

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ภาวะหัวใจวาย

ภาวะหัวใจวายเป็นภาวะทางสรีรวิทยาที่หัวใจทำงานผิดปกติไม่สามารถส่งเลือดไปเลี้ยงอวัยวะและเนื้อเยื่อต่างๆได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ส่วนใหญ่เนื่องมาจากมีพยาธิสภาพของกล้ามเนื้อหัวใจทำให้หัวใจบีบตัวอ่อนแรง ในบางครั้งกล้ามเนื้อหัวใจทำงานปกติแต่เนื่องจากได้รับภาระมากเกินไป เช่น ลิ่มหัวใจรั่วเฉียบพลันจากโรคติดเชื้อที่กล้ามเนื้อหัวใจ หรือในรายที่ได้รับปริมาณเกลือและน้ำมากเกินไปได้ ลิ่มหัวใจตีบ ภาวะหัวใจถูกบีบรัดจากพังผืด เป็นต้น ดังนั้น ภาวะหัวใจวายไม่จำเป็นต้องเกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจวาย เมื่อเกิดภาวะหัวใจวายก็ทำให้เกิดระบบไหลเวียนเลือดล้มเหลว แต่ระบบไหลเวียนเลือดล้มเหลวอาจเกิดจากภาวะหลายอย่างที่ไม่เกี่ยวข้องกับหัวใจโดยตรง เช่น ภาวะช็อกจากร่างกายพร่องปริมาณน้ำ เลือดจางรุนแรง และโรคเหน็บชา เป็นต้น⁽³⁾

ภาวะหัวใจวายจะมี 2 ประเภทคือ หัวใจห้องซ้ายวาย คือ ภาวะที่หัวใจห้องล่างซ้ายไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงระบบไหลเวียนเลือดส่วนปลาย และเลือดคั่งอยู่ในหัวใจห้องล่างซ้ายมากขึ้น เกิดความดันย้อนกลับไปที่หลอดเลือดฝอยในปอด ทำให้เกิดน้ำและเลือดคั่งในปอด และอีกประเภทคือหัวใจห้องขวายาย คือภาวะที่หัวใจไม่สามารถฉีดเลือดจากห้องล่างขวาไปที่ปอด และเกิดเลือดคั่งในหัวใจห้องขวา ความดันในหัวใจห้องขวาสูงขึ้น มีการไหลของเลือดย้อนกลับไปที่หัวใจห้องล่างซ้ายทำให้เกิดหัวใจห้องซ้ายวาย และหัวใจห้องซ้ายวายทำให้เกิดหัวใจห้องขวายายได้เช่นกัน⁽⁶⁾ แต่ชนิดที่พบได้เสมอคือ หัวใจห้องซ้ายวาย การวินิจฉัยเพื่อความแม่นยำและแน่นอน นอกจากการซักประวัติ และการตรวจร่างกายแล้ว อาจต้องอาศัยการตรวจพิเศษโดยใช้เครื่องบันทึกภาพหัวใจด้วยคลื่นความถี่สูงซึ่งเป็นวิธีที่สะดวกให้ข้อมูลการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้าย และลิ่มหัวใจที่มีความผิดปกติโดยเฉพาะ การวินิจฉัยต้องแน่นอนมีความแม่นยำและตรวจหาพยาธิสภาพการเกิดโรคที่สำคัญ ซึ่งภาวะหัวใจวายมักมีสาเหตุมาจากโรคหลอดเลือดหัวใจถึงร้อยละ 60⁽⁷⁾

เมื่อเริ่มมีภาวะหัวใจวายร่างกายจะปรับตัวเร็วมาก โดยใช้กลไกของนิวโรฮิวโมรัลแอกทีวิตี^(5,10) คือ กระตุ้นประสาทอัตโนมัติและฮอร์โมนต่างๆ เช่น เพิ่มระดับของเรนิน แองจิโอเทนซิน แอลโดสเตอโรน อาร์จินิน วาโซเพรสซิน นอร์แอดรีนาลิน ซึ่งล้วนแต่ทำให้หลอดเลือดแดงบีบตัว ส่วนแองจิโอเทนซินทู(A II) จะกระตุ้นให้นอร์แอดรีนาลินมีมากขึ้นและทำให้ร่างกายเพิ่มความไวต่อฤทธิ์ของนอร์แอดรีนาลิน และยังกระตุ้นให้เกิดการสร้างโปรตีนมากขึ้น ทำให้เกิดการขยายขนาดของเซลล์หัวใจ นอกจากนี้ยังมีสารอื่นๆที่ทำให้เกิดหลอดเลือดคลายตัว เช่น โดปามีน เอเทรียลเนทริยูเรติกเพ็คเตอร์ การหลั่งสารต่างๆเหล่านี้จะทำให้เกิดหลอดเลือดหดตัวในระยะแรกและต่อมาก็จะเกิดหัวใจโตได้

อาการของหัวใจวาย

ทั้งหัวใจด้านซ้ายวายหรือหัวใจด้านขวายายจะมีอาการเกี่ยวข้องกัน เนื่องจากระบบไหลเวียนเลือดเป็นระบบปิด อาการที่สำคัญ^(2,3) ได้แก่

1. อาการหายใจลำบากจากการออกกำลังกาย เนื่องจากปอดคั่งน้ำไม่สามารถขยายตัวได้เต็มที่ ต้องใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจมากขึ้น เมื่อหยุดพักเลือดไหลไปปอดลดลงอาการก็จะดีขึ้น
2. อาการหอบตื้อหนืด ซึ่งเป็นอาการของหัวใจห้องซ้ายวายรุนแรง ผู้ป่วยไม่สามารถนอนราบได้เพราะจะหายใจไม่ออกและมีอาการหอบเหนื่อย เมื่อผู้ป่วยนั่งจะหายใจดีขึ้นและหอบน้อยลง เนื่องจากแรงดันของน้ำในยอดปอดลดลง
3. อาการหายใจลำบากกำเริบเวลากลางคืน เนื่องจากในท่านอน เลือดกลับไปปอดมากขึ้น ต้องลุกขึ้นนั่งอาการจะดีขึ้น ผู้ป่วยอาจมีเสียงหายใจคล้ายคนเป็นหิดจากหลอดลมเกร็งและมักมีอาการไอ มีเสมหะเป็นฟองขาวหรือสีชมพูเนื่องจากปอดคั่งน้ำ
4. อาการนอนไม่หลับ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจห้องซ้ายวายบางรายมักบ่นว่านอนไม่หลับ กระสับกระส่าย ซึ่งมักเป็นหลังจากที่เข้านอนอาจเป็นผลมาจากการที่มีเลือดคั่งในปอดทำให้หายใจไม่สะดวก และนอนไม่หลับ
5. อาการไอ ผู้ป่วยหัวใจห้องซ้ายวายอาจมีอาการไอเวลาออกกำลังกายหรือนอนราบ ซึ่งบางครั้งรบกวนทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับและไม่มีเสมหะ บางครั้งถ้าเลือดคั่งในปอดมากอาจมีไอปนเลือดได้
6. อาการบวมและน้ำหนักเพิ่ม ผู้ที่มีภาวะหัวใจวายชนิดเรื้อรังมักจะมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น ซึ่งเกิดจากการคั่งของน้ำและเกลือโซเดียม โดยเฉพาะจะมีอาการบวมที่เท้า อาการบวมเป็นอาการของหัวใจด้านขวาย ซึ่งมักเป็นผลมาจากหัวใจด้านซ้ายวายเรื้อรังเป็นส่วนใหญ่
7. อาการอ่อนเพลีย เกิดจากการที่เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อสายไม่เพียงพอ เนื่องจากหัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ได้ไม่ดี มักเกิดในขณะออกกำลังกายและเป็นอาการที่พบในภาวะหัวใจวายรุนแรง อาการอ่อนเพลียอาจเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยได้รับยาขับปัสสาวะมาก และอาจเนื่องมาจากขาดเกลือโพแทสเซียม หรือเนื่องมาจากรับประทานอาหารไม่ได้ ซึ่งเป็นผลมาจากยาโรคหัวใจหรือภาวะหัวใจวายกำเริบได้

