บทความวิชาการ

บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านการออกกำลังกายในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีค่าการบีบตัวของหัวใจลดลง: กรณีศึกษา

Nurse's Role in Promoting Exercise Self-Efficacy for Heart Failure with Reduced Ejection Fraction Patients: A Case Study

ผาณิต แก่นกระโทก[1] วาสนา รวยสูงเนิน[2] มะลิวรรณ ศิลารัตน์[2]*

Panit Kankratoke[1] Wasana Ruaisungnoen[2] Maliwan Silarat[2]*

[1]นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

[1]Master Nursing Student, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand.

[2]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

[2]Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand.

**ผู้รับผิดชอบหลัก: waskir@kku.ac.th*

**Corresponding author: waskir@kku.ac.th*

Received 8 September 2021 • Revised 15 November 2021 • Accepted 15 November 2021

บทคัดย่อ

บทนำ: *การออกกำลังกายมีความสำคัญต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว โดยเฉพาะกลุ่มที่มีค่าการบีบตัวของหัวใจลดลงน้อยกว่าร้อยละ 40 เนื่องจากช่วยลดอาการเหนื่อยง่ายจากพยาธิสภาพของหัวใจล้มเหลว และเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ ส่งผลให้อัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและอัตราการเสียชีวิตลดลง อย่างไรก็ตามพบว่า ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวจำนวนมากออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ ด้วยข้อจำกัดด้านร่างกายและความรุนแรงของโรคที่ทำให้เหนื่อยง่าย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการออกกำลังกายต่ำ พบว่ามีความสัมพันธ์กับการไม่ออกกำลังกายตามคำแนะนำในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายความสำคัญของการออกกำลังกายทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน บทบาทของพยาบาล และการประยุกต์ใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านการออกกำลังกายของแบนดูราในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีค่าการบีบตัวของหัวใจลดลงในกรณีศึกษา แบ่งออกเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง 2) ประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่น 3) การใช้คำพูดชักจูง และ 4) การกระตุ้นอารมณ์ **สรุป:** การส่งเสริมความยึดมั่นต่อการออกกำลังกายมีความสำคัญในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีการบีบตัวของหัวใจลดลง พยาบาลสามารถประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เพื่อเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว*

คำสำคัญ: การออกกำลังกาย; หัวใจล้มเหลว; บทบาทพยาบาล; สมรรถนะแห่งตน

Abstract

Introduction: *Exercise is important for cardiac rehabilitation in heart failure (HF) particularly among people with ejection fraction less than 40% due to its effects on reducing fatigue from HF pathology and increasing functional capacity. Consequently, hospital re-admissions and mortality rates decline. However, it is evident that many people with HF do not exercise regularly resulting from physical limitations and illness severity causing shortness of breathing. Low perceived exercise self-efficacy was found to be associated with nonadherence to exercise recommendation among HF patients. This article aims to demonstrate roles of exercise, Bandura's self-efficacy theory, nurse's roles, and an application of exercise self-efficacy promotion program in a case study of patient with reduced ejection fraction HF (HFrEF) including four components which are 1) mastery experience 2) vicarious experience 3) verbal persuasion and 4) emotional arousal.* ***Conclusions:*** *promoting exercise adherence is pivotal among people with HFrEF. Nurses are suggested to promote exercise self-efficacy and exercise adherence using self-efficacy theory among these patients.*

Keywords: exercise; heart failure; nurse's role; self-efficacy

ความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของหลายประเทศรวมถึงประเทศไทย เนื่องจากมีอุบัติการณ์การเกิดโรคและความรุนแรงของโรคสูงขึ้น อัตราการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลสูงถึงร้อยละ 20 ทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มสูงขึ้น[1] นอกจากนี้ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวมีการพยากรณ์โรคไม่ดี ร้อยละ 50 เสียชีวิตภายใน 5 ปี หลังได้รับการวินิจฉัย[1,2]

ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีค่าการบีบตัวของหัวใจลดลง (heart failure with reduced ejection fraction: HFrEF) น้อยกว่าร้อยละ 40 มีลักษณะอาการสำคัญ คือ มีอาการเหนื่อยง่ายเมื่อทำกิจกรรมที่มากขึ้นหรือออกแรง จากพยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลว อันมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของโครงสร้างหรือการทำหน้าที่ของหัวใจ ทำให้การบีบตัวของหัวใจลดลง ส่งผลให้การขนส่งเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ของร่างกายได้ไม่เพียงพอต่อความต้องการร่างกาย จึงเกิดกลไกการปรับตัวของระบบประสาทและฮอร์โมน ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำเกิน น้ำท่วมปอด หายใจไม่อิ่ม นอนราบไม่ได้[3] และต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่งผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ลดลงและกระทบต่อคุณภาพชีวิต[3,4] อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวได้รับการรักษาที่เหมาะสม ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ จะทำให้อาการของโรคไม่กำเริบ ลดอาการเหนื่อย เพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ และลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล[3]

