกระทั่งไม่สามารถจัดการควบคุมได้เองที่บ้าน³ ซึ่งอาจเกิดจากการขาดสมรรถนะหรือมีสมรรถนะไม่เพียงพอ ทำให้จัดการอาการได้ล่าช้า ไม่เหมาะสมกับระดับการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพ ระดับความรุนแรงของโรคและโรคร่วม⁴⁻⁷

นอกจากปัจจัยด้านลักษณะความเจ็บป่วยและโรคร่วมแล้ว สมรรถนะในการจัดการอาการของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวยังอาจแตกต่างกันตามปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล โดยเฉพาะด้านอายุ ซึ่งมีข้อสมมติฐานเชิงทฤษฎีว่าผู้ป่วยวัยสูงอายุน่าจะมีสมรรถนะในการจัดการอาการได้น้อยกว่าผู้ใหญ่ อันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงหน้าที่การทำงานของสมองส่วนความจำที่ลดลงตามวัย ร่วมกับผลกระทบโดยตรงจากภาวะหัวใจล้มเหลว อาจทำให้ผู้สูงอายุมีความไวลดลงในการประเมินและตอบสนองต่ออาการที่เป็นสัญญาณเตือนในระยะเริ่มแรก⁸ อย่างไรก็ตามยังมีหลักฐานเชิงประจักษ์ไม่มากพอที่จะสรุปถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านอายุกับสมรรถนะการจัดการอาการของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลววัยสูงอายุเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ใหญ่

การป้องกันและควบคุมไม่ให้อาการกำเริบ โดยเฉพาะอาการเหนื่อยหอบและบวม เป็นหนึ่งในเป้าหมายหลักของการบำบัดรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ผู้ป่วยจะต้องเรียนรู้ จดจำ ประเมิน และแยกแยะอาการที่จำเพาะกับภาวะหัวใจล้มเหลวออกจากอาการผิดปกติอย่างอื่นให้ได้อย่างรวดเร็ว เพื่อให้สามารถจัดการอาการได้ทันทีตั้งแต่ระยะเริ่มแรก⁹ โดยการลดปริมาณโซเดียมที่รับประทาน และปรับเพิ่มยาขับปัสสาวะ^{5,9} เพื่อรักษา

หน้าที่ของระบบการไหลเวียนและลดการตอบสนองไวของระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน-อัลโดสเตอโรน (renin-angiotensin-aldosterone system : RAS) จึงจะควบคุมอาการและชะลอความก้าวหน้าของโรคไม่ให้รุนแรงขึ้น โดยวิธีการจัดการดังกล่าวมีผลลดการคั่งของน้ำในระบบไหลเวียนและลดแรงดันของหลอดเลือดที่ปอด ซึ่งเป็นกลไกสำคัญของการเกิดอาการหายใจเหนื่อยหอบจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล¹⁰

ในปัจจุบันแม้มีความก้าวหน้าในการใช้ยาเพื่อการบำบัดรักษา แต่มีรายงานวิจัยแสดงให้เห็นว่าการใช้ยาได้ผลในการควบคุมอาการ และลดภาวะแทรกซ้อนระยะยาวในผู้ป่วยเพียง 1 ใน 3 เท่านั้น¹¹ อัตราการใช้บริการสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนอาจลดลงได้หากผู้ป่วยมีการจัดการดูแลตนเองและจัดการอาการได้เหมาะสม¹² โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงกว่าผู้ใหญ่ในการเกิดอาการกำเริบ การกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และการเสียชีวิต การศึกษาสมรรถนะและความเหมาะสมในการจัดการอาการ จะเป็นพื้นฐานความรู้ในการส่งเสริมการจัดการอาการที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เปรียบเทียบสมรรถนะและอัตราความเหมาะสมในการจัดการอาการของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลววัยสูงอายุกับผู้ใหญ่

สมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลววัยสูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยของสมรรถนะและอัตราความเหมาะสมในการจัดการอาการน้อยกว่าผู้ใหญ่

กรอบแนวคิดและความรู้ที่เกี่ยวข้อง

ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวมีประสบการณ์อาการแตกต่างกันตามการรับรู้ การประเมิน และการตัดสินใจของแต่ละคน โดยเกี่ยวข้องกับหน้าที่การทำงานของสมอง ส่วนความจำ การรับรู้ การเรียนรู้ ที่สัมพันธ์กับหน้าที่การทำงานของระบบประสาทรับความรู้สึก⁸ ผู้ป่วยมีการจัดการควบคุม และบรรเทาอาการตามประสบการณ์ที่ผ่านมา ร่วมกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง จากบุคคลรอบข้าง หรือจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ เพื่อให้สามารถหาวิธีการที่เหมาะสมได้ผล และรวดเร็วในการจัดการอาการที่เกิดขึ้น^{9, 13}

การเพิ่มขึ้นของแรงดันในท้องหัวใจซ้าย หลอดเลือดดำที่ปอด หรือการคั่งของปริมาตรเลือดที่ปอด จากภาวะหัวใจล้มเหลว และการขาดออกซิเจนไปใช้ในกระบวนการเผาผลาญของเซลล์เป็นกลไกสำคัญของการเกิดอาการหายใจเหนื่อยหอบในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว นอกจากนี้ การเพิ่มแรงต้านของระบบหลอดเลือดส่วนปลาย จะทำให้มีน้ำคั่งและบวมกดปุ่มที่ข้อเท้าหรือหลังเท้า ความทนต่อการทำกิจกรรมในการออกแรงเคลื่อนไหว ลดลงและอ่อนเพลีย เนื่องจากเซลล์มีพลังงานสำรองไม่เพียงพอในกระบวนการเผาผลาญ¹⁰ อาการหายใจเหนื่อยหอบและบวมที่เกิดจากการเพิ่มปริมาตรของระบบไหลเวียนเป็นสาเหตุหลักของการมาใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยผู้ป่วยวัยสูงอายุมีการมาใช้บริการสุขภาพเนื่องจากไม่สามารถจัดการควบคุมอาการได้ในอัตราสูงกว่าผู้ใหญ่⁶