การรักษาภาวะหัวใจวาย

จุดประสงค์ในการรักษาภาวะหัวใจวาย^(7,9) ที่สำคัญคือ ทำให้อาการทุเลาลง ลดความพิการที่อาจเกิดขึ้น เนื่องจากภาวะหัวใจวายเป็นภาวะสุดท้ายของโรคหัวใจอื่น ๆ ซึ่งผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ด้อยลงกว่าคนในวัยเดียวกันที่ไม่เป็นโรคนี้ ซึ่งจะต้องมีการให้ความรู้และใช้หลักทางจิตวิทยาเข้าช่วยสำหรับผู้ป่วยบางราย จึงจะทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา ปัญหาที่พบมักเป็นผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ โดยเฉพาะสิ่งที่จะต้องปฏิบัติ อาจทำให้ต้องเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิตที่เคยปฏิบัติมาจนเป็นนิสัยเช่น เปลี่ยนแปลงมารับประทานอาหารจืด เพราะต้องจำกัดปริมาณเกลือ หรือการช้ยา และสาเหตุที่ต้องรับเป็นผู้ป่วยในบ่อยๆ เพราะผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามที่สั่งไว้ ตรงกันข้ามถ้าหากผู้ป่วยสนใจรับทราบและปฏิบัติตามโดยเฉพาะการช้ยา โอกาสที่จะต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำๆจะน้อยลงมาก เป็นการแบ่งเบาภาระให้แก่ผู้รักษา ลดค่าใช้จ่ายต่างๆ และลดความพิการที่อาจเกิดขึ้น การรักษาจึงมีทั้งส่วนที่เกี่ยวข้องกับยาและการปรับพฤติกรรมต่างๆคือ

การควบคุมอาหาร ผู้ป่วยจำเป็นต้องลดปริมาณเกลือโซเดียมที่รับประทานอยู่ประจำ^(6,11) ซึ่งในกรณีของผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงอาจให้รับประทานเกลือได้ไม่เกินวันละ 3 กรัม คือไม่รับประทานอาหารเค็มจัดและไม่เติมเกลือลงในอาหารหลังจากปรุงเสร็จแล้ว ถ้ามีอาการรุนแรงซึ่งต้องใช้ยาขับปัสสาวะขนาดสูง เช่น ฟุโรเซไมด์มากกว่าวันละ 80 มิลลิกรัม ควรจะจำกัดเกลือไม่เกินวันละ 2 กรัม คือไม่รับประทานอาหารที่มีการปรุงรสด้วยเกลือ ไม่รับประทานอาหารที่มีเกลือมากเช่น อาหารหมักดอง อาหารกระป๋อง อาหารกึ่งสำเร็จรูป เป็นต้น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์อาจมีผลไปกีดการทำงานของหัวใจ จึงต้องระวังและผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์มาก่อนจะต้องเลิกดื่มเด็ดขาด ซึ่งจะทำให้การบีบตัวของหัวใจดีขึ้น ยกเว้นในกรณีที่จำเป็นจริงอาจให้ดื่มเบียร์หรือไวน์ได้ไม่เกิน 2 ซองต่อวัน

การออกกำลังกาย การออกกำลังกายจะมีผลช่วยทำให้ความทนต่อการออกกำลังกายดีขึ้น โดยไม่มีผลกระทบต่อการทำงานของหัวใจด้านซ้าย เพราะการออกกำลังกายทำให้กล้ามเนื้อต้องหดตัวเป็นการรีดออกซิเจนออกจากส่วนปลายทางของระบบไหลเวียนเลือด แต่การออกกำลังกายเห็นเรื่องการอนุญาตให้ออกกำลังกายและจัดการกิจกรรมได้ในระดับใดควรให้แพทย์พิจารณาได้ตรงเป็นรายๆไป⁽⁴¹⁾ สมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association)^(1,41) ได้กำหนดระดับของความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย โดยดูจากความสามารถในการออกกำลังกาย ซึ่งแบ่งได้เป็น 4 ระดับคือ

ระดับ 1 ไม่จำกัดกิจกรรมที่ทำ กิจกรรมปกติไม่ทำให้เกิดอาการใจสั้น เหนื่อย หอบ เจ็บหน้าอก

ระดับ 2 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเล็กน้อย กิจกรรมปกติประจำวันอาจทำให้เกิดอาการใจสั้น เหนื่อย หรือเจ็บหน้าอกได้

ระดับ 3 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมมากขึ้น ในขณะที่พักไม่มีอาการ แต่กิจกรรมเล็กน้อยทำให้เกิดอาการเหนื่อย หอบ ใจสั้น เจ็บหน้าอก

ระดับ 4 ไม่สามารถจะทำกิจกรรมได้ ในขณะที่พักมีอาการหอบ ใจสั้น เจ็บหน้าอก

อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่ความรุนแรงอยู่ในระดับ 1-3 ควรจะได้มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอเช่น เดิน ขี่จักรยาน ว่ายน้ำ การออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่ไม่หักโหม และลดการออกกำลังกายที่กำลั้งทำอยู่หากเกิดอาการหอบเหนื่อย และไม่ฝืนเมื่อรู้สึกว่ามีเหนื่อยแล้ว สำหรับผู้ป่วยระดับ 4 ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกาย รวมทั้งผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่มีโรคหัวใจปอดคั้นอก กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ มีการอุดตันของระบบไหลเวียนเลือด ลิ้นหัวใจรั่ว หัวใจเต้นผิดปรกติร่วมด้วย

การพักผ่อน การพักผ่อนทั้งร่างกายและจิตใจเป็นสิ่งจำเป็นซึ่งจะช่วยลดความต้องการในการใช้ออกซิเจน ทำให้หัวใจทำงานน้อยลง ผู้ป่วยอาจได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอจากการที่นอนไม่หลับ หรือตื่นบ่อยในตอนกลางคืน⁽³⁾ ซึ่งมีสาเหตุจาก หายใจลำบาก เหนื่อยหอบ ไอ และวิตกกังวล ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรพักผ่อนนอนหลับที่เพียงพอ เช่น นอนพักกลางวัน หรือนอนพักเป็นระยะถ้ามีอาการมากขึ้น เวลานอนกลางคืนควรนอนยกศีรษะสูงและห้อยขาลงถ้าทำได้ เพื่อลดปริมาณเลือดกลับเข้าสู่หัวใจ นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงความเครียดและทำจิตใจให้สบาย ถ้าผู้ป่วยนอนไม่หลับอาจต้องใช้ยาคลายกังวลตามคำแนะนำของแพทย์

การรักษาด้วยยา การใช้ยาในภาวะหัวใจวายจะแตกต่างกันในผู้ป่วยที่หัวใจทำงานผิดปกติช่วงหัวใจบีบตัว และผู้ป่วยที่หัวใจทำงานผิดปกติช่วงหัวใจคลายตัว

ก. ยารักษาการทำงานของผิดปกติช่วงหัวใจบีบตัว^(5,8,12)