การลดอาการกำเริบของโรคและอาการเหนื่อยง่าย ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีค่าการบีบตัวของหัวใจลดลงต้องมีการดูแลตนเองให้ครอบคลุมองค์ประกอบของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ได้แก่ 1) การควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น การงดสูบบุหรี่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำ 2) การจัดการความเครียด และ 3) การออกกำลังกาย ซึ่งการออกกำลังกายถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ โดยมีเป้าหมายในการฟื้นฟูเพื่อคงไว้หรือชะลอความก้าวหน้าของภาวะหัวใจล้มเหลว ลดการเกิดอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจ (cardiac event) ลดอัตราการเสียชีวิต และส่งเสริมการกลับมาทำงานหรือสามารถทำกิจกรรมได้ตามความเหมาะสม[5] อย่างไรก็ตามมีหลายการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวมีกิจกรรมทางกายต่ำ (low physical activity) และมีการออกกำลังกาย (exercise) อยู่ในระดับน้อยมาก ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการออกกำลังกาย (exercise self-efficacy) ต่ำ[6] ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง เหนื่อยง่าย มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม[7] คุณภาพชีวิตลดลง มีแนวโน้มการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและอัตราการเสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ออกกำลังกาย[7-9]

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีค่าการบีบตัวของหัวใจลดลง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จำนวน 10 ราย พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีการดูแลตนเองด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค จำกัดเกลือโซเดียม จำกัดน้ำและ

รับประทานยาสม่ำเสมอ แต่พบว่า ผู้ป่วยมากกว่า ร้อยละ 70 ไม่ออกกำลังกาย โดยให้เหตุผลว่า ไม่มั่นใจในความปลอดภัย กลัวมีอาการกำเริบ เหนื่อย กลัวหัวใจวายและเสียชีวิต[10] และเมื่อประเมินด้วยแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวของ Witwaranukool and Jitpanya[11] พบว่า ผู้ป่วยขาดความมั่นใจโดยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ[10] การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการออกกำลังกายในผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญในการสร้างความมั่นใจ และให้มีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง บทความนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายความสำคัญของการออกกำลังกาย ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน บทบาทของพยาบาล และการประยุกต์ใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านการออกกำลังกายของแบนดูราในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีค่าการบีบตัวของหัวใจลดลงในกรณีศึกษา โดยนำความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของแบนดูราในการดูแลด้านการออกกำลังกายในกรณีศึกษาผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีค่าการบีบตัวของหัวใจลดลง

ความสำคัญของการออกกำลังกายในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีค่าการบีบตัวของหัวใจลดลง

ในปัจจุบันการออกกำลังกายถือเป็นส่วนหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีความปลอดภัย ไม่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่อระบบหลอดเลือดและหัวใจ (major adverse cardiovascular events: MACE) แต่กลับมีประโยชน์อย่างมากต่อผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว[12,13] สมาคมโรคหัวใจแห่งยุโรปจึงมีแนวปฏิบัติแนะนำให้ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีอาการคงที่ออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ[3] เพื่อช่วยลดการเกิดโรค อาการกำเริบของโรคและอัตราการเสียชีวิตในทุกสาเหตุ[13] โดยพฤติกรรมการออกกำลังกาย หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างมีแบบแผน ที่เกิดจากการหดตัวของกล้ามเนื้อโครงร่างและเพิ่มการใช้พลังงาน ตามแผนที่วางไว้โดยปฏิบัติซ้ำๆ ที่นอกเหนือจากการทำงาน เพื่อเพิ่มสมรรถภาพทางกาย[14] สรุปความสำคัญของการออกกำลังกายในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีค่าการบีบตัวของหัวใจลดลง มีดังนี้

1. ผลต่อระบบหัวใจหลอดเลือดและระบบหายใจ การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ (functional capacity) ซึ่งบ่งบอกปริมาณสูงสุดของการใช้ออกซิเจนของร่างกาย (maximum oxygen uptake: VO_2max) และความสามารถในการทำกิจกรรมที่เพิ่มขึ้น การออกกำลังกายยังช่วยเพิ่มการขนส่งเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ลดการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างหัวใจที่มีประสิทธิภาพการทำงานลดลง และเพิ่มค่าการบีบตัวของหัวใจ ทำให้ร่างกายได้รับเลือดและออกซิเจนเพิ่มขึ้น จึงลดอาการเหนื่อย[15,16] นอกจากนี้ยังช่วยลดไขมันไม่ดีและไตรกลีเซอไรด์ในเลือด รักษาความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม และสามารถลดขนาดเส้นรอบเอวได้[17]

2. ผลต่อระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ช่วยเพิ่มการผลิตพลังงานและมวลของกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อแขนและขาแข็งแรงขึ้น ความยืดหยุ่นและการทำงานประสานกันของกล้ามเนื้อดีขึ้น จึงสามารถทำงานหรือทำกิจกรรมได้มากขึ้น[16]