ผู้ป่วยจะต้องเรียนรู้ ปรับเปลี่ยน และเลือกวิธีการที่เหมาะสมในการจัดการอาการ (symptom management) ซึ่งเป็นการดูแลตนเอง (self-care) ที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยผู้ป่วยต้องกระทำควบคู่กับการดูแลเพื่อคงภาวะสุขภาพ (self-care maintenance) ที่ต้องกระทำประจำในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง และสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเอง (self-care self confidence)

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวนี้เป็นทฤษฎีระดับจำเพาะสถานการณ์ (situational-specific theory) ซึ่งบาร์บารา ริเกลและคณะ⁹ พัฒนาขึ้นภายใต้แนวคิดเกี่ยวกับการตัดสินใจตามสามัญสำนึก (naturalistic decision making) เป็นกระบวนการทางสติปัญญาและการเรียนรู้ ซึ่งแต่ละบุคคลมีการตัดสินใจเกิดขึ้นเองเป็นไปตามธรรมชาติ มีการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องเหมาะสมกับแต่ละบริบทสถานการณ์มากกว่าการกำหนดกฎเกณฑ์หรือวิธีการกระทำแบบตายตัว การตัดสินใจใด ๆ นั้นจะเป็นไปตามข้อมูล ความรู้ ทักษะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล นำมาประมวลเพื่อเลือกวิธีการและการตอบสนองที่เหมาะสมที่สุดกับบริบทขณะนั้น⁹

ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวจะสามารถจัดการอาการได้เหมาะสมและรวดเร็วหรือไม่ขึ้นอยู่กับกระบวนการประเมินตัดสินใจอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นโดยใช้กระบวนการตัดสินใจตามสามัญสำนึก โดยผู้ป่วยจะต้องมีการเฝ้าติดตามการเปลี่ยนแปลงของอาการ (symptom monitoring) รู้จักแยกแยะอาการและไวต่อการเปลี่ยนแปลงของอาการ (symptom recognition) มีการประเมินอาการ (symptom evaluation) จัดการบำบัดรักษา (treatment implementation) และประเมินประสิทธิผลของวิธีการต่าง ๆ ที่ใช้ในการรักษา (treatment effectiveness)⁹ ซึ่งผู้ป่วยจะต้องมีการเรียนรู้ และลงมือจัดการอาการอย่างต่อเนื่อง โดยต้องเรียนรู้เกี่ยวกับการประเมินและจดจำอาการผิดปกติที่จำเพาะกับภาวะหัวใจล้มเหลว ลดปริมาณเกลือ น้ำปลาและเครื่องปรุงที่มีรสเค็มในอาหาร ลดปริมาณน้ำดื่มและเครื่องดื่มอื่น ๆ รับประทานยาลดบวมเพิ่มจากขนาดที่แพทย์สั่งให้ ติดต่อขอคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่อนามัย และประเมินผลลัพธ์ของวิธีการที่ใช้รักษาอาการว่าได้ผลหรือไม่ในการบรรเทาอาการ

อนึ่งการสูญเสียหน้าที่การทำงานของสมอง (cognitive dysfunction) ร่วมกับหน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก (sensation function) ที่เกิดขึ้นจากความ

เสื่อมตามกระบวนการชราภาพร่วมกับผลกระทบโดยตรงจากพยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลว^{8, 14-15} โดยเฉพาะสมองส่วนฮิปโปแคมปัส (hippocampus) และส่วนหน้า (frontal lobe) จะถูกทำลายมากกว่าบริเวณอื่นๆ เนื่องจากได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ มีผลทำให้ความจำบกพร่อง (memory deficit) และรื้อฟื้นความจำได้ช้า (delayed recall)¹⁵ ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลววัยสูงอายุจึงน่าจะใช้เวลามากกว่าผู้ใหญ่ในการเรียนรู้ จดจำวิธีการ และมีความยุ่งยากมากกว่าในการจัดการอาการ นอกจากนี้การสูญเสียหน้าที่ของ sensory fiber, mechanoreceptors และ central visceral sensing จะทำให้ผู้สูงอายุมีความยุ่งยากในการจดจำและแยกแยะอาการที่เกิดขึ้น กลไกทางชีวโมเลกุลมีการตอบสนองช้าต่ออาการที่เกิดขึ้นเริ่มแรก⁸ อาจทำให้ผู้สูงอายุประหม่น รับรู้ และตอบสนองต่ออาการได้ช้า ไม่สามารถจัดการได้รวดเร็วในระยะเริ่มเกิดอาการ ทำให้เกิดความล่าช้าในการบำบัดรักษานี้ อาจทำให้เกิดอาการกำเริบรุนแรงได้

วิธีการวิจัย

การวิจัยแบบบรรยายภาคตัดขวาง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพียงครั้งเดียว

กลุ่มตัวอย่าง

จำนวน 301 ราย เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องในการวิจัยเรื่อง “การดูแลตนเอง การจัดการอาการและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว”¹⁶ เลือกแบบเจาะจงเฉพาะผู้ที่แพทย์

วินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวมาแล้วไม่น้อยกว่า 2 เดือน มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่งและโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 1 แห่งในภาคใต้ เคยมีอาการหายใจเหนื่อยหอบหรือบวมในช่วง 1 เดือน ก่อนสัมภาษณ์ และไม่มีภาวะหลงลืม การเก็บรวบรวมข้อมูลได้รับการอนุมัติจากโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง ผู้ป่วยทุกรายได้รับการพิทักษ์สิทธิด้วยวาจา และลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ

กลุ่มตัวอย่างในตารางที่ 1 ครั้งหนึ่งเป็นเพศหญิง อายุ 26-96 ปี (เฉลี่ย 64.36 ± 13.94 ปี) ส่วนใหญ่ การศึกษาระดับประถมศึกษา รายได้ประมาณ 7,600 บาท พอใช้จ่ายในครอบครัวและมีผู้ดูแลที่บ้าน ระยะเวลาการเจ็บป่วยประมาณ 35 เดือน ความรุนแรงของโรคจำแนกตาม NYHA-FC อยู่ในระดับรุนแรงมากถึงมากที่สุด มีโรคร่วมระดับปานกลาง (เฉลี่ย 3.02 ± 1.69 คะแนน) สาเหตุของหัวใจล้มเหลวเกิดจากโรคหัวใจขาดเลือดมากที่สุด ส่วนใหญ่ได้รับยาในกลุ่ม diuretic, ACE-inhibitor และ digitalis

การเปรียบเทียบลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะความเจ็บป่วยที่อาจเป็นปัจจัยร่วม (confounding factors) ที่มีผลต่อสมรรถนะการจัดการอาการ พบว่า ผู้สูงอายุมีจำนวนปีที่ศึกษาในระบบน้อยกว่าวัยผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุมีสาเหตุของหัวใจล้มเหลวจากโรคหัวใจขาดเลือด และได้รับการรักษาด้วยยาในกลุ่ม diuretic มากกว่าวัยผู้ใหญ่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบความแตกต่างในด้านอื่น

การจัดการอาการของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง: ผู้สูงอายุมีสมรรถนะต่างจากผู้ใหญ่หรือไม่?

ตารางที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลววัยสูงอายุและผู้ใหญ่

ลักษณะส่วนบุคคลและความเจ็บป่วย	รวม จำนวน (ร้อยละ) (n = 301)	อายุ ≥ 60 ปี จำนวน (ร้อยละ) (n = 199)	อายุ < 60 ปี จำนวน (ร้อยละ) (n = 102)	χ^2	t	p
เพศหญิง	151 (50.2)	96 (31.9)	55 (18.3)	0.87		0.35
อายุ (26-96 ปี) เฉลี่ย $\pm$ SD	64.36 $\pm$ 13.94	72.58 $\pm$ 7.81	48.32 $\pm$ 8.08		-2.09	< 0.001
การศึกษาในระบบ (0-16 ปี) เฉลี่ย $\pm$ SD	4.85 $\pm$ 3.47	4.05 $\pm$ 3.05	6.40 $\pm$ 3.72		5.87	< 0.001
ไม่ได้เข้าโรงเรียน	43 (14.2)	38 (12.6)	5 (1.6)			
ประถมศึกษา	209 (69.4)	142 (47.2)	67 (22.2)			
สูงกว่าประถมศึกษา	49 (16.4)	19 (6.4)	30 (10.0)			
รายได้ (300-50,000 บาท) เฉลี่ย $\pm$ SD	7,647 $\pm$ 7,437	7,227 $\pm$ 7,515	8,468 $\pm$ 7,248		1.39	0.16
ไม่พอใช้และมีหนี้	19 (6.3)	10 (3.3)	9 (3.0)			
ไม่พอใช้แต่ไม่มีหนี้	69 (22.9)	46 (15.3)	23 (7.6)			
พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ	110 (36.6)	74 (24.6)	36 (12.0)			
พอใช้และเหลือเก็บ	103 (34.2)	69 (22.9)	34 (11.3)			
อาศัยอยู่กับคู่สมรส ลูก หลาน ญาติ	292 (97.0)	191 (63.5)	101 (33.5)	2.15 ^a		0.14
มีผู้ดูแลที่บ้าน	240 (98.0)	160 (65.3)	80 (32.7)	1.55 ^b		0.21
ระยะเวลาการเจ็บป่วย เฉลี่ย $\pm$ SD	35.39 $\pm$ 35.26	37.14 $\pm$ 35.94	31.99 $\pm$ 33.81	-1.22		0.22
ระดับความรุนแรงของโรค เฉลี่ย $\pm$ SD	2.71 $\pm$ 0.92	2.76 $\pm$ 0.89	2.62 $\pm$ 0.96		-1.15	0.25
NYHA-FC I เล็กน้อย	27 (9.0)	14 (4.7)	13 (4.3)			0.42
NYHA-FC II ปานกลาง	101 (33.5)	67 (22.3)	34 (11.3)			
NYHA-FC III รุนแรงมาก	104 (34.6)	71 (23.6)	33 (11.0)			
NYHA-FC IV รุนแรงมากที่สุด	69 (22.9)	47 (15.6)	22 (7.3)			
ความรุนแรงของโรครวม เฉลี่ย $\pm$ SD	3.02 $\pm$ 1.69	3.09 $\pm$ 1.86	2.88 $\pm$ 1.29	-1.01		0.31
สาเหตุของหัวใจล้มเหลว						
โรคหัวใจขาดเลือด	158 (52.5)	116 (38.5)	42 (14.0)	32.49 ^c		< 0.001
ความดันโลหิตสูง	4 (1.4)	3 (1.1)	1 (0.3)			
หัวใจโต	28 (9.3)	23 (7.6)	5 (1.7)			
ลิ้นหัวใจพิการ	57 (18.9)	20 (6.6)	37 (12.3)			
กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ	1 (0.3)	1 (0.3)	0 (0)			
โรคปอดเรื้อรัง	2 (0.7)	1 (0.3)	1 (0.3)			
ไม่ระบุ/ไม่วินิจฉัย	51 (16.9)	35 (11.6)	16 (5.3)			

ตารางที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลววัยสูงอายุและผู้ใหญ่ (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคลและความเจ็บป่วย	รวม จำนวน (ร้อยละ) (n = 301)	อายุ ≥ 60 ปี จำนวน (ร้อยละ) (n = 199)	อายุ < 60 ปี จำนวน (ร้อยละ) (n = 102)	χ^2	t	p
กลุ่มยาที่ได้รับ						
Diuretic	214 (71.1)	151 (50.2)	63 (20.9)	7.39		< 0.05
ACE-inhibitor	184 (61.1)	130 (43.2)	54 (17.9)	4.64		0.09
Digitalis	125 (41.5)	78 (25.9)	47 (15.6)	1.45		0.48
Beta-blocker	83 (27.6)	59 (19.6)	24 (8.0)	1.27		0.53
Angiotensin receptor blocker	24 (8.0)	20 (6.6)	4 (1.3)	3.45		0.18
Aldosterone antagonist	48 (15.9)	27 (9.0)	21 (7.0)	2.57		0.28