1. ยาขับปัสสาวะ มีประโยชน์ในแง่ของการควบคุมเกลือและน้ำที่ค้างอยู่ในปอดและร่างกาย ทำให้อาการบวมลดลงและอาการหอบเหนื่อยลดลงได้ ผู้ป่วยจะรู้สึกสบายขึ้น ข้อเสียคือ กระทบการเมตาบอลิซึมของกลูโคส เกิดภาวะโพแทสเซียมต่ำ กรดยูริกในเลือดสูงขึ้น หัวใจอาจเต้นผิดจังหวะ แม้ว่ายาขับปัสสาวะจะทำให้อาการดีขึ้น แต่ไม่มีผลยับยั้งสภาพหัวใจที่เปลี่ยนไปทรุดลงไป หรือไม่มีประโยชน์ในการยืดชีวิตของผู้ป่วย การเลือกยาขับปัสสาวะควรดูการทำงานของไตด้วย ยาขับปัสสาวะที่มักใช้กันมากคือ ฟุโรเซไมด์ ไธอะไซด์ และ สไปโรโนแลคโตน

2. ACE inhibitors ยากลุ่มนี้จะไปขัดขวางการเปลี่ยนของแองจิโอเทนซินทู และยังมีกลไกการออกฤทธิ์ทำลายแบริดดีโคโรนินด้วย ซึ่งยาจะมีผลลบสร้างฤทธิ์ของแองจิโอเทนซินที่ทำให้เกิดแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลาย รวมทั้งเลือดไปที่ไตลดลง ดังนั้นการใช้ยากลุ่มนี้จึงช่วยทำให้ภาวะหัวใจวายทุเลาลง รวมถึงลดอัตราการเสียชีวิตและอัตราความพิการลง โดยเฉพาะภาวะหัวใจวายที่มีการทำงานของหัวใจห้องซ้ายไม่ดี ดังจะพบได้ในการทดลองทางคลินิกใหญ่หลายการทดลองที่มีการใช้ ACE inhibitors ได้ผล ชนิดที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาของสหรัฐอเมริการับรองให้รักษาภาวะหัวใจวายได้แก่⁽⁷⁾ แคมโทพริล อีนาลาพริล โฟซิโนพริล ไลซิโนพริล ควินาพริล และแรมิพริล อย่างไรก็ตามควรจะต้องทดสอบการทำงานของไต ระดับของพลาสมาโพแทสเซียม เพราะอาการไม่พึงประสงค์ที่สำคัญคือ มีการคั่งของสารโพแทสเซียมในกระแสเลือดและทำให้ไตเสื่อมหน้าที่ได้ ดังนั้นหากต้องใช้ร่วมกับยาขับปัสสาวะ ควรเลือกชนิดที่ไม่มีโพแทสเซียมร่วมด้วย

3. Angiotensin II receptor antagonists มีการทำงานคล้ายกับ ACE inhibitors แต่ดีกว่าที่ไม่ทำให้เกิดอาการไอหรือการบวมของหลอดเลือดแดง เพราะยาเม็ดฤทธิ์เสริมกับแบริดดีโคโรนิน และมีรายงานการศึกษาในระยะสั้นว่าผลของยาไม่ด้อยไปกว่าอีนาลาพริลในการรักษาภาวะหัวใจวายเลือดคั่งที่มีความรุนแรงระดับ 3-4 แต่ผลการศึกษาในระยะยาวยังต้องรอผลไปอีกระยะเวลาหนึ่ง⁽⁷⁾

4. ดิจอกซิน ยาชนิดนี้มีพิษต่อผู้สูงอายุและมีอาการไม่พึงประสงค์มาก เช่นทำให้หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร แต่เนื่องจากยาทำให้หัวใจบีบตัวดีขึ้นและอาการเหนื่อยลดลง ดังนั้นผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่ได้รับยา ACE inhibitors ที่มีขนาดเหมาะสมและได้รับยาขับปัสสาวะเสริมแล้วยังมีอาการ อาจต้องเสริมด้วยดิจอกซิน ซึ่งจะต้องดูอายุ น้ำหนัก การทำงานของไต ในผู้ป่วยปกติระดับยาในเลือดจะถึงระดับคงที่ที่ต้องใช้เวลา 7 วันแต่ในผู้ป่วยไตเสื่อมอาจต้องใช้เวลา 2-3 สัปดาห์ เมื่อผู้ป่วยใช้ยานี้ต้องคอยตรวจดูการทำงานของไต ระดับเกลือแร่ในเลือด และสภาพทั่วๆไปว่าดีขึ้นหรือทรุดลง ซึ่งจะต้องตรวจอย่างสม่ำเสมอ

5. ไฮดรอลาสิน และ ไนเตรต มีประโยชน์ในการที่จะทำให้ การไหลเวียนเลือดดีขึ้นแต่ยังด้อยกว่า ACE inhibitors ในการใช้ยาควรเพิ่มขนาดยาไอโซซอร์ไบด์ไดไนเตรด และ ไฮดรอลาสิน โดยใช้เวลาช่วงละ 7 วัน การออกฤทธิ์ของยาทั้งสองชนิดขึ้นอยู่กับขนาดยาที่ใช้ รวมถึงผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่อาจทนต่อยาในขนาดสูงได้ ผลข้างเคียงที่สำคัญคืออาการปวดศีรษะและหน้ามืดตาคลาย

6. Calcium channel blockers เป็นยาที่ออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือด ยาในกลุ่มนี้ไม่เหมาะที่จะใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจห้องซ้ายบีบตัวไม่ดี⁽⁵⁾ ซึ่งจะเพิ่มการเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามมีการศึกษาพบว่า แอมโลดิพีน และ เฟโลดิพีน สามารถเพิ่มความทนต่อการออกกำลังกายในผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเรื้อรังได้

7. Beta blockers ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์ลดอัตราการเต้นของหัวใจและลดการบีบตัวของหัวใจจึงห้ามใช้ในผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย อย่างไรก็ตามจากการที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทอัตโนมัติและฮอร์โมนต่างๆ ทำให้การใช้ Beta blockers ซึ่งมีฤทธิ์ยับยั้งระบบประสาทอัตโนมัติน่าจะให้ผลดีต่อการทำงานของหัวใจ ซึ่งได้มีการศึกษาทดลองทางคลินิกหลายการศึกษาพบว่า เมโทโพรลอล คาร์วีโดลอล ใช้ได้ดีในผู้ป่วยภาวะหัวใจวายโดยอาจจะทำให้หัวใจห้องซ้ายบีบตัวดีขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะ Ischemic dilated cardiomyopathy⁽⁴⁾

ข. ยารักษาการทำงานผิดปกติช่วงหัวใจคลายตัว^(5,42)