3. ผลต่อระบบประสาทและฮอร์โมน การออกกำลังกายช่วยให้ระบบประสาทและฮอร์โมนทำงานสมดุลขึ้น โดยช่วยในการฟื้นตัวของชีพจรใน 1 นาที (heart rate recovery at 1 min: HRR1) ซึ่งเป็นการลดลงกลับสู่ค่าปกติของชีพจรที่วัดทันทีหลังการออกกำลังกายใน 1 นาที และเพิ่มค่าความผันแปรของชีพจร (heart rate variability: HRV) ซึ่งค่าที่สูงบ่งบอกถึงความสามารถในการปรับสมดุลของระบบประสาทอัตโนมัติที่ดี[18] ลดการตอบสนองที่ไวเกินของกล้ามเนื้อ เพิ่มสารสื่อประสาท ลดการเกิดอนุมูลอิสระ การตายของเซลล์ และลดการหลั่งสารก่อการอักเสบไซโตไคน์ในเนื้อเยื่อและเลือด จึงลดการอักเสบและอาการกล้ามเนื้ออ่อนล้าและลดการกระตุ้นระบบประสาทและฮอร์โมน (neuro-hormonal activation) จึงลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำเกิน ลดอาการกำเริบของโรค และลดการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาล[16]

4. ผลลัพธ์ทางคลินิก การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ 6 เดือน ขึ้นไป สามารถลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลดอัตราการเสียชีวิตและการพยากรณ์โรคดีขึ้น จึงทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น[4,9,19]

5. ด้านจิตใจ การออกกำลังกายช่วยลดอาการวิตกกังวล อาการของภาวะซึมเศร้า และยังทำให้รู้สึกกระฉับกระเฉง ลดความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค[17]

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการออกกำลังกายของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีค่าการบีบตัวของหัวใจลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า มีหลายปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการออกกำลังกายของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีค่าการบีบตัวของหัวใจลดลง มีดังนี้

1. ปัจจัยด้านร่างกาย เช่น ภาวะอ้วน โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายที่ลดลง ข้อจำกัดทางกายและระดับการสูญเสียความสามารถ (disability) ซึ่งการมีข้อจำกัดทางด้านร่างกายหรือความพิการมีแนวโน้มสูงที่ผู้ป่วยจะไม่ออกกำลังกาย[3,8,20]

2. ปัจจัยทางด้านความเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของโรคและความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง จากพยาธิสภาพของโรคที่ทำให้มีอาการเหนื่อยง่าย พบว่า ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวระดับความรุนแรงของโรค NYHA functional class III และ IV ที่มีอาการเหนื่อยขณะทำกิจกรรมที่มากขึ้นหรือออกแรงมีระยะเวลาการออกกำลังกายลดลงน้อยกว่า 90 นาทีต่อสัปดาห์[3,8,20]

3. ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม เช่น ปัญหารายได้ ทำให้ไม่มีเวลาและขาดการเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกาย ระดับการศึกษาที่ไม่ดีมีผลต่อการรับรู้ประโยชน์และความสำคัญของการออกกำลังกายจึงปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การออกกำลังกายลดลง และการขาดการสนับสนุนทางสังคม พบว่า การขาดความพร้อมของสิ่งอำนวยความสะดวก หรือการไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวส่งผลให้ระยะเวลาการออกกำลังกายในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวลดลง[6,20]

4. ปัจจัยทางด้านทีมสุขภาพ การขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการออกกำลังกายของบุคลากรทางสุขภาพ การขาดโปรแกรมและความเหมาะสมของโปรแกรมการออกกำลังกาย ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับคำแนะนำที่เหมาะสม[20]

นอกจากปัจจัยดังที่กล่าวมาแล้ว ปัจจัยภายในด้านจิตสังคม และการรับรู้มีความสำคัญอย่างมากในการกำหนดพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว มีการศึกษา พบว่า การขาดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและขาดแรงจูงใจจากอาการเหนื่อยง่ายร่วมกับปัจจัยดังกล่าวข้างต้นส่งผลให้มีการออกกำลังกายในระดับต่ำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการออกกำลังกาย (exercise self-efficacy) จึงเป็นปัจจัยสำคัญในการเริ่มต้นและสร้างความยึดมั่นในการออกกำลังกายของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว[6,21]

ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) พัฒนาโดย Albert Bandura นักจิตวิทยาชาวแคนาดา ในปี ค.ศ. 1977 เป็นหนึ่งในองค์ประกอบของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (social cognitive theory) มีแนวคิดว่าพฤติกรรมของมนุษย์ส่วนหนึ่งเกิดจากการเรียนรู้ จากประสบการณ์ของตนเองและการสังเกตโดยผ่านตัวแบบ (model) ที่มีโครงสร้างและความสัมพันธ์ระหว่าง 3 องค์ประกอบ คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล 2) ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม และ 3) ปัจจัยทางด้านพฤติกรรม ซึ่งปัจจัยดังกล่าว ส่งผลแตกต่างกันในแต่ละบุคคล และมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (reciprocal determinism) ตามการเรียนรู้ของมนุษย์ส่วนใหญ่จะเป็นการเรียนรู้โดยการสังเกตหรือการเลียนแบบ เนื่องจากมนุษย์มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัวอยู่เสมอ ถือเป็นแนวคิดพื้นฐาน[22]