หมายเหตุ: a = เมื่อเทียบกับผู้ที่อาศัยอยู่คนเดียว, b = เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีผู้ดูแลที่บ้าน และ c = เมื่อเทียบกับสาเหตุจากโรคอื่น (ความดันโลหิตสูง หัวใจโต ลิ้นหัวใจพิการ กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ และโรคปอดเรื้อรัง)

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย

1.1) ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ และผู้ดูแล ที่บ้าน

1.2) ข้อมูลความเจ็บป่วย ได้แก่ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรคประเมินตามเกณฑ์การจำแนกของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (NYHA-FC) โรคร่วม (comorbid diseases) ประเมินจากดัชนีโรคร่วมของชาร์ลสัน (Charlson's Comorbidity Index [CCI])¹⁷ ยาที่ใช้รักษา และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลช่วงรอบปีที่ผ่านมา

2. แบบสัมภาษณ์การจัดการอาการหัวใจล้มเหลวเป็นส่วนหนึ่งของแบบสัมภาษณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว (Self-Care of Heart Failure Index [SCHFI]) ซึ่งริเกลและคณะ⁹ พัฒนาขึ้นภายใต้แนวคิดการตัดสินใจตามสามัญสำนึก ให้คะแนนแบบลิเกิร์ต 4 ระดับจากน้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึงมากที่สุด (4 คะแนน) แบบสัมภาษณ์

ส่วนนี้มี 6 ข้อ สำหรับวัดสมรรถนะการจัดการอาการโดยเฉพาะ ประกอบด้วยการประเมิน และแยกแยะการเปลี่ยนแปลงอาการ 1 ข้อ การจัดการอาการด้วยวิธีการที่จำเพาะ 4 ข้อ และการประเมินประสิทธิผลของวิธีการที่ใช้ในการบรรเทาอาการ 1 ข้อ

ผู้วิจัยแปลเครื่องมือทั้งฉบับ ตามวิธีของบริสลิ้น¹⁸ โดยแปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษและแปลจากฉบับภาษาไทยกลับไปภาษาเดิม (translation and back-translation) จากนั้นจึงปรับฉบับภาษาไทยจนได้ความหมายไม่แตกต่างจากภาษาเดิม เสนอผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ซึ่งภาษา และเชิงคลินิกได้ค่า content validity index แต่ละข้อมากกว่า 0.95 การทดสอบความเชื่อมั่นในกลุ่มตัวอย่างนี้¹⁶ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค 0.67 ซึ่งใกล้เคียงกับฉบับภาษาเดิม⁹ ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้ปรับคะแนนรายข้อและโดยรวมให้เป็น 100 คะแนน คะแนนยิ่งมากแสดงถึงการมีสมรรถนะที่ดีในการจัดการอาการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลทั่วไป การจัดการอาการโดยรวมและรายด้าน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการอาการระหว่างผู้ป่วยวัยสูงอายุกับผู้ใหญ่ ด้วยสถิติ independent t-test และเปรียบเทียบความเหมาะสมในการจัดการอาการด้วยสถิติ Chi-square และ odds ratio โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ในการตัดสินใจว่าผู้ป่วยมีการจัดการอาการได้เหมาะสมหรือไม่นั้น ริเกลและคณะ⁹ เสนอให้ใช้ค่าจุดตัดคะแนนที่ ≥ 70 จึงจะถือว่าจัดการอาการได้เหมาะสม (adequacy)

ผลการศึกษา

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนสมรรถนะการจัดการอาการต่ำสุดในด้านการรับประทานยาตบวมเพิ่มจากขนาดที่แพทย์สั่งให้ (32.06 ± 17.50) รองลงมาคือความเร็วในการประเมินอาการที่เกิดขึ้นล่าสุดจนตัดสินใจเกิดจากโรคหัวใจวาย (37.37 ± 31.27) การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย พบว่าผู้สูงอายุมีสมรรถนะการจัดการอาการดีกว่าผู้ใหญ่ในด้านการรับประทานยาตบวมเพิ่มจากขนาดที่แพทย์สั่งให้ (33.67 ± 19.22 กับ 28.92 ± 13.04 , $t = -2.24$, $p < 0.05$) แต่ไม่แตกต่างกันในด้านอื่น ๆ และโดยรวม

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการอาการของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลววัยสูงอายุกับผู้ใหญ่

การจัดการอาการด้าน	รวม เฉลี่ย $\pm$ SD (n = 301)	อายุ ≥ 60 ปี เฉลี่ย $\pm$ SD (n = 199)	อายุ < 60 ปี เฉลี่ย $\pm$ SD (n = 102)	t	p
ความเร็วในการประเมินอาการที่เกิดขึ้นจนตัดสินใจเกิดจากหัวใจล้มเหลวลดปริมาณเกลือ น้ำปลา และเครื่องปรุงรสเค็มในอาหาร	56.06 ± 27.36	56.53 ± 27.89	55.15 ± 26.40	-0.42	0.97
ลดปริมาณน้ำดื่มและเครื่องดื่มอื่นรับประทานยาตบวมเพิ่มจากขนาดที่แพทย์สั่ง	32.06 ± 17.50	33.67 ± 19.22	28.92 ± 13.04	-2.24	< 0.05
ติดต่อขอคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่อนามัย	57.72 ± 27.09	58.79 ± 26.67	55.64 ± 27.90	-0.94	0.34
ประเมินประสิทธิผลของวิธีการต่าง ๆ ที่ใช้ในการบรรเทาอาการ	40.95 ± 29.77	39.95 ± 28.08	42.89 ± 33.88	0.81	0.42
การจัดการอาการโดยรวม	44.57 ± 15.55	44.85 ± 14.96	44.04 ± 16.70	-0.41	0.68

ในตารางที่ 3 ผู้ป่วยร้อยละ 5.3 เท่านั้น ที่มีสมรรถนะเหมาะสมในการจัดการอาการ โดยด้านที่น้อยที่สุดคือการรับประทานยาตบวมเพิ่มจากขนาดที่แพทย์สั่งให้ รองลงมาคือความเร็วในการประเมินอาการที่เกิดขึ้น