ผู้ป่วยกลุ่มนี้หัวใจห้องซ้ายมักจะบีบตัวได้ปกติ ดังนั้นการใช้ยาที่ช่วยการบีบตัวของหัวใจเช่น ดิจอกซิน จึงอาจไม่มีประโยชน์เท่าที่ควร อย่างไรก็ตามอาจใช้ยาขับปัสสาวะขนาดต่ำๆเพื่อบรรเทาอาการน้ำคั่งในปอด หรือน้ำคั่งตามร่างกายได้ ในกรณีที่หัวใจคลายตัวผิดปกติจากโรคหัวใจขาดเลือดการใช้ยาที่อาจได้ประโยชน์คือ การใช้ยาในกลุ่ม Calcium channel blockers แต่ยังไม่มีการศึกษาทดลองที่ประเมินผลของการใช้ยาในกลุ่มนี้ แต่หากการที่หัวใจคลายตัวผิดปกติเนื่องมาจากความดันโลหิตสูง ยาที่ใช้รักษาความดันโลหิตสูงเพื่อลดอาการภาวะหัวใจวายควรเป็น Calcium channel blockers หรือ ACE inhibitors นอกจากนี้ Beta blockers ซึ่งจะยืดเวลาการคลายตัวของหัวใจทำให้เพิ่มระยะเวลาการไหลของเลือดเข้าสู่ห้องหัวใจ ก็จะมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยภาวะนี้เช่นกัน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ โดยสรุปแล้ว แนวทางการรักษาภาวะหัวใจวายจากการทำงานผิดปกติช่วงหัวใจคลายตัวยังไม่แน่นอนนัก เพราะภาวะนี้เป็นเรื่องที่เข้าใจยากและซับซ้อน แนวทางการรักษายังไม่ชัดเจนเท่าการรักษาภาวะหัวใจวายจากการทำงานผิดปกติช่วงหัวใจบีบตัว ดังนั้นการรักษาควรยึดแนวทางมาตรฐานในการรักษาภาวะหัวใจวายไว้ โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยมีภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายโตร่วมด้วย การใช้ยาในกลุ่ม Calcium channel blockers, Beta blockers และ ACE inhibitors น่าจะมีประโยชน์ทั้งทำให้การคลายตัวของหัวใจดีขึ้นและลดขนาดของหัวใจที่โตให้เล็กลงสู่ขนาดเดิมได้

ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา หรือ โดยทั่วไปใช้คำว่า การไม่ใช้ยาตามสั่ง หมายถึง ปัญหาที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามแบบแผนการใช้ยาที่แพทย์และเภสัชกรแนะนำได้ ทั้งโดยความตั้งใจและไม่ตั้งใจ⁽¹³⁾ ซึ่งการใช้ยาที่ถูกต้องนั้นจะต้องประกอบด้วย การใช้ยาถูกเวลา ถูกขนาด และ ครบระยะเวลา ดังนั้นจึงต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีอัตราการไม่ใช้ยาตามสั่งอยู่ระหว่างร้อยละ 25 ถึงร้อยละ 59^(43,44)

ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา เป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งในกระบวนการรักษา โดยเฉพาะผู้ป่วยนอก ในทางคลินิกมักจะมีการประเมินการใช้ยาของผู้ป่วยเพื่อแยกแยะระหว่างความไม่ร่วมมือในการใช้ยาและความล้มเหลวในการรักษา นอกจากนี้ยังมีความสำคัญในการประเมินประสิทธิภาพของยา ดังนั้นการวิจัยทางคลินิกในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับยานั้นควรมีการรายงานความไม่ร่วมมือใน

การใช้ยาร่วมด้วยเสมอ ซึ่งผู้ที่ต้องการประเมินความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยควรศึกษาข้อเด่นและข้อด้อยในแต่ละวิธีและเลือกใช้วิธีที่เหมาะสมในแต่ละสภาพแวดล้อม

ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

การที่ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีความร่วมมือต่อการบริหารยาขึ้นกับปัจจัยต่างๆร่วมกันซึ่งมีผลต่อผู้ป่วย จากการสำรวจสามารถจำแนกปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยดังนี้⁽⁴⁵⁾

1. ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย

1.1 อายุ จากการสำรวจพบว่าความร่วมมือของผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุของผู้ป่วย ยกเว้นในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ได้รับยาที่มีวิธีการบริหารยุ่งยากซับซ้อน จึงมีโอกาสเกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น แม้จะมีการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยสูงอายุมีอัตราความไม่ร่วมมือในการใช้ยาไม่แตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มอื่นก็ตาม แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุมีความวิตกกังวลรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น⁽⁴⁶⁾

1.2 เพศ เป็นปัจจัยที่ใช้ประเมินผลความร่วมมือในการใช้ยาได้ไม่ค่อยแน่นอนนัก บางงานวิจัยพบว่า เพศหญิงมีความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศชาย⁽⁴⁷⁾ แต่บางงานวิจัยพบว่า ไม่มีความแตกต่างระหว่างเพศในเรื่องเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยา⁽⁴⁸⁾

1.3 สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ ผู้ป่วยที่มีฐานะยากจน มีการศึกษาน้อย เป็นกลุ่มที่มีโอกาสเกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยามาก เพราะเมื่อไม่มีค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยจึงไม่กล้ามาโรงพยาบาล หรือมาไม่สม่ำเสมอทำให้การรักษาล้มเหลวได้^(49,50)

1.4 เชื้อชาติ มีความสัมพันธ์กับความเชื่อถือของผู้ป่วย ผู้ป่วยแต่ละเชื้อชาติมีวัฒนธรรมและความเชื่อถือที่แตกต่างกัน เช่น ความเชื่อเรื่องการให้หมอพระพ่นน้ำมนต์เพื่อรักษาโรคต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยไม่มารับการรักษาที่สถานพยาบาล หรือขาดยา เป็นต้น

2. ความเชื่อ ความรู้และสภาวะทางสังคม

2.1 ความเชื่อและความรู้ ความเชื่อและความรู้ของผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความร่วมมือและไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย⁽⁵¹⁾ หากผู้ป่วยมีความเชื่อในเชิงลบที่มีต่อการรักษาและยาที่ใช้ รวมถึงไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและยาผู้ป่วยก็ไม่สนใจสุขภาพของตนเอง แต่เมื่อผู้ป่วยมีความเชื่อความรู้สึที่ดีต่อยาและการรักษา รวมถึงทราบถึงภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคและประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพแล้ว ความร่วมมือในการรักษาและการใช้ยาจะตามมา⁽⁵²⁾

2.2 ความสัมพันธ์ทางสังคม ผู้ป่วยที่อยู่คนเดียว ขาดญาติมิตรคอยดูแลเอาใจใส่ เป็นผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่งที่มีปัญหาของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาซึ่งเกิดขึ้นได้บ่อย

3. ปัจจัยจากยา

3.1 รูปแบบยา พบว่าผู้ป่วยมีความยอมรับยาในรูปแบบรับประทานมากกว่ายาฉีด ยาที่ออกฤทธิ์นานซึ่งทำให้ผู้ป่วยสะดวกต่อการรับประทานมากกว่ายาที่ต้องรับประทานวันละหลายครั้ง ล้วนแต่เป็นปัจจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีได้

3.2 อาการข้างเคียงจากยา เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดยา เพราะทนต่ออาการที่เกิดขึ้นไม่ได้⁽²⁹⁾

3.3 ความยุ่งยากซับซ้อนในการบริหารยา หากยาที่ผู้ป่วยใช้มีความยุ่งยากในการบริหารยา เช่น จำนวนขนานยามาก ต้องใช้ยาบ่อยครั้งก็จะมีผลทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาลดลง⁽⁵³⁾

4. การสื่อสารระหว่างผู้ให้การรักษากับผู้ป่วย เช่น ถ้าผู้ป่วยมีความประทับใจ เชื่อถือแพทย์ผู้ให้การรักษา ความร่วมมือในการใช้ยาจะดีขึ้น แต่ถ้าผู้ป่วยวิตกกังวลที่จะพบแพทย์ ความร่วมมือในการรักษาก็จะลดลง นอกจากนี้หากการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย หรือระหว่างเภสัชกรกับผู้ป่วยไม่ดีพอ จะทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้และจดจำได้น้อย หรืออาจเกิดความสับสนเข้าใจผิดตามมาได้ ซึ่งจะส่งผลให้ความร่วมมือในการใช้ยาลดลง^(54,55)