แบนดูรา เชื่อว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมและความคงอยู่ของพฤติกรรม โดยบุคคลที่มีความคาดหวังต่อสมรรถนะแห่งตน (efficacy expectation) เชื่อมั่นว่าตนจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้ และมีความคาดหวังต่อผลลัพธ์ที่ตามมา (outcome expectation) ซึ่งเป็นการประเมินค่าของพฤติกรรมว่าสามารถให้ผลลัพธ์ที่ต้องการหรือไม่ โดยเชื่อว่า ความคาดหวังต่อสมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังต่อผลลัพธ์เป็นแรงจูงใจที่ทำให้เกิดพฤติกรรมนั้นๆ[22,23] ต่อมาแบนดูราได้ใช้คำว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived self-efficacy) และให้ความหมายว่า เป็นการที่บุคคลตัดสินเกี่ยวกับระดับความสามารถของตนเองว่ามีความสามารถที่จะจัดการหรือปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่[24] การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังต่อผลลัพธ์มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรม กล่าวคือ หากบุคคลมีทั้งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังต่อผลลัพธ์สูงจะทำให้มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างแน่นอน แต่หากมีเพียงองค์ประกอบเดียวที่สูงหรือต่ำ บุคคลมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของแบนดูรา เชื่อว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาจาก 4 แหล่ง ดังนี้[22,23]

1. ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (mastery experience) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมากที่สุด ประสบการณ์ความสำเร็จในอดีตเพิ่มการรับรู้

สมรรถนะแห่งตนโดยผ่านการฝึกฝนให้บุคคลมีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้ด้วยตนเอง และรับรู้ว่าตนมีความสามารถที่จะทำพฤติกรรมนั้นได้ เกิดการใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกฝนอย่างมีประสิทธิภาพ แม้มีอุปสรรคแต่มีความพยายามที่จะทำสิ่งนั้นให้บรรลุเป้าหมาย

2. ประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่น (vicarious experience) หรือตัวแบบทางสังคม (modeling) การได้สังเกตตัวแบบที่มีความซับซ้อน และมีความพึงพอใจต่อผลของการกระทำ จะทำให้ผู้สังเกตเรียนรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้หากมีความพยายาม ผ่านการเรียนรู้โดยการสังเกต (observational learning) ประกอบด้วย 4 กระบวนการ คือ กระบวนการตั้งใจและสนใจในพฤติกรรมของตัวแบบ การจดจำและเก็บข้อมูลกระบวนการกระทำโดยแปลงสารจากการจดจำที่เป็นสัญลักษณ์มาเป็นการกระทำ และกระบวนการจูงใจ เป็นการเรียนรู้และตัดสินพฤติกรรมถ้าตัดสินว่าพฤติกรรมนั้นดีกับตน บุคคลจะแสดงพฤติกรรมเหมือนตัวแบบ โดยตัวแบบแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) ตัวแบบที่มีชีวิต (live model) เป็นตัวแบบที่บุคคลมีโอกาสสังเกตหรือมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง ลักษณะตัวแบบที่มีชีวิตควรมีลักษณะพื้นฐาน ความสามารถและทัศนคติคล้ายผู้สังเกต จะทำให้ผู้สังเกตมีความมั่นใจในการปฏิบัติมากยิ่งขึ้น และ 2) ตัวแบบสัญลักษณ์ (symbol model) เป็นตัวแบบผ่านสื่อต่างๆ เช่น สื่อวีดิทัศน์ ภาพยนตร์การ์ตูน เป็นต้น ซึ่งมีข้อดี คือ สามารถเตรียมเรื่องราวของตัวแบบและแสดงถึงจุดเน้นที่สำคัญของพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้นได้

3. การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) เป็นการใช้คำพูดชักจูงโน้มน้าวโดยตรงว่าบุคคลมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ โดยการให้คำแนะนำหรือข้อเสนอแนะเป็นวิธีการที่ง่ายและถ้าจะให้ได้ผลดีควรใช้ควบคู่กับวิธีการอื่น เช่น การใช้คำพูดชักจูงร่วมกับการเรียนรู้จากประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง เป็นต้น

4. การกระตุ้นอารมณ์ (emotional arousal) การกระตุ้นอารมณ์มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน บุคคลที่ถูกกระตุ้นทางลบจนเกิดความตึงเครียด ความกลัวหรือความวิตกกังวลมีผลทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลง นำไปสู่ประสบการณ์ความล้มเหลว ในทางตรงกันข้ามหากกระตุ้นอารมณ์ทางบวก จะทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น[22,23]

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของแบนดูราในการดูแลด้านการออกกำลังกายในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีค่าการบีบตัวของหัวใจลดลง

อาการเหนื่อยง่ายและความสามารถในการทำหน้าที่ลดลงจากพยาธิสภาพของหัวใจล้มเหลว ส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับต่ำ และขาดการออกกำลังกาย รวมถึงการขาดโปรแกรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมเป็นอุปสรรคสำคัญในการออกกำลังกายของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีค่าการบีบตัวของหัวใจลดลง ดังนั้นการประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการมีโปรแกรมการออกกำลังกายจึงมีความสำคัญในการส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้ป่วยกลุ่มนี้[3,21]

พยาบาลมีบทบาทสำคัญ ในการให้ข้อมูลและคำแนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสม สามารถเป็นผู้นำในโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ให้บริการในโปรแกรมมากที่สุด โดยทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ นอกจากนี้พยาบาลยังมีบทบาทสำคัญในการลงทะเบียนผู้ป่วยเข้าสู่โปรแกรมและพัฒนาโปรแกรมการออกกำลังกายโดยคำนึงถึงความปลอดภัย ความเหมาะสมกับผู้ป่วย และบริบท เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา โรคร่วม และการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น ให้มีความสอดคล้องกับชีวิตประจำวันหรือกิจกรรมของผู้ป่วย รวมถึงการหากลยุทธ์และการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมความยึดมั่นในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจด้วยการออกกำลังกาย จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการเสริมสร้างความมั่นใจและการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง[12,25,26]