ล่าสุดจนตัดสินใจเกิดจากหัวใจวาย และความมั่นใจในผลลัพธ์ของวิธีการที่ใช้รักษาอาการครั้งล่าสุด อัตราส่วนของผู้สูงอายุที่จัดการอาการได้เหมาะสมมีน้อยกว่าผู้ใหญ่ 2 ด้าน คือ ความเร็วในการประเมินอาการที่เกิดขึ้นล่าสุด

จนตัดสินใจว่าเกิดจากหัวใจวาย (17.6% กับ 27.5%, $\chi^2 = 3.96$, $p < 0.05$, odds ratio = 1.77, 95% CI = 1.01-3.13) และการประเมินประสิทธิผลของวิธีการต่าง ๆ ที่ใช้ในการบรรเทาอาการ (17.1% กับ 31.4%, $\chi^2 = 8.04$, $p < 0.01$, odds ratio = 2.22, 95% CI = 1.27-3.87) แต่ไม่แตกต่างกันในด้านอื่นๆ และโดยรวมตารางที่ 3 อัตราความเหมาะสมในการจัดการอาการของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลววัยสูงอายุกับผู้ใหญ่

การจัดการอาการ	รวม จำนวน (ร้อยละ) (n = 301)	อายุ ≥ 60 ปี จำนวน (ร้อยละ) (n = 199)	อายุ < 60 ปี จำนวน (ร้อยละ) (n = 102)	χ^2	p	Odds ratio (95% CI)
ความเร็วในการประเมินอาการที่เกิดขึ้น						
จนตัดสินใจว่าเกิดจากหัวใจล้มเหลว						
เหมาะสม	63 (20.9)	35 (17.6)	28 (27.5)	3.96	< 0.05	1.77(1.01-3.13)
ไม่เหมาะสม	238 (79.1)	164 (82.4)	74 (72.5)			
ลดปริมาณเกลือ น้ำปลาและเครื่องปรุง ที่มีรสเค็มในอาหาร						
เหมาะสม	125 (41.5)	86 (43.2)	39 (38.2)	0.69	0.41	0.81 (0.49-1.32)
ไม่เหมาะสม	176 (58.5)	113 (56.8)	63 (61.8)			
ลดปริมาณน้ำดื่มและเครื่องดื่มอื่น						
เหมาะสม	64 (21.3)	42 (21.1)	22 (21.6)	0.01	0.93	1.03 (0.57-1.84)
ไม่เหมาะสม	237 (78.7)	157 (78.9)	80 (78.4)			
รับประทานยาลดบวมเพิ่มจากขนาดที่ แพทย์สั่งให้						
เหมาะสม	25 (8.3)	20 (10.1)	5 (4.9)	2.35	0.13	0.46 (0.17-1.27)
ไม่เหมาะสม	276 (91.7)	179 (89.9)	97 (95.1)			
ติดต่อขอคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่อนามัย						
เหมาะสม	137 (45.5)	94 (47.2)	43 (42.2)	0.70	0.40	0.81 (0.50-1.32)
ไม่เหมาะสม	164 (54.5)	105 (52.8)	59 (57.8)			
ประเมินประสิทธิผลของวิธีการต่าง ๆ ที่ใช้ในการบรรเทาอาการ						
เหมาะสม	66 (21.9)	34 (17.1)	32 (31.4)	8.04	< 0.01	2.22 (1.27-3.87)
ไม่เหมาะสม	235 (78.1)	165 (82.9)	70 (68.6)			
การจัดการอาการโดยรวม						
เหมาะสม	16 (5.3)	9 (4.5)	7 (6.9)	0.73	0.39	1.55 (0.56-4.31)
ไม่เหมาะสม	285 (94.7)	190 (95.5)	95 (93.1)			

การอภิปรายผล

การศึกษานี้ได้ความรู้สองประเด็นสำคัญ คือ 1) ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวทั้งวัยสูงอายุและผู้ใหญ่มีระดับสมรรถนะต่ำในการจัดการอาการและส่วนน้อยเท่านั้นที่จัดการอาการได้เหมาะสม และ 2) ผู้สูงอายุมีระดับสมรรถนะและความเหมาะสมในการจัดการอาการโดยรวมไม่แตกต่างจากผู้ใหญ่ แต่มีสมรรถนะบางด้านแตกต่างกัน ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวทั้งวัยสูงอายุและผู้ใหญ่มีระดับสมรรถนะต่ำในการจัดการอาการและส่วนน้อยเท่านั้นที่จัดการอาการได้เหมาะสม เห็นได้จากคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการอาการอยู่ในเกณฑ์ต่ำทั้งโดยรวมและรายด้าน มีผู้ป่วยประมาณ 1 ใน 20 คน หรือร้อยละ 5.3 เท่านั้นที่มีสมรรถนะการจัดการอาการได้เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาในอเมริกา^{5, 9, 19-20} และยุโรป⁵ ที่พบว่าผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่มีปัญหาการดูแลตนเองทั้งการดูแลตนเองที่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง และการจัดการอาการที่เกิดขึ้น แสดงให้เห็นว่าการขาดสมรรถนะในการจัดการอาการเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวแม้กระทั่งในประเทศที่พัฒนาแล้ว อย่างไรก็ตามผู้ป่วยในการศึกษานี้มีสมรรถนะการจัดการอาการโดยรวมและรายด้านต่ำกว่าในต่างประเทศอย่างชัดเจน⁹

การศึกษานี้มิได้มุ่งอธิบายว่าเพราะเหตุใดผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวจึงมีสมรรถนะไม่เพียงพอในการจัดการอาการ การทบทวนความรู้ปัจจุบันก็ยังไม่พบข้ออธิบายที่ชัดเจน แต่ชี้ให้เห็นว่าการจัดการอาการจากภาวะหัวใจล้มเหลวนั้นเป็นสมรรถนะที่ซับซ้อน ผู้ป่วยมีความยุ่งยากในการประเมินและตัดสินใจเลือกวิธีการที่เหมาะสม ความสำเร็จในการจัดการอาการนั้นต้องคำนึงถึงปัจจัยหลายประการที่นอกเหนือจากปัจจัยส่วนบุคคลและลักษณะความเจ็บป่วย โดยเฉพาะปัจจัยด้านระบบบริการการรักษาพยาบาล

