# การส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

รพีพรรณ อภิรมรัตน์*

**บทคัดย่อ**

คุณภาพชีวิตเป็นตัวชี้วัดสำคัญในการประเมินผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีปัจจัยหลายประการที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ได้แก่ อาการรบกวนทางกาย อาการรบกวนทางจิตใจ ระดับความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ปัจจัยที่ส่งเสริม ได้แก่ การดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยลดปัจจัยที่เป็นอุปสรรค และส่งเสริมให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเอง การจัดการกับอาการ ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และมีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

**คำสำคัญ** : ภาวะหัวใจล้มเหลว, คุณภาพชีวิต, การดูแลตนเอง

* อาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

# Promotion of quality of life among patients with congestive heart failure

Rapiphun Apiromrat*

**Abstract**

Quality of life (QOL) is an important indicator to evaluate the outcome of care in patients with congestive heart failure. Many factors associate with QOL. The barrier factors include physical symptoms, psychological symptoms, severity of disease, general health perception and uncertainty in illness. The promoting factors are self-care and social support. Nurses have important roles in caring for patients with congestive heart failure by decrease barrier factors and promoting QOL. Nurses should encourage the patients' self-care, support their self-management and symptom management, promote the involvement of families in caring for the patients, and provide continuing care after discharge the patients from hospital.

**Keywords** : congestive heart failure, quality of life, self-care

* Instructor, Adult and Elderly Nursing, School of Nursing, Rangsit University

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่มีความซับซ้อน เกิดจากความบกพร่องของโครงสร้างหรือการทำหน้าที่ในการบีบตัวของหัวใจ ส่งผลให้ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจเหนื่อย อ่อนล้า ความทนในการทำกิจกรรมลดลง มีน้ำคั่งในร่างกาย ซึ่งนำไปสู่ภาวะน้ำท่วมปอดและบวมบริเวณอวัยวะส่วนปลาย อุบัติการณ์การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ในสหรัฐอเมริกามีผู้ป่วยรายใหม่ในปี ค.ศ. 2013 มากกว่า 650,000 ราย[1] สำหรับประเทศไทย ไม่มีรายงานอุบัติการณ์การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวรายใหม่ แต่จากรายงานอัตราการเจ็บป่วย พบว่า มีอัตราการเจ็บป่วยด้วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งรวมภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้นจาก 887.2 ต่อประชากรแสนรายในปี พ.ศ. 2556 เป็น 1,011.7 ต่อประชากรแสนรายในปี พ.ศ. 2558[2]

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีความรุนแรงและมีการดำเนินของโรคก้าวหน้าเพิ่มขึ้น ความก้าวหน้าของโรคส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีความเสื่อมถอยของภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลง และมีคุณภาพชีวิตต่ำเมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น[3] เป้าหมายในการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว คือ การชะลอความก้าวหน้าของโรค ลดสาเหตุชักนำที่ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้น และควบคุมอาการกำเริบของโรค เพื่อให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถดำเนินชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด

คุณภาพชีวิต (Quality of life: QOL) เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อสถานะของชีวิตภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ความเชื่อส่วนบุคคล และสิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับความคาดหวังในชีวิต ครอบคลุมในด้านของภาวะสุขภาพทางร่างกายของบุคคล สภาวะทางจิตใจ ระดับของการไม่พึ่งพา ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม[4] การวิจัยและการประเมินผลการให้บริการสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งรวมถึงผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว นิยมใช้คุณภาพชีวิตเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ อย่างไรก็ตาม “คุณภาพชีวิต” เป็นคำที่มีความหมายกว้างและครอบคลุมแง่มุมต่างๆ ของชีวิต ซึ่งบางอย่างไม่ได้อยู่ในความรับผิดชอบของการบริการสุขภาพ ดังนั้น จึงมีการเสนอแนวคิด คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ (Health related quality of life: HRQOL) ซึ่งมีความหมายที่แคบลง เป็นคุณภาพชีวิตในมิติของสุขภาพ ซึ่งเน้นไปถึงผลกระทบของภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วย และการรักษาที่มีต่อคุณภาพชีวิต โดยได้ตัดด้านที่ไม่สัมพันธ์กับสุขภาพออก เช่น ลักษณะทางด้านวัฒนธรรม การเมือง สังคม และสิ่งแวดล้อม[5] อย่างไรก็ตาม พบการใช้ QOL และ HRQOL ในความหมายเดียวกัน ปัจจุบันมีการศึกษาที่ใช้เครื่องมือวัด HRQOL ในการวัดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้น[6-9]