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการเริ่มต้นและส่งเสริมความยึดมั่นในการออกกำลังกายของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว[21] โดยการผสานกลยุทธ์ในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทั้ง 4 แหล่ง ตามแนวคิดของแบนดูรา ได้แก่ 1) การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง ด้วยการให้ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีค่าการบีบตัวของหัวใจลดลง ได้เรียนรู้และฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายด้วยตนเอง ตั้งเป้าหมายของการออกกำลังกาย รวมถึงมีการติดตามตนเอง (self-regulation) ประเมินอาการของตนเอง เช่น ระดับความเหนื่อย อัตราการเต้นของหัวใจที่เหมาะสม เป็นต้น การที่ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติได้ด้วยตนเองและสามารถประเมินอาการตนเองได้จะช่วยให้เกิดความมั่นใจ

เพิ่มขึ้น 2) การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่นหรือตัวแบบ โดยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ผ่านการสังเกตตัวแบบ อาจเป็นการจำลองหรือสาธิตการออกกำลังกายหรือการออกกำลังกายแบบกลุ่ม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จในการออกกำลังกายโดยตรง 3) การใช้คำพูดชักจูง วิธีการนี้บุคลากรทางสุขภาพใช้คำพูดโน้มน้าวโดยตรงให้ผู้ป่วยเชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการออกกำลังกาย และสามารถแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่างๆ ได้ โดยเน้นให้รับรู้ถึงข้อมูลประโยชน์และความปลอดภัยของการออกกำลังกาย ซึ่งจะช่วยเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการคาดหวังในผลลัพธ์ได้ และ 4) การกระตุ้นอารมณ์ เป็นการให้ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวได้รับรู้ถึงความพร้อมของสภาวะทางร่างกายและจิตใจของตนเอง โดยการประเมินและให้ข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพ การได้ทราบถึงวิธีการจัดการตนเองเมื่อมีอาการผิดปกติ รวมถึงการได้รับการติดตาม ช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาอุปสรรคและการให้กำลังใจ ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจได้[21-23] จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า การติดตามด้วยวิธีพบหน้าหรือการเยี่ยมบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์ เป็นวิธีการที่ได้ผลดีในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและสร้างความยึดมั่นในการออกกำลังกาย[27]

ผู้เขียนได้พัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจด้วยการออกกำลังกายที่บ้านโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมและสื่อวีดิทัศน์ ควบคู่กับการใช้คำแนะนำจากหลักฐานเชิงประจักษ์และแนวปฏิบัติที่มีความน่าเชื่อถือ[10] โดยเลือกเป็นการออกกำลังกายที่บ้าน เนื่องจากมีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบว่ามีความปลอดภัย ให้ผลลัพธ์ไม่แตกต่างจากการออกกำลังกายที่โรงพยาบาล[28] และมีความเหมาะสมกับสถานการณ์โรคระบาดในปัจจุบัน องค์ประกอบของโปรแกรมประกอบด้วย 1) โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจด้วยการออกกำลังกายที่บ้านที่มีการประเมินความเสี่ยง ข้อห้ามและการทดสอบก่อนการออกกำลังกาย การร่วมประเมินและอนุญาตให้ออกกำลังกายที่บ้านโดยแพทย์ การให้ข้อมูลถึงประโยชน์ ความปลอดภัยของการออกกำลังกาย คำแนะนำการประเมินตนเอง และขั้นตอนการออกกำลังกาย 2) คู่มือและแบบบันทึกการออกกำลังกาย และ 3) สื่อวีดิทัศน์แนะนำและสาธิตการออกกำลังกายในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว[10] ซึ่งประยุกต์ใช้การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านการออกกำลังกายตามแนวคิดของแบนดูรา ในกรณีศึกษาผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีค่าการบีบตัวของหัวใจลดลง ดังนี้

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ชายไทย อายุ 57 ปี ระดับการศึกษามัธยมศึกษา อาชีพ ค้าขาย รายได้ 9,000 บาทต่อเดือน

การประเมินอาการแรกรับ รู้สึกตัวดี ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย ขาไม่บวม นอนราบได้ ทำกิจกรรมได้ลดลง ทำกิจกรรมโดยทั่วไปมีอาการเหนื่อยเล็กน้อย (NYHA functional class II)

การวินิจฉัยโรค ภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีค่าการบีบตัวของหัวใจลดลง (heart failure with reduced ejection fraction: HFrEF)

อาการสำคัญ มาตรวจตามแพทย์นัด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 6 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ญาตินำส่งโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (myocardial infarction: MI) ได้รับการตรวจสวนหัวใจ พบหลอดเลือดหัวใจตีบ 1 เส้น รักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ 4 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเหนื่อยหายใจไม่อิ่ม ตรวจพบค่าการบีบตัวของหัวใจลดลง (LVEF 25%) แพทย์วินิจฉัย HFrEF ได้รับการรักษาด้วยยา