5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเช่น ความรุนแรงของโรค จากรายงานของ Nelson และคณะ⁽⁵⁶⁾ ผู้ป่วยด้วยโรคที่มีความรุนแรงมากจะมีความร่วมมือในการใช้ยาสูง แต่ถ้าความรุนแรงของโรคนั้นมีผลต่อการดำเนินชีวิตทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ผู้ป่วยจะถูกจำกัดกิจกรรมต่างๆ ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ มีผลให้ความร่วมมือในการใช้ยาและการดูแลสุขภาพพลดลงได้

การประเมินผลความร่วมมือในการใช้ยา

การประเมินผลการรักษาเพื่อสรุปว่าการรักษาได้ผลมากน้อยเพียงใดและผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนยาหรือไม่นั้น การพิจารณาประเมินผลความร่วมมือในการใช้ยาเป็นสิ่งที่ต้องพิจารณาร่วมกับปัจจัยอื่นๆ ซึ่งมีหลายวิธีที่จะประเมินขึ้นกับความชำนาญของเภสัชกรและความเหมาะสมต่อตัวผู้ป่วยเป็นสำคัญ วิธีการต่างๆพอสรุปได้ดังนี้

1. การนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือ (Pill counting) เป็นวิธีที่สะดวก แต่อาจผิดพลาดได้หากผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาจริง หรือผู้ป่วยได้รับยาขาดหรือเกินจำนวนที่กำหนด ซึ่งจะรบกวนการตรวจสอบได้ วิธีการตรวจสอบโดยการหาค่าร้อยละของการใช้ยาดังสมการ

$$\text{ร้อยละของความร่วมมือในการใช้ยา} = \frac{\text{จำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยรับประทาน} \times 100}{\text{จำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยควรรับประทานจริง}} \quad (21)$$

ข้อด้อยของการนับเม็ดยาคือ ผู้ป่วยเอายาออกจากขวดแต่อาจไม่ได้กินยา ดังนั้นจึงมีผู้ศึกษาเพื่อตรวจสอบจำนวนเม็ดยาที่เหลือของผู้ป่วย โดยการติดตามสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์แล้วไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้รับ^(57,58) การศึกษาของ Botelho และคณะ⁽⁵⁹⁾ในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโดยนับเม็ดยาที่เหลือ เมื่อไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน พบว่า อัตราความร่วมมือในการใช้ยาที่ต้องรับประทานติดต่อกันนานใกล้เคียงกับการใช้อุปกรณ์นับเม็ดยาอิเล็กทรอนิกส์ (electronic pill-counting devices) การนับเม็ดยาที่เหลือโดยใช้การติดตามสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ทำได้โดย ให้ผู้ป่วยนับเม็ดยาที่เหลือในภาชนะบรรจุ ซึ่งจะพบความเบี่ยงเบนในการใช้ยาแต่ละชนิดของผู้ป่วยในแต่ละคน แม้ว่าจะได้ข้อมูลไม่เที่ยงตรงนักในงานวิจัย แต่ในงานวิจัยของ Rickel และคณะ⁽³⁶⁾ และงานวิจัยของ Cole และคณะ⁽³⁷⁾ กลับพบว่าได้ผลสรุประหว่างการโทรศัพท์และไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านไม่แตกต่างกัน

2. การรายงานผลด้วยตนเอง (Self reporting) เป็นวิธีที่กำลังได้รับความนิยม เนื่องจากทำได้สะดวก แต่ข้อมูลจะได้รับการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง การใช้วิธีนี้อาศัยการถามคำถามผู้ป่วยถึงจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยขาดการรับประทานยาในช่วงเวลาที่ผ่านมา ซึ่งได้มีการพัฒนาปรับปรุงคำถามเป็นระยะเพื่อประเมินผลผู้ป่วย สำหรับในการวิจัยนี้ได้ดัดแปลงคำถามมาจาก Brief Medication Questionnaire (BMQ)⁽⁶⁰⁾ และเรียกว่าแบบคัดกรองการใช้ยาซึ่งประเมินปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้คำถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วนที่สำคัญคือ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเนื่องจากปัญหาแบบแผนการใช้ยา ความเชื่อมั่นในการใช้ยา และการจดจำการใช้ยา ประเมินโดยให้ 1 คะแนนเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาในแต่ละคำถาม ซึ่งคะแนนที่เพิ่มขึ้นแสดงว่ามีความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นเนื่องจากมีปัญหาในส่วนนั้นๆ

3. ตารางบันทึกการใช้ยา (Medication reminder card) เป็นตารางบันทึกเวลาการรับประทานยาในแต่ละครั้งของผู้ป่วย ซึ่งนำข้อมูลในตารางมาประเมินได้ตั้งสมการหาร้อยละของความร่วมมือในการใช้ยา วิธีนี้หากผู้ป่วยลงบันทึกตามจริงจะมีความน่าเชื่อถือในระดับหนึ่ง แต่ถ้ามีการบันทึกข้อมูลผิดพลาดหรือลืมบันทึกข้อมูล ผลที่ได้ไม่สามารถนำมาตรวจวัดความร่วมมือในการใช้ยาที่แท้จริงได้⁽⁶¹⁾

4. การตรวจสอบความสม่ำเสมอในการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วย (Repeat prescription) ข้อมูลนี้ได้จากเวชระเบียนประวัติของผู้ป่วย หากผู้ป่วยพลาดนัดอาจแปลความหมายได้ว่าผู้ป่วยขาดยา หากผู้ป่วยบอกว่ายังมียารับประทานอาจแปลว่า ผู้ป่วยมีแหล่งยาอื่นที่สามารถไปซื้อยาได้ หรือรับประทานยาไม่ถูกต้องจึงมียาเหลืออยู่ อย่างไรก็ตามการใช้วิธีนี้เพียงอย่างเดียวยังขาดความน่าเชื่อถือในการตรวจวัดความร่วมมือในการใช้ยา⁽⁶¹⁾

5. การตรวจวัดระดับยาในเลือด เป็นวิธีที่ให้ผลน่าเชื่อถือ เพราะเมื่อผู้ป่วยไม่รับประทานยาระดับยาในเลือดก็จะไม่ถึงระดับการรักษา การวัดระดับยาในเลือดจะแสดงผลให้ทราบว่าระดับยาในเลือดสูงหรือต่ำกว่าระดับการรักษา อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากการรับประทานยามากหรือน้อยกว่าที่แพทย์กำหนด อย่างไรก็ตามวิธีนี้ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง ต้องเจ็บตัวและยังมีข้อจำกัดในการใช้เครื่องมือและผลที่ได้ เพราะผู้ป่วยมีความแตกต่างกันในเรื่องของเภสัชจลนศาสตร์ ซึ่งทำให้ระดับยาในเลือดแตกต่างกัน การตรวจวัดระดับยาก็ไม่สามารถตรวจได้กับยาทุกชนิด และระดับยาในเลือดไม่ได้ให้ข้อมูลเวลาที่แท้จริงที่ผู้ป่วยรับประทานยา รวมทั้งหากผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอแต่มารับประทานยาสม่ำเสมอก่อนตรวจจะส่งผลให้ระดับยาอยู่ในระดับการรักษา ซึ่งจะทำให้แปลผลผิดพลาดได้^(60,62)

6. การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ งานวิจัยหลายการศึกษา พบว่า การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ได้ผลเช่นเดียวกับการสัมภาษณ์ต่อหน้าโดยตรงและการส่งไปรษณีย์⁽⁶³⁻⁶⁵⁾ Morris⁽⁶⁴⁾ พบว่าการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์สามารถใช้ถามข้อมูลได้กว้างขวางและในบุคคลหลายระดับ วิธีการนี้ยังใช้เวลาน้อยกว่าการสัมภาษณ์ต่อหน้าโดยตรง⁽⁶⁵⁾ มีการคาดว่าจะมีอคติจากการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์เนื่องจากข้อมูลที่ได้จำกัดเฉพาะผู้ที่โทรศัพท์เท่านั้น แต่ก็ยังไม่มีผลการประเมินผลอย่างเป็นทางการที่ยืนยันชัดเจนว่าการใช้วิธีสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์จะเกิดการอคติ⁽⁶⁴⁾ อย่างไรก็ตามพบว่าการตอบสนองของผู้ป่วยแตกต่างกันไปตามวิธีการที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูล เช่น Siemiatycki⁽⁶³⁾ พบว่า เมื่อใช้การสอบถามทางไปรษณีย์จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยตอบว่าไปพบแพทย์จะน้อยกว่าการสัมภาษณ์ต่อหน้าและการ

สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ในส่วนของค่าใช้จ่าย Siemiatycki⁽⁶³⁾ รายงานว่า การใช้โทรศัพท์ในการติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดจะประหยัดค่าใช้จ่ายมากกว่าการไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านร้อยละ 44-56 นอกจากนี้ในการศึกษาของ Uraivan⁽⁶⁶⁾ ซึ่งศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และเปรียบเทียบระหว่างการให้ผู้ป่วยแจ้งจำนวนเม็ดยาที่เหลือทางโทรศัพท์กับการที่ผู้วิจัยไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพื่อนับเม็ดยาในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยสรุปแล้วการประเมินผลความร่วมมือในการใช้ยาควรใช้หลายวิธีร่วมกัน และเลือกใช้วิธีที่เหมาะสมกับสภาวะนั้นๆของผู้ป่วยและข้อจำกัดต่างๆที่มีอยู่

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย

ในสมัยก่อนการพิจารณาผลของการรักษารวมทั้งงานวิจัยทางคลินิกต่างๆ จะมุ่งเน้นไปที่ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของยาที่ใช้เป็นหลัก แต่ในปัจจุบันได้มีการนำผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผู้ป่วยมาร่วมด้วย ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญอย่างหนึ่งที่จะต้องได้รับการพิจารณาประกอบการรักษา เนื่องจากเกี่ยวข้องกับความรู้สึกและการยอมรับของผู้ป่วย

คำจำกัดความของคุณภาพชีวิต

คำจำกัดความของคุณภาพชีวิตจะแตกต่างกันไปตามมุมมองของแต่ละบุคคล สำหรับองค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของคุณภาพชีวิตคือ ภาวะที่สมบูรณ์ของสภาพร่างกาย อารมณ์ และสภาพทางสังคมของบุคคลนั้นๆ⁽⁴²⁾ โดยจะต้องประเมินจากความรู้สึกสบาย, สุขภาพ และความเป็นอยู่⁽⁶⁷⁾ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ความรู้สึกสบาย เป็นมุมมองของแต่ละบุคคลโดยอยู่บนพื้นฐานความเชื่อและคุณค่าของบุคคลนั้นๆ ซึ่งจะเป็นการวัดด้านบวกมากกว่าด้านลบ ประกอบด้วยปัจจัยด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งองค์การอนามัยโลกกำหนดว่าปัจจัยด้านร่างกาย คือ การมีร่างกายที่แข็งแรง การได้ยิน การมองเห็น ปัจจัยด้านจิตใจ หมายถึง สภาวะทางอารมณ์ ความรู้สึก ความเชื่อมั่นในตนเอง และการพักผ่อน ปัจจัยด้านสังคม เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงาน บ้าน ครอบครัว และฐานะทางเศรษฐกิจ

2. สุขภาพ หมายถึง ปัจจัยที่อธิบายถึงผลสรุปโดยรวมทั้งหมดของวิถีการดำเนินชีวิต

3. ความเป็นอยู่ หมายถึง ผลสะท้อนถึงสภาวะของแต่ละบุคคลในสังคม เช่น การมีส่วนร่วมในงาน การขาดงาน หรือการต้องการความช่วยเหลือในการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ดังนั้นการประเมินด้านนี้จึงเป็นการประเมินจากเกณฑ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสมในแต่ละบุคคล ซึ่งเกณฑ์ดังกล่าวนี้ตั้งขึ้นโดยนักวิทยาศาสตร์หรือบุคคลในสังคม

คุณภาพชีวิตจึงเป็นความรู้สึกความคิดเห็นที่สำคัญของแต่ละบุคคล ซึ่งจะแปลความหมายได้ว่าสุขภาพของตนเป็นอย่างไรเมื่อเทียบกับความคาดหวังที่ตนเองต้องการ เนื่องจาก การแปลผลของคุณภาพชีวิตอาจจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ดังนั้นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลคุณภาพชีวิตจึงควรที่จะสามารถลดปัญหาความแปรปรวนในคำตอบของแต่ละบุคคลและระหว่างบุคคลได้เป็นอย่างดี⁽⁴²⁾

การประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบสอบถาม

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายจะด้อยลงในหลาย ๆ ด้าน สุขภาพทางด้านร่างกายจะด้อยลงจากการที่ผู้ป่วยมักจะหอบเหนื่อย อ่อนเพลีย อาการบวมที่ข้อเท้า กล้ามเนื้อเสื่อมสภาพ และยังมีผลต่อภาวะทางจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย เนื่องจากการเจ็บป่วยทำให้เกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า รับประทานอาหารนอนหลับ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ดังนั้นการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายจึงมักเป็นการประเมินในลักษณะของสุขภาพที่เชื่อมโยงกับคุณภาพชีวิต (Health related quality of life) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายแบ่งเป็นสองประเภทใหญ่ คือ แบบสอบถามที่ใช้ได้กับโรคทั่วไป (General quality of life questionnaire) และแบบสอบถามเฉพาะโรค (Disease-specific quality of life questionnaire)⁽⁴⁰⁾

1. แบบสอบถามที่ใช้ได้กับโรคทั่วไป แบบสอบถามประเภทนี้จะนำมาใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายจะต้องมีคำถามเกี่ยวกับอาการหายใจหอบเหนื่อย และอาการอ่อนเพลีย และควรมีความไวที่จะแยกแยะข้อแตกต่างในความด้อยลงของคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายและผู้ป่วยโรคอื่นๆ แบบสอบถามเหล่านี้ได้แก่ SIP (Sickness Impact Profile), SF-36 และ SF-12 (The 36-Item Short Form and 12-Item Short Form Health Surveys), NHP (Nottingham Health Profile), QWB (Quality of Well-Being Scale)

2. แบบสอบถามเฉพาะโรค แบบสอบถามประเภทนี้จะถูกออกแบบมาเพื่อใช้สำหรับประเมินอาการและคุณภาพชีวิตในโรคนั้นๆ แบบสอบถามเฉพาะโรคสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายจะมีการประเมินในส่วนที่มีข้อจำกัดทางกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การดูแลตนเอง ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ความพึงพอใจในชีวิต เป็นต้น นอกจากนี้การประเมินจะขึ้นกับการตอบและความรู้สึกของผู้ป่วยแต่ละคนและขึ้นกับการทดลองนั้นๆว่าจะใช้แบบทดสอบใด และให้ความสำคัญต่อคะแนนด้านใดสูงกว่ากัน เช่น ในการทดลองทางคลินิก SOLVD (The study of left ventricular dysfunction) จะให้ความสำคัญในการประเมินคุณภาพชีวิตของความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันและอาการหอบเหนื่อยมากกว่าปัญหาทางจิตใจ อารมณ์ สังคม การรับรู้ของผู้ป่วย แบบสอบถามเหล่านี้ได้แก่ MLWHF (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire), QLQ-SHF (The Quality of life in Severe Heart Failure Questionnaire), CHFQ (The Chronic Heart Failure Questionnaire)