การเข้าถึงข้อมูลความรู้ การเรียนรู้ของผู้ป่วย และการฝึกทักษะที่เฉพาะเจาะจง ซึ่งต้องมีการจัดระบบสนับสนุนที่เป็นรูปธรรมเพื่อเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยได้พัฒนาสมรรถนะที่เหมาะสมในการจัดการอาการ^{5, 8}

เป็นที่น่าสนใจว่า แม้ผู้ป่วยในการศึกษานี้จะมีระยะเวลาการเจ็บป่วยมาแล้วโดยเฉลี่ย 3 ปี และทุกรายมีประสบการณ์การเกิดอาการหายใจเหนื่อยหอบหรือบวมในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา แต่มีผู้ป่วยเพียง 1 ใน 5 คนเท่านั้นที่สามารถประเมินอาการที่เกิดขึ้นล่าสุดจนตัดสินใจได้อย่างรวดเร็วว่าเกิดจากหัวใจล้มเหลว เมื่อพิจารณาในรายข้อ พบว่า มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 8.3-45.5 เท่านั้น ที่มีการปฏิบัติอย่างเหมาะสมในการจัดการอาการ โดยด้านที่น้อยที่สุดคือการรับประทานยาตามบวมเพิ่มจากขนาดที่แพทย์สั่งให้ ด้านที่ปฏิบัติได้เหมาะสมมากที่สุดคือการติดต่อขอคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่อนามัย แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้มีการเรียนรู้และขาดทักษะที่เหมาะสมในการจัดการอาการ แม้ไม่ใช่ผู้ป่วยรายใหม่แต่ก็ไม่ได้มีการเพิ่มพูนทักษะและจัดระบบความคิดในการจัดการอาการที่เกิดจากประสบการณ์จริง สอดคล้องกับการศึกษาอื่น²¹ ที่พบว่าผู้ป่วยเพียง 1 ใน 10 เท่านั้นที่มีการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปฏิบัติได้เหมาะสม และปรับเปลี่ยนได้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของโรคและอาการในระดับที่ชำนาญ ทั้งผู้ป่วยวัยสูงอายุและวัยผู้ใหญ่จะขาดข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับอาการของโรค และวิธีการจัดการอาการ ไม่มีโอกาสในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์อาการร่วมกับผู้ป่วยรายอื่นและจากเจ้าหน้าที่สุขภาพในการแยกแยะอาการเฉพาะที่เกิดจากหัวใจล้มเหลว มีผู้ป่วยเพียง 1 ใน 5 เท่านั้นที่แน่ใจว่าวิธีการรักษาตนเองจะบรรเทาอาการได้ผล แสดงให้เห็นว่าวิธีการที่ผู้ป่วยใช้อย่างไม่ได้ผลเป็นที่มั่นใจ การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรู้จักปรับเปลี่ยน ตัดสินใจเลือกวิธีการที่เหมาะสม โดยการยืนยันผลจากเจ้าหน้าที่

สุขภาพน่าจะเป็นแนวทางที่ช่วยเพิ่มความมั่นใจในผลลัพธ์การจัดการอาการของผู้ป่วย

ผู้สูงอายุมีระดับสมรรถนะและจัดการอาการโดยรวมได้เหมาะสมไม่แตกต่างจากผู้ใหญ่ แต่มีสมรรถนะบางด้านแตกต่างกัน เป็นหลักฐานความรู้ใหม่ที่มีทั้งส่วนสนับสนุนและขัดแย้งกับสมมติฐานการวิจัยและความรู้เชิงทฤษฎี แม้ผู้ป่วยวัยสูงอายุและผู้ใหญ่จะมีคะแนนสมรรถนะการดูแลตนเองโดยรวมไม่แตกต่างกัน การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับสมรรถนะการจัดการอาการในศึกษานี้ ได้ผลต่างจากการศึกษาอื่นซึ่งพบว่าอายุที่เพิ่มขึ้น มีความสัมพันธ์ทางลบกับสมรรถนะการจัดการอาการ โดยผู้ป่วยวัยสูงอายุมีสมรรถนะในการจัดการอาการน้อยกว่าผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่¹⁹ ในทางตรงกันข้าม ผู้สูงอายุในการศึกษานี้มีสมรรถนะดีกว่าผู้ใหญ่ในการจัดการอาการบวมโดยรับประทานยาลดบวมเพิ่มขึ้นจากขนาดที่แพทย์สั่งให้ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุอาจให้ความสำคัญกับการจัดการอาการโดยใช้ยา มากกว่าการจัดการแบบไม่ใช้ยา ข้อสังเกตของผู้วิจัยพบว่าผู้สูงอายุจะรู้จักยาที่รับประทาน จดจำยาได้จากสี รูปร่าง และขนาดของเม็ดยา รู้จากแพทย์และพยาบาลว่าเป็นยาตัวไหนช่วยหัวใจบีบตัวหรือลดบวม แม้แพทย์และพยาบาลไม่ได้บอกวิธีการรับประทานยาขับปัสสาวะ แต่ผู้สูงอายุได้มีการทดลองรับประทานเองด้วยรู้ว่าเป็นยาลดบวม จึงน่าจะแก้ไขอาการบวมที่ทำได้ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีการปรับเพิ่มยาเองจากประสบการณ์การลองผิดลองถูกในชีวิตประจำวัน แม้ไม่ได้รับข้อมูลยืนยันจากเจ้าหน้าที่สุขภาพก็ตาม

ทั้งผู้ป่วยวัยสูงอายุและผู้ใหญ่มีการจัดการอาการได้ในระดับเหมาะสมไม่แตกต่างกันในภาพรวม แต่เมื่อวิเคราะห์ในรายด้านพบว่า ผู้สูงอายุมีอัตราการจัดการอาการได้ในเกณฑ์ที่เหมาะสมน้อยกว่าผู้ใหญ่ 2 ด้าน คือ ความเร็วในการประเมินอาการที่เกิดขึ้นล่าสุดจนตัดสินใจได้ว่าเกิดจากหัวใจล้มเหลว และการประเมินประสิทธิภาพ

ของวิธีการต่าง ๆ ที่ใช้ในการบรรเทาอาการ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีการเฝ้าติดตามการเปลี่ยนแปลงของอาการแยกแยะอาการ ประเมินการเปลี่ยนแปลงของอาการ และประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการได้เหมาะสมน้อยกว่าผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นไปได้ว่าผู้สูงอายุมีการเรียนรู้ จดจำและแยกแยะอาการที่สัมพันธ์กับภาวะหัวใจได้ไม่ดี²¹ ซึ่งในการศึกษานี้ไม่สามารถสรุปได้ว่าเป็นผลมาจากจากการเลื่อนหน้าที่การทำงานของสมองหรือไม่ ถึงแม้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการศึกษานี้ทุกรายมีสติรู้คิดอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่ก็ไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่าไม่มีการสูญเสียหน้าที่ของสมองจากพยาธิสภาพของหัวใจล้มเหลว ที่อาจทำลายสมองส่วนความจำ เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับชีวโมเลกุลที่แสดงว่าสมองทำงานผิดปกติ แต่ยังไม่ปรากฏความผิดปกติทางคลินิกที่สามารถตรวจได้ด้วยเครื่องมือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด¹⁵

ปัจจัยร่วมด้านอื่น ๆ ไม่น่าจะมีผลต่อสมรรถนะการจัดการอาการของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในการศึกษานี้ แม้ผู้ป่วยวัยสูงอายุจะมีระดับการศึกษาน้อยกว่าวัยผู้ใหญ่ประมาณ 2 ปี แต่เมื่อพิจารณาถึงระดับการศึกษาพบว่าต่างก็สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษาภาคบังคับเหมือนกัน ในด้านลักษณะความเจ็บป่วยพบว่าผู้สูงอายุเกิดหัวใจล้มเหลวจากสาเหตุโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่า ได้รับการรักษาด้วยยา diuretic มากกว่า แต่ก็ไม่แน่ว่าจะมีผลโดยตรงต่อสมรรถนะการจัดการอาการในทางกลับกันผู้สูงอายุน่าจะควบคุมอาการบวมได้ดีกว่าและผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีระดับความรุนแรงของโรคไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาจึงให้หลักฐานในเบื้องต้นถึงผลของปัจจัยด้านอายุต่อสมรรถนะการจัดการอาการโดยผู้ป่วยวัยสูงอายุสามารถประเมิน จดจำ และแยกแยะอาการที่จำเพาะกับภาวะหัวใจล้มเหลวได้น้อยกว่าวัยผู้ใหญ่ และไม่แน่ใจในผลลัพธ์ของวิธีการจัดการอาการที่เชื่อว่าจะได้ผลในการบรรเทาอาการ อนึ่งการศึกษานี้ไม่

ได้ประเมินการทำงานที่ด้านสติปัญญาและการรู้คิด จึงไม่มีหลักฐานที่เพียงพอในการอธิบายผลจากหน้าที่การทำงานของสมองต่อสมรรถนะการจัดการอาการ

ข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวทั้งวัยสูงอายุและวัยผู้ใหญ่มีสมรรถนะการจัดการอาการได้ต่ำในทุกด้าน และมีผู้ป่วยจำนวนน้อยมากที่สามารถจัดการอาการได้เหมาะสม การให้ข้อมูลความรู้ ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับโรค อาการ และวิธีที่ได้ผลในการบำบัดเพื่อบรรเทาอาการจะช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และพัฒนาทักษะที่จำเป็นได้ดีและรวดเร็วกว่าการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงในชีวิตประจำวันเพียงอย่างเดียว

การส่งเสริมสมรรถนะการจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพจะต้องมีการจัดระบบบริการที่เป็นรูปธรรม เน้นที่การแลกเปลี่ยนหรือถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ วิธีการปฏิบัติร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล ญาติ ผู้ดูแลและผู้ป่วยคนอื่น ๆ โดยการพัฒนาสมรรถนะในการประเมินอาการเฉพาะของหัวใจล้มเหลว การควบคุมปริมาณการบริโภคโซเดียม การควบคุมปริมาณน้ำในร่างกาย และการปรับเพิ่มยาขับปัสสาวะเมื่อจำเป็น ในกลุ่มผู้สูงอายุจะต้องเน้นให้ผู้ป่วยได้มีการบันทึก แยกแยะจดจำอาการผิดปกติที่จำเพาะกับหัวใจล้มเหลวออกจากอาการอื่น ๆ เพื่อให้สามารถประเมินและจัดการอาการได้อย่างรวดเร็ว

การศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยที่บ่งชี้ถึงหน้าที่การทำงานของสมองที่มีผลต่อสมรรถนะการจัดการอาการของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยเฉพาะหน้าที่ด้านสติปัญญาและการรู้คิด ภาวะซึมเศร้า และความรู้เกี่ยวกับโรค อาการและการดูแลตนเอง จะเป็นการขยายความรู้ที่จำเพาะกับการจัดการอาการและเป็นหลักฐานทางคลินิกที่สำคัญสำหรับการพัฒนาแนวทางส่งเสริมการจัดการ

อาการและการดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้อย่างจำเพาะกับปัญหาและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักวิทยพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ประเภททุนพัฒนา หัวข้อวิจัยประจำปี 2546-2548

เอกสารอ้างอิง

1. Gustafsson F, Torp-Pedersen C, Seibæk M, Burckhardt H, Køber, L. for the DIAMOND study group. Effect of age on short and long-term mortality in patients admitted to hospital with congestive heart failure. *Eur Heart J* 2004;25: 1711-7.
2. Rich MW, McSherry F, Williford WO, Yusuf S. for the Digitalis Investigation Group. Effect of age on mortality, hospitalizations and response to digoxin in patients with heart failure: The DIG study. *J Am Coll Cardiol* 2001;38: 806-13.
3. Stanek EJ, Oates MB, McGhan WF, Denofrio D, Loh E. Preferences for treatment outcomes in patients with heart failure: Symptoms versus survival. *J Card Fail* 2000;6: 225-32.
4. Evangelista E, Doering LV, Dracup K, Westlake C, Hamilton M, Fonarow CG. Compliance behaviors of elderly patients with advanced heart failure. *J Cardiovasc Nurs* 2003;18: 197-206.
5. Jaarsma T, Halfens R, Abu-Saad HH, Dracup K, Gorgels T, van Ree J, et al. Effects of education and support on self-care and resource utilization in patients with heart failure. *Eur Heart J* 1999;20: 673-82.