ผลการตรวจพิเศษ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiogram): normal sinus rhythm rate 90 bpm การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (echocardiogram): การบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายด้านหน้าบีบตัวไม่ดีภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ค่าการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย 25% (akinesia anterior wall due to post MI, LVEF 25%)

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์การดูแลตนเอง ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอ ลดอาหารเค็มและจำกัดน้ำ แต่ยังขาดการออกกำลังกาย โดยให้เหตุผลว่า ไม่กล้าออกกำลังกาย กลัวเหนื่อย กลัวหัวใจวาย อีกทั้งไม่มั่นใจในความปลอดภัย ผลการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับต่ำ

สรุปปัญหาที่พบในกรณีศึกษา ขาดการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจด้านการออกกำลังกายเนื่องจากขาดความมั่นใจ

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการออกกำลังกาย ปัจจัยทางด้านความเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของโรคทำให้มี

อาการเหนื่อยง่าย ทำกิจกรรมได้ลดลง และปัจจัยภายในด้านจิตสังคม มีความกลัว ไม่มั่นใจในการออกกำลังกาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ

ปัจจัยส่งเสริมการออกกำลังกาย การมีโปรแกรมและได้รับคำแนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสมจากทีมสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว โดยมีภรรยาและบุตรสาวเป็นผู้ดูแล

การประยุกต์ใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านการออกกำลังกายในกรณีศึกษา

กรณีศึกษาได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านการออกกำลังกาย ตามแนวคิดของแบนดูรา 4 แหล่ง ดังนี้

1. การกระตุ้นอารมณ์ วิธีการนี้เป็นการกระตุ้นอารมณ์ทางบวก และการสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองมีความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ และเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถออกกำลังกายได้ กิจกรรมในการกระตุ้นอารมณ์ทางบวกก่อนเข้าโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจด้วยการออกกำลังกายที่บ้าน คือ ผู้ป่วยได้รับการประเมินความพร้อมของสภาวะทางด้านร่างกายและจิตใจจากแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจและพยาบาลว่าไม่มีข้อห้ามในการออกกำลังกาย ได้แก่ อาการทางหัวใจและหลอดเลือด ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่ยังไม่ได้รับการรักษา หรือการเจ็บป่วยอื่นที่อาการยังไม่คงที่ เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมได้ จากนั้นได้รับการทดสอบก่อนการออกกำลังกายด้วยการทดสอบการเดินใน 6 นาที (6 minute walk test: 6MWT) ว่าไม่มีอาการผิดปกติหรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ จึงลงทะเบียนผู้ป่วยเข้าสู่โปรแกรม โดยจะได้รับการกระตุ้นอารมณ์ทางบวก เป็นระยะด้วยการติดตามทางโทรศัพท์ทุก 2 สัปดาห์ เพื่อชื่นชมให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยออกกำลังกายได้ตามเป้าหมาย และร่วมกันแก้ไขปัญหากรณีพบปัญหาอุปสรรคในการออกกำลังกาย

2. การใช้คำพูดชักจูง ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านเพื่อให้โปรแกรมและสื่อวีดิทัศน์แนะนำและสาธิตการออกกำลังกาย กิจกรรมในการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้วยวิธีนี้ คือ การใช้คำพูดชักจูงโดยตรงด้วยการให้ข้อมูลเรื่องประโยชน์และความปลอดภัยของการออกกำลังกายผ่านสื่อวีดิทัศน์ รวมทั้งให้ผู้ป่วยเลือกการออกกำลังกายที่เหมาะสมและปลอดภัยตามระดับความสามารถในการทำหน้าที่ ตั้งเป้าหมายและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการออกกำลังกายร่วมกัน และการใช้คำพูดชักจูงด้วยการติดตามทางโทรศัพท์ทุก 2 สัปดาห์ ว่าผู้ป่วยมีความสามารถที่จะออกกำลังกายได้

3. การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง กิจกรรมในการส่งเสริมนี้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ด้วยตนเองผ่านการสาธิตและฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง ได้แก่ 1) การทดสอบก่อนการออกกำลังกายด้วยการทดสอบการเดินใน 6 นาที ด้วยตนเองว่าไม่มีอาการผิดปกติหรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ 2) เรียนรู้และฝึกจับชีพจร ประเมินอาการของตนเองก่อน ขณะและหลังออกกำลังกาย และฝึกออกกำลังกายด้วยการฝึกหายใจ กายบริหารและการเดิน โดยใช้วีดิทัศน์แนะนำและสาธิตการออกกำลังกายในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเป็นสื่อในการสอนและให้คำแนะนำ เนื้อหาประกอบด้วย การประเมินตนเอง รูปแบบและขั้นตอนการออกกำลังกาย 3) การติดตามตนเอง โดยตั้งเป้าหมายและบันทึกการออกกำลังกายในสมุดคู่มือ และแบบบันทึกการออกกำลังกายตลอดระยะเวลาของโปรแกรม

4. การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่น[10,22,23] โดยฟังสัมภาษณ์ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีค่าการบีบตัวของหัวใจลดลง ที่ประสบความสำเร็จในการออกกำลังกายผ่านทางสื่อวีดิทัศน์ เป็นผู้ป่วยชาย 69 ปี มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอด้วยการเดินหรือปั่นจักรยาน เกิดผลลัพธ์ทางบวก คือ ไม่มีอาการเหนื่อยง่าย ไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและทำงานได้มากขึ้น