สำหรับแบบสอบถาม SF-12 Health Survey จะเป็นแบบสอบถามที่ใช้ได้กับโรคทั่วไปซึ่งได้พัฒนารูปแบบให้มีความสั้น มีความตรงของเนื้อหา เพื่อใช้ได้กับผู้ป่วยโรคทั่วไปและเฉพาะโรคได้อย่างกว้างขวางเช่นเดียวกับ SF-36 เนื้อหาทั้งหมดได้นำมาจากแบบสอบถาม SF-36 โดยที่ SF-12 ได้นำเอามาเพียง 1-2 ข้อจากแต่ละ 8 หัวข้อใหญ่ของ SF-36 ซึ่งประเมินในเรื่องเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน ข้อจำกัดในการทำงาน อาการปวดตามร่างกาย สุขภาพทั่วไป พละกำลัง การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ข้อจำกัดจากปัญหาทางอารมณ์ สุขภาพจิต โดยวัดผลใน 4 สัปดาห์หรือ 1 สัปดาห์ แบบสอบถามนี้อาจให้ผู้ป่วยอ่านและตอบได้ด้วยตนเอง รวมทั้งสามารถให้ผู้ป่วยตอบคำถามต่อหน้าและทางโทรศัพท์ เนื่องจากได้จัดทำเป็นแบบสอบถามแผ่นเดียว ใช้เวลาตอบประมาณ 2 นาทีหรือน้อยกว่านี้ ในแบบสอบถาม SF-12 จะแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ คำถามเกี่ยวกับสุขภาพกาย (Physical Component Summary = PCS) และ สุขภาพจิต (Mental Component

Summary = MCS) ซึ่งได้รับการตรวจสอบแล้วว่ามีความสัมพันธ์อย่างสูงกับแบบสอบถาม SF-36 แต่เนื่องจากเนื้อหาของแบบสอบถามมีความสั้น ดังนั้นความเชื่อมั่นในแบบสอบถาม SF-12 จึงอาจมีน้อยกว่าใน SF-36 เล็กน้อย แต่หากใช้กับผู้ป่วยจำนวนมากจะไม่มีปัญหาในส่วนนี้⁽⁶⁸⁾ เมื่อเปรียบเทียบจำนวนข้อของแบบสอบถาม SF-36 และ SF-12 จะพบว่าจำนวนคำถามในบางหัวข้อใหญ่ของ SF-36 จะถูกตัดทอนให้มีจำนวนน้อยลงในแบบสอบถาม SF-12 ดังนี้

หัวข้อใหญ่	SF-12	SF-36
ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน(Physical functioning)	2	10
ข้อจำกัดในการทำงาน (Role-physical)	2	4
อาการปวดตามร่างกาย (Bodily pain)	1	2
สุขภาพทั่วไป (General health)	1	5
พลังกำลัง (Energy/Fatigue)	1	4
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Social functioning)	1	2
ข้อจำกัดจากปัญหาทางอารมณ์ (Role-emotional)	2	3
สุขภาพจิต (Mental health)	2	5
การเปลี่ยนแปลงของสุขภาพ (Change in health)	-	1
รวม	12	36

การให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย

การให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ป่วย เป็นกระบวนการที่มีการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ซึ่งการให้คำปรึกษาเป็นการให้ความช่วยเหลือ โดยพูดคุยแบบตัวต่อตัว และช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจได้ด้วยตนเองเพื่อแก้ไขปัญหาหรือบรรเทาปัญหาของตนเอง⁽⁶⁹⁾ ในขณะที่การให้ความรู้จะเน้นกระบวนการการให้ข้อมูลความรู้เป็นหลัก โดยมีการสื่อสารแบบทางเดียว⁽⁷⁰⁾ ดังนั้น การให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยจึงเป็นกระบวนการสื่อสารที่มีขั้นตอนในระดับต่าง ๆ กัน ตั้งแต่การถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วย การตอบข้อสงสัย การให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ และเพิ่มพูนความรู้ของผู้ป่วย รวมทั้งแก้ปัญหาให้แก่ผู้ป่วยเพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพของสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁽²¹⁾

ในการให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยทั้งเภสัชกรและผู้ป่วยควรจะเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตน โดยเภสัชกรเป็นผู้ให้ความรู้และคำปรึกษา และผู้ป่วยควรมีส่วนร่วมอย่างตั้งใจ⁽²⁰⁾ โดยที่เภสัชกรจะต้องตรวจสอบว่าผู้ป่วยเข้าใจ และมีความรู้และทักษะพอที่จะปฏิบัติตามคำสั่งใช้ยาและแผนการติดตามรักษา เภสัชกรควรจะหาวิธีการที่จะให้ผู้ป่วยเรียนรู้การรักษาระดับต้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยมีส่วนร่วมด้วย ผู้ป่วยมีหน้าที่ปฏิบัติตามแผนการรักษา ติดตามผลของยา และแจ้งให้ทราบถึงผลการใช้ยาต่อเภสัชกรและทีมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยควรแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับการที่ตนไม่สามารถให้ความร่วมมือในการรักษาได้ ซึ่งทั้งเภสัชกรและผู้ป่วยจะต้องมีความสัมพันธ์อันดีต่อกันจึงจะช่วยให้การรักษาบรรลุวัตถุประสงค์

การรักษาภาวะหัวใจวายจะต้องมีการใช้ยา ร่วมกับการปรับพฤติกรรม ซึ่งพบว่าการขาดความร่วมมือในการใช้ยาและการควบคุมอาหารเป็นสาเหตุที่สำคัญในการเพิ่มอัตราการเกิดโรคและอัตราการเสียชีวิต เภสัชกรสามารถเพิ่มผลได้ของการรักษาโดยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย

เกี่ยวกับโรค ความสำคัญของการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ⁽²⁶⁾ และการใช้ยาเพื่อลดอาการและเพิ่มประสิทธิภาพในการออกกำลังกาย ชะลอการทรุดลงของโรค ลดอัตราการเกิดโรคและลดอัตราการเสียชีวิต⁽⁵⁾

ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายควรได้รับคำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการ การควบคุมอาหาร การลดปัจจัยเสี่ยง การออกกำลังกาย การใช้ยา ข้อสังเกตที่ต้องมาพบแพทย์ การใช้ยาและการปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา^(5,11) รวมถึงการชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน เกสซ์กรควรมีส่วนร่วมในการติดตามอาการโดยแนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการของภาวะหัวใจวาย และบันทึกน้ำหนักทุกครั้งที่มาพบแพทย์ และเกสซ์กรควรมั่นใจว่าผู้ป่วยที่มีการทำงานผิดปกติช่วงหัวใจบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายนั้นได้รับยา ACE inhibitors ในขนาดที่เหมาะสม รวมทั้งได้รับยาขับปัสสาวะและดื่อกินในผู้ป่วยที่ยังมีอาการกำเริบอยู่ ส่วนผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยา ACE inhibitors ควรได้รับยาไฮดรอลาลีน และไอโซซอร์ไบด์ไดไนเตรต แทน

เกสซ์กรควรจะมีการแสดงบทบาทที่ดีในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย โดยสร้างความสัมพันธ์อันดีกับผู้ป่วย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา และการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมในทุกครั้ง que ผู้ป่วยมาพบ^(5,20)

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มีการศึกษาผลการให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโดยเกสซ์กร การบริการเกสซ์กรรรมคลินิกและการบริหารเกสซ์กรรรมต่อการเพิ่มความรู้ความเข้าใจในการรักษา ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา การลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และผลได้อื่นๆ ทั้งของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่มีภาวะหัวใจวาย ดังนี้

Madden⁽⁷¹⁾, Beardsley และคณะ⁽⁷²⁾ ศึกษาการให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ป่วยนอกพบว่า ผู้ป่วยที่มีปฏิสัมพันธ์กับเกสซ์กรจะมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องอย่างมีนัยสำคัญมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่สัมพัทธ์กับเกสซ์กร

McKenny และคณะ⁽⁷³⁾, Sczupak และ Conrad⁽⁷⁴⁾ รายงานว่า การสื่อสารระหว่างเกสซ์กรกับผู้ป่วยมีผลดีนอกเหนือจากการเพิ่มความรู้ความเข้าใจและความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย โดย McKenny และคณะ พบว่าคำปรึกษาแนะนำของเกสซ์กรช่วยลดปัญหาอันเนื่องมาจากการใช้ยา รวมทั้งช่วยลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ด้วย ส่วน Sczupak และ Conrad พบว่า กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับความรู้จากเกสซ์กรจะมีความร่วมมือในการใช้ยา การมาตรวจตามนัด การใช้ยาผิดพลาดน้อยกว่า มีอาการเนื่องจากโรคเบาหวานน้อยกว่า รวมทั้งความถี่ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับความรู้จากเกสซ์กร

Woroniccki และคณะ⁽⁷⁵⁾ รายงานว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำจากเกสซ์กรจะมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยามากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับความรู้และคำปรึกษาจากเกสซ์กร โดยเฉพาะเมื่อเกสซ์กรให้ความรู้โดยวาจาและเขียนรายละเอียดให้ผู้ป่วยทราบในส่วนที่แพทย์ไม่ได้แจ้งต่อผู้ป่วย

Rantucci และ Seagul⁽⁷⁶⁾ ศึกษาวิจัยโดยวัดความรู้ของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยมีระดับความรู้สูงถึง ร้อยละ 89 ในการใช้ยาอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้แนะนำว่าเกสซ์กรควรจะมีการแนะนำพฤติกรรมที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยด้วย การให้ความรู้และคำแนะนำจึงจะมีประสิทธิผล นอกจากนี้

ยังได้สรุปว่า ความสัมพันธ์อันดีระหว่างเภสัชกรและผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะทำให้ผู้ป่วยหายได้อย่างเหมาะสม

Gattis และคณะ⁽³³⁾ ศึกษาประสิทธิผลของการมีเภสัชกรเข้าร่วมในทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยนอกที่มีภาวะหัวใจวายต่อผลได้ของผู้ป่วย ซึ่งพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับคำปรึกษาแนะนำจากเภสัชกรจะมีอัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม รวมทั้งผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวยังมีความทนต่อยาขยายหลอดเลือดได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม

Varma และคณะ⁽²⁵⁾ ศึกษาประสิทธิผลของการให้บริบาลทางเภสัชกรรมต่อผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย โดยการให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและการรักษา การดูแลสุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และติดตามทุก 3 เดือนเป็นระยะเวลา 12 เดือน พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับคำปรึกษาจากเภสัชกรจะมีความร่วมมือในการใช้ยา มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ความสามารถในการออกกำลัง และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในประเทศไทยมีผู้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของการให้ความรู้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยโรคต่างๆหลายการวิจัย แต่ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดหัวใจมีดังต่อไปนี้คือ

ปรมินทร์ วีระอนันต์วัฒน์⁽⁷⁷⁾ ติดตามผลการใช้ยากกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเสนา พบว่า เมื่อติดตามการใช้ยาหลังจากให้คำปรึกษาปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาลดลงจาก 6.39 ปัญหา เหลือเพียง 0.98 ปัญหา ต่อผู้ป่วย 1 คน

กนกวรรณ ภูไพศาล⁽⁷⁸⁾ ศึกษาผลการให้คำปรึกษาเรื่องยากกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน โรงพยาบาลนครนายก พบว่า หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกรและกลับมารับบริการอีกครั้ง ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาลดลงจากร้อยละ 61 เหลือเพียงร้อยละ 18

วนิดา อินทราชา⁽³⁵⁾ ศึกษาผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง พบว่า หลังจากให้ความรู้ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วันจันทร์ ปัญญวันทนี⁽⁷⁹⁾ ศึกษาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ก่อนและหลังให้คำปรึกษาโดยเภสัชกร พบว่า ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาลดลงจากร้อยละ 67.6 เหลือร้อยละ 26.7

ฐิติมา ชูเทพย์⁽⁸⁰⁾ ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเดินได้ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับคำปรึกษาจากเภสัชกรจะมีคะแนนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น

ยุคลธร จีรพงศ์พิทักษ์⁽⁸¹⁾ ศึกษาผลได้ของการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยนอกโรคความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตลดลงและมีคะแนนคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยทั้งหมดดังกล่าวข้างต้นจึงพอสรุปได้ว่า การให้ความรู้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโดยเภสัชกรสามารถทำให้ผู้ป่วยพัฒนาศักยภาพของตนเอง ทำให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้สอดคล้องกับภาวะสุขภาพของตนเองได้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาและประเมินผลการให้ความรู้และคำปรึกษาโดยเภสัชกรที่มีต่อความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา ความร่วมมือในการใช้ยา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยนอกที่มีภาวะหัวใจวายซึ่งบริหารยาและดูแลสุขภาพของ

ตนโดยไม่มีบุคลากรทางการแพทย์ช่วยดูแลใกล้ชิดเหมือนผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาล การที่จะให้ผลการรักษาที่ดีหรือน่าพอใจทั้งในส่วนของแพทย์ที่รักษา ตัวผู้ป่วยเองและญาตินั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับความร่วมมือในการใช้ยาเป็นอย่างดีจากผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงเลือกวิธีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นกลุ่ม ซึ่งจะให้ความรู้ครอบคลุมเกี่ยวกับภาวะหัวใจวายและการรักษา ตั้งแต่สาเหตุ อาการที่พบ การรักษา การปฏิบัติตนหรือการดูแลตนเอง โดยเน้นการให้ความรู้เรื่องยาในกลุ่มยาที่ผู้ป่วยได้รับ อาการข้างเคียงที่อาจพบได้เมื่อใช้ยาในกลุ่มดังกล่าว รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับทราบในภาพรวม เช่น การเก็บยา การใช้ยาสม่ำเสมอ การปฏิบัติตนเมื่อแพ้ยา ข้อควรระวัง วิธีแก้ไขหากสัมผัสรับประทานยา เป็นต้น ซึ่งจะช่วยประหยัดเวลาที่เภสัชกรจะต้องให้ความรู้เรื่องการใช้ยาแต่ละชนิดในหัวข้อต่างๆที่คล้ายคลึงกัน รวมทั้งให้คำปรึกษาแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วยเฉพาะรายเพื่อปรับปรุงและแก้ไขปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย เพื่อผู้ป่วยจะได้มีความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจวายสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องเหมาะสมเพื่อป้องกันไม่ให้อาการหัวใจวายทรุดลงสามารถพึ่งพาตนเองได้และอาจส่งผลถึงคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป ซึ่งเป็นเป้าหมายของการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายที่สำคัญ