6. Krumholz HM, Amatruda J, Smith GL, Mattera JA, Roumanis SA, Radford MJ, et al. Randomized trial of an education and support intervention to prevent readmission of patients with heart failure. **J Am Coll Cardiol** 2002; 39: 83-9.
7. Neily JB, Toto KH, Gardner EB, Rame JE, Yancy CW, Sheffield MA, et al. Potential contributing factors to noncompliance with dietary sodium restriction in patients with heart failure. **Am Heart J** 2002; 143: 29-33.
8. Dickson VV, Tkacs N, Riegel B. Cognitive influences on self-care decision making in persons with heart failure. **Am Heart J** 2007; 154: 424-31.
9. Riegel B, Carlson B, Moser DK, Sebern M, Hicks FD, Roland V. Psychometric testing of the self-care of heart failure index. **J Card Fail** 2004; 10: 350-60.
10. Francis GS. Pathophysiology of chronic heart failure. **Am J Med** 2001; 110(3): 37-46.
11. Fonarow GC, Heywood JT, Heidenreich PA, Lopatin M, Yancy CW. Temporal trends in clinical characteristics, treatments, and outcomes for heart failure hospitalizations, 2002 to 2004: Findings from Acute Decompensated Heart Failure National Registry (ADHERE). **Am Heart J** 2007; 153: 1021-8.
12. Moser DK, Mann DL. Improving outcomes in heart failure: It's not unusual beyond usual care. **Circulation** 2002; 105: 2810-2.
13. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J, et al. Advancing the science of symptom management. **J Adv Nurs** 2001; 33: 668-76.
14. Staniforth AD, Kinnear WJM, Cowley AJ. Cognitive impairment in heart failure with Cheyne-Stroke respiration. **Heart** 2001; 85: 18-22.
15. Zaccula G, Onder G, Pedone C, Carosella L, Pahor M, Bernabei R, et al., for the GIFA-ONLUS Study Group. Hypotension and cognitive impairment: Selective association in patients with heart failure. **Neurology** 2001; 57: 1986-92.
16. จอม สุวรรณโณ, เรวดี เพชรศิราสันท์, ปุณยวีร์ ประเสริฐไทย, อรุณศรี จันทร์ประดิษฐ์, และ วงรัตน์ ไสสุข. การดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง. **วารสารสภาการพยาบาล** 2551; 23: 35-47.
17. Sundararajan, V., Henderson, T., Perry, C., Muggivan, A., Quan, H., & Ghali, W.A. New ICD-10 version of the Charlson comorbidity index predicted in-hospital mortality. **J Clin Epidemiol** 2004; 57: 1288-94.
18. Brislin RW. Translation and content analysis of oral and written materials: Methodology. In: Triandis HC, Berry JW, eds. Handbook of cross-cultural psychology, Vol 2. Boston: Allyn & Bacon; 1980: 389-444.
19. Chriss P, Sheposh J, Carlson B, Riegel B. Predictors of successful heart failure self-care maintenance in the first three months after hospitalization. **Heart Lung** 2004; 33: 345-53.
20. Gary R. Self-care practices in women with diastolic heart failure. **Heart Lung** 2006; 35: 9-19.
21. Barbara R, Dickson VV, Goldberg LR, Deatrck JA. Factors associated with the development of expertise in heart failure self-care. **Nurs Res** 2007; 56: 235-43.

Symptom Management Ability in Persons with Chronic Heart Failure: Do Older Adults Differ from Adults?

Jom Suwanno, PhD, RN *

Rewadee Pechsirasan, MNS, RN **

Ladda Thiamwong, PhD, RN **

Juk Suwanno, MNS, RN ***

Abstract: This purposes of this study were to compare symptom management ability and adequacy of self-care between older adults and adults with chronic heart failure. Descriptive, cross-sectional research design was conducted. The study included 301 patients (older adults 199, adults 102) diagnosed of heart failure by their physicians at least two months prior and attending at out-patient clinic of two tertiary and one secondary care hospitals in Southern Thailand. A 6-item Self-Care Management (SCMN) subscale of the Self-Care of Heart Failure Index-Thai version (SCHFI-Thai) was used to measure ability in symptom management. The data were analyzed using t-test and Chi-square test.

The results found that ability in symptom management was poor in both groups (mean score 44.57 ± 15.55 of total 100) and only 5.3% had adequate symptom management. Differences in overall ability and adequacy in symptom management between older adults and adults did not exist. However, older adults had better ability in taking an extra water pill (mean score 33.67 ± 19.22 versus 28.92 ± 13.04 , $t = -2.24$, $p < 0.05$). Older adults had fewer adequacies in recognize of heart failure-related symptoms (17.6% versus 27.5%, $\chi^2 = 3.96$, $p < 0.05$) and evaluation the effectiveness of symptom management regimens (17.1% versus 31.4%, $\chi^2 = 8.04$, $p < 0.01$) compared to adults. Clinical intervention aims at improving ability in symptom management are needed in both older adults and adults groups. Specifically in older adults, they needed to improve ability in monitoring and recognition of heart failure-related symptoms.

Thai Journal of Nursing Council 2009; 24(1) 36-48

Key words: Heart failure, Symptom management, Older adults

*Assistant Professor Walailak University School of Nursing, Nakhorn Si Thammarat

**Lecturer, Walailak University School of Nursing, Nakhorn Si Thammarat

***Nurse, Department of Internal Medicine, Had Yai Hospital, Songkhla