การประเมินผลลัพธ์ของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านการออกกำลังกาย

แบนดูรา กล่าวว่า การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมที่มีความเฉพาะเจาะจง[22] ดังนั้นการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการออกกำลังกายของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว จึงสามารถประเมินได้จากการพัฒนาเครื่องมือวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยตรงหรือประเมินจากผลลัพธ์ของพฤติกรรมเป้าหมายซึ่งเป็นพฤติกรรมการออกกำลังกาย ดังนี้[12,22]

1. ผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม (behavioral outcome) ได้แก่ 1) ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการออกกำลังกายที่เพิ่มขึ้น[12] โดยใช้แบบสอบถาม เช่น exercise self-efficacy questionnaire ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 10 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่มั่นใจ) ถึง 10 (มั่นใจมาก) เป็นการประเมินระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้อุปสรรคในการออกกำลังกาย เช่น ความเหนื่อยล้าการออกกำลังกายเป็นเรื่องน่าเบื่อ เป็นต้น[6] 2) พฤติกรรม

การออกกำลังกาย โดยประเมินจากสัดส่วนการออกกำลังกายตามคำแนะนำ (exercise compliance) หรือความยึดมั่นในการออกกำลังกาย (exercise adherence) และจำนวนก้าว เป็นต้น[12]

2. ผลลัพธ์ทางคลินิก (clinical outcome) เป็นการประเมินผลลัพธ์ทางด้านร่างกายและจิตสังคม ด้านร่างกาย เช่น ความสามารถในการทำหน้าที่ (functional capacity) ความดันโลหิต สัดส่วนร่างกายและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ ด้านจิตใจประเมินโดยใช้แบบสอบถาม เช่น ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น[12,14]

3. ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (health outcome) เป็นตัวบ่งชี้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย ได้แก่ อัตราการเกิดโรค (morbidity) อัตราการเสียชีวิต (mortality) การกลับเป็นซ้ำ การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการออกกำลังกาย คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และการกลับไปทำงาน (return to work)[12]

ในกรณีศึกษาประเมินผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมการออกกำลังกายและความสามารถในการทำหน้าที่ โดยประเมินหลังจากเข้าโปรแกรมครบ 8 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นจากระดับต่ำเป็นระดับสูง และมีความสามารถในการทำหน้าที่เพิ่มขึ้นโดยประเมินจากการทดสอบ 6MWT ได้ระยะทางเพิ่มขึ้นจาก 230 เมตร เป็น 334 เมตร ด้านข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการออกกำลังกาย สามารถออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง มีอาการเหนื่อยลดลง ทำกิจกรรมได้มากขึ้น และรู้สึกกระฉับกระเฉงยิ่งขึ้น

สรุป

การออกกำลังกายมีความสำคัญอย่างยิ่งในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีค่าการบีบตัวของหัวใจลดลง สามารถช่วยลดอาการเหนื่อยจากพยาธิสภาพของโรคและเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านการออกกำลังกาย โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา รวมถึงการพัฒนาโปรแกรมที่เหมาะสมตามแนวคิดของแบนดูรา เพื่อเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนส่งผลให้มีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. ควรมีการส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีค่าการบีบตัวของหัวใจลดลงที่มีอาการคงที่ เพื่อผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี

2. พยาบาลควรประยุกต์ใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนเพื่อส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านการออกกำลังกายในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีค่าการบีบตัวของหัวใจลดลง เนื่องจากสามารถทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและเกิดพฤติกรรมการออกกำลังกายได้

3. พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ คำแนะนำการออกกำลังกาย และพัฒนาโปรแกรมที่มีความเหมาะสมกับบริบทผู้ป่วยและสถานการณ์โรคระบาดในปัจจุบัน

การมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ

ผู้เขียนทุกคนมีส่วนร่วมในการเขียนบทความนี้ ในทุกขั้นตอน

การมีผลประโยชน์ทับซ้อน

ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้เขียนขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้การสนับสนุนการพัฒนาบทความวิชาการในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Jackson SL, Tong X, King RJ, et al. National burden of heart failure events in the United States, 2006 to 2014. Circ Heart Fail. 2018; 11(12): 1-22. doi: 10.1161/CIRCHEARTFAILURE.117.004873.
2. Ariyachaipanich A, Krittayaphong R, Kunjara Na Ayudhya R, et al. Heart failure council of Thailand (HFCT) 2019 heart failure guideline: Introduction and diagnosis. J Med Assoc Thai. 2019; 102(2): 231-9.
3. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2016; 37(27): 2129-200. doi: 10.1093/eurheartj/ehw128.
4. Apiromrat R. Promotion of quality of life among patients with congestive heart failure. Thai J Cardiothorac Nurs. 2017; 28(2): 2-15. Thai.