บทความนี้ขอเสนอผลกระทบของภาวะหัวใจล้มเหลว ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

## ผลกระทบของภาวะหัวใจล้มเหลว

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและจากการรักษาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนี้

1. ด้านร่างกาย เป็นผลกระทบโดยตรงของภาวะหัวใจล้มเหลว เกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของหัวใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดการตอบสนองทางร่างกายต่อการเจ็บป่วย จากการศึกษาประสบการณ์การมีอาการกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวประเมินว่าอาการที่มีความรุนแรงและรบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับ ได้แก่ หายใจลำบากเมื่อนอนราบ หายใจไม่อิ่ม ตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน นอนไม่หลับ และอ่อนเพลีย

ตามลำดับ โดยอาการอ่อนเพลียมีความสัมพันธ์เชิงลบระดับปานกลางกับภาวะการทำหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[10]

2. ด้านจิตใจ จากการที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ลักษณะอาการเป็นๆ หายๆ ไม่สามารถทำนายได้ว่าอาการของโรคจะกำเริบขึ้นเมื่อไร ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจึงเกิดความเครียด วิตกกังวล และเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยพบอยู่ในระดับสูงร้อยละ 61.2 เมื่อผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้นจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตต่ำลง[11]

3. ด้านครอบครัว ในระยะแรกครอบครัวอาจขาดความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย และเมื่อผู้ป่วยมีความก้าวหน้าของโรคมากขึ้น บางครั้งสมาชิกครอบครัวต้องออกจากงาน และเกิดปัญหาจากการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ขาดรายได้ และขาดความเป็นอิสระในการใช้ชีวิต[12]

ผลกระทบของภาวะหัวใจล้มเหลวต่างๆ ข้างต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง รบกวนการดำเนินชีวิตตามปกติ มีความเครียด และมีผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วย รวมทั้งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว[10-12]

## ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

คุณภาพชีวิต เป็นตัวชี้วัดสำคัญในการประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว[6-9] Wilson และ Cleary[13] ได้เสนอแนวคิดคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ เพื่อให้เหมาะสำหรับการวัดผลลัพธ์ของการบริการสุขภาพ และ Ferrans และคณะ[5] ได้พัฒนาและปรับปรุง เพื่อให้มีความชัดเจน ครอบคลุม และเหมาะสมในการประยุกต์ใช้ทางการพยาบาล โดยได้เสนอว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพมี 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการทำหน้าที่ทางชีววิทยา (Biological function) 2) ด้านอาการ (Symptoms) 3) ด้านความสามารถในการทำบทบาทหน้าที่ (Functional status) และ 4) ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป (General health perception) ปัจจัยทั้ง 4 ด้าน ได้รับอิทธิพลจากลักษณะส่วนบุคคล (Characteristics of the individual) และลักษณะของสิ่งแวดล้อม (Characteristics of the environment) ปัจจัยแต่ละด้านมีความสัมพันธ์กัน โดยปัจจัยบางด้าน นอกจากจะส่งผลโดยตรงต่อปัจจัยหนึ่งแล้ว ยังส่งผลโดยอ้อมต่ออีกปัจจัยหนึ่งด้วย กล่าวคือ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหน้าที่ของหัวใจ ซึ่งทำให้เกิดอาการแสดงต่างๆ เช่น หายใจเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ บวมบริเวณอวัยวะส่วนปลาย ลักษณะของอาการไม่คงที่และมีความก้าวหน้ามากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง ส่งผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป แล้วจึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว[6-9]

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวพบการใช้ทั้ง “คุณภาพชีวิต” และ “คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ” ในที่นี้จะขอใช้คำว่า “คุณภาพชีวิต” การศึกษาในต่างประเทศ ระหว่างปี ค.ศ. 2005-2016 เป็นการศึกษาในหลายประเทศ ได้แก่ บราซิล[14] สหรัฐอเมริกา[15] สเปน[16] อิหร่าน[17] และกรีซ[18] พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตตั้งแต่ระดับต่ำ[14,15] ปานกลาง[16,17] และสูง[18] สำหรับการศึกษาในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2550-2559 พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง[11,19] และสูง[20,21] ทั้งนี้ระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันขึ้นกับปัจจัยต่างๆ มีทั้งปัจจัยที่เป็นอุปสรรคและปัจจัยที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

**ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค** เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่ำลง ได้แก่

**1. อาการรบกวนทางกาย (Physical symptoms)**

อาการรบกวนทางกาย เป็นการรับรู้ถึงความผิดปกติทางด้านร่างกายที่ส่งผลรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน และส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต ภาวะหัวใจล้มเหลวมีสาเหตุมาจากความสามารถในการบีบตัวของหัวใจลดลง ส่งผลให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ลดลง โดยเฉพาะไต ประกอบกับมีการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเธติคร่างกายจึงเกิดกลไกชดเชย ส่งผลให้มีความผิดปกติของระบบฮอร์โมนเรนินแองจิโอเทนซิน-อัลโดสเตอโรน ทำให้เกิดการคั่งของโซเดียมและน้ำในร่างกาย ผู้ป่วยจึงมีอาการและอาการแสดงต่าง ๆ จากพยาธิสภาพของโรค ได้แก่ หายใจหอบเหนื่อย บวมบริเวณอวัยวะส่วนปลาย[22] โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะต้องเผชิญอาการที่หลากหลายพร้อมกัน โดยพบว่า อาการหายใจไม่สะดวกเป็นอาการนำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมากที่สุดถึงร้อยละ 91[23]

จากการศึกษาของธิดารัตน์ เหลี่ยมไกร[24] และวาสนา สุวรรณรัศมีและคณะ[10] พบว่า อาการที่พบส่วนใหญ่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ หายใจลำบากเมื่อนอนราบ แน่นหน้าอก ปัสสาวะออกน้อย อ่อนเพลีย และปวดศีรษะ โดยอาการอ่อนเพลียมีความสัมพันธ์เชิงลบระดับปานกลางกับภาวะการทำหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.49$, $p < .01$) กล่าวคือ หากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการอ่อนเพลียอยู่ในระดับเล็กน้อย ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะมากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่คงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก็จะดี จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า อาการรบกวนทางกายเป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ดีที่สุด[21,25]

**2. อาการรบกวนทางจิตใจ (Psychological symptoms)**

อาการรบกวนทางจิตใจ เป็นการรับรู้ถึงความผิดปกติทางด้านจิตใจที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ อาการเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้า อาการรบกวนทางจิตใจมักมีความสัมพันธ์กับอาการรบกวนทางกาย[5] กล่าวคือ หากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการกำเริบขึ้นก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการรบกวนทางจิตใจจนเกิดความเครียด วิตกกังวล จนสุดท้ายมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ โดยภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่พบในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสูงกว่าบุคคลทั่วไป ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับสภาวะทางสุขภาพ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีความชุกของภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเมื่อระดับความรุนแรงของอาการมากขึ้น และภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว[16] และเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว[15,25]

**3. ระดับความรุนแรงของโรค**

สมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ค (New York Heart Association; [NYHA])[1] แบ่งระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวจากการวัดระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย ซึ่งเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางและใช้บ่อยในการประเมินสภาวะผู้ป่วยทางคลินิก โดยแบ่งระดับความรุนแรงออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

NYHA functional class I ผู้ป่วยไม่มีข้อจำกัดของการทำกิจกรรม สามารถทำกิจกรรมปกติได้โดยไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย

NYHA functional class II ผู้ป่วยมีข้อจำกัดของการทำกิจกรรมเล็กน้อย สามารถทำกิจกรรมปกติได้โดยไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย แต่จะมีอาการหายใจหอบเหนื่อยเมื่อทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก

NYHA functional class III ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมปกติ โดยจะมีอาการหายใจหอบเหนื่อยเมื่อกระทำกิจกรรมที่ไม่ต้องออกแรงมาก แต่จะไม่มีอาการขณะพัก และเมื่อได้พักอาการหายใจหอบเหนื่อยจะดีขึ้น

NYHA functional class IV ผู้ป่วยมีข้