5. American Heart Association. Cardiac rehab for heart failure [Internet]. Dallas: American Heart Association; 2017 [cited 2020 Dec 10]. Available from: https://www.heart.org/en/health-topics/heart-failure/treatment-options-for-heart-failure/cardiac-rehab-for-heart-failure.
6. Klompstra L, Jaarsma T, Stromberg A. Physical activity in patients with heart failure: Barriers and motivations with special focus on sex differences. Patient Prefer Adherence. 2015; 9: 1603-10. doi: 10.2147/PPA.S90942.
7. Del Buono MG, Arena R, Borlaug BA, et al. Exercise intolerance in patients with heart failure: JACC State-of-the-art review. J Am Coll Cardiol. 2019; 73(17): 2209-25. doi: 10.1016/j.jacc.2019.01.072.
8. Cooper LB, Mentz RJ, Sun JL, et al. Psychosocial factors, exercise adherence, and outcomes in heart failure patients: Insights from HF-ACTION. Circ Heart Fail. 2015; 8(6): 1044-51. doi: 10.1161/CIRCHEARTFAILURE.115.002327.
9. Waring T, Gross K, Soucier R, et al. Measured physical activity and 30-day rehospitalization in heart failure patients. J Cardiopulm Rehabil Prev. 2017; 37(2): 124-9. doi: 10.1097/HCR.0000000000000204.
10. Kankratoke P, Ruaisungnoen W. Home-base exercise cardiac rehabilitation program applying self-efficacy theory improved perceived exercise self-efficacy, exercise behavior and functional capacity among patients with reduced ejection fraction heart failure [master's thesis].[Khon Kaen]: Khon Kaen University; 2021. 153 p. Thai.
11. Witwaranukool P, Jitpanya C. The effect of self-efficacy and outcome-expectancy promoting program on functional capacity in congestive heart failure patients. Thai J. Cardio-Thorac Nurs. 2009; 20(2): 17-30. Thai.
12. American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation [AACVPR]. Guidelines for cardiac rehabilitation programs. 6 th ed. Champaign, IL: Human Kinetics; 2020.
13. Pelliccia A, Sharma S, Gati S, et al. 2020 ESC Guidelines on sports cardiology and exercise in patients with cardiovascular disease. Eur Heart J. 2021; 42(1): 17-96. doi: 10.1093/eurheartj/ehaa605.
14. American College of Sports Medicine. Guidelines for exercise testing and prescription. 7 th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
15. Zwisler AD, Norton RJ, Dean SG, et al. Home-based cardiac rehabilitation for people with heart failure: A systematic review and meta-analysis. Int J Cardiol. 2016; 221: 963-9. doi: 10.1016/j.ijcard.2016.06.207.
16. Piepoli MF, Conraads V, Corra U, et al. Exercise training in heart failure: From theory to practice. A consensus document of the Heart Failure Association and the European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. Eur J Heart Fail. 2011; 13(4): 347-57. doi: 10.1093/eurjhf/hfr017.
17. Niebauer J, Mayr K, Harpf H, et al. Long-term effects of outpatient cardiac rehabilitation in Austria: A nationwide registry. Wien Klin Wochenschr. 2014; 126(5-6): 148-55. doi: 10.1007/s00508-014-0527-3.
18. Pearson MJ, Smart NA. Exercise therapy and autonomic function in heart failure patients: a systematic review and meta-analysis. Heart Fail Rev. 2018; 23(1): 91-108. doi: 10.1007/s10741-017-9662-z.
19. Snoek JA, Eijsvogels TMH, Van 't Hof AWJ, et al. Impact of a graded exercise program on V-O_2peak and survival in heart failure patients. Med Sci Sports Exerc. 2018; 50(11): 2185-91. doi: 10.1249/MSS.0000000000001688.
20. Conraads VM, Deaton C, Piotrowicz E, et al. Adherence of heart failure patients to exercise: barriers and possible solutions: a position statement of the study group on exercise training in heart failure of the heart failure association of the European Society of Cardiology. Eur J Heart Fail. 2012; 14(5): 451-8. doi: 10.1093/eurjhf/hfs048.
21. Rajati F, Sadeghi M, Feizi A, et al. Self-efficacy strategies to improve exercise in patients with heart failure: A systematic review. ARYA Atheroscler. 2014; 10(6): 319-33.
22. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev. 1977; 84(2): 191-215. doi: 10.1037//0033-295x.84.2.191.
23. Bandura A. Self-Efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company; 1997.
24. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1986.
25. Santiago de Araújo Pio C, Beckie TM, Varnfield M, et al. Promoting patient utilization of outpatient cardiac rehabilitation: A joint International Council and Canadian Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation position statement. Int J Cardiol. 2020; 298: 1-7. doi: 10.1016/j.ijcard.2019.06.064.
26. Supervia M, Medina-Inojosa JR, Yeung C, et al. Cardiac rehabilitation for women: A systematic review of barriers and solutions. Mayo Clin Proc. 2017; 13: 1-23. doi: 10.1016/j.mayocp.2017.01.002.
27. Pramthaisong S, Wanchi A, Ruaisungnoen W. Adherence promotion of exercise-based cardiac rehabilitation among patients with cardiovascular disease: A systematic review. Journal of Nursing Science & Health. 2018; 36(2): 222-33. Thai.

28. Imran HM, Baig M, Erqou S, et al. Home-based cardiac rehabilitation alone and hybrid with center-based cardiac rehabilitation in heart failure: A systematic review and meta-analysis. J Am Heart Assoc. 2019; 8(16): 1-11. doi: 10.1161/JAHA.119.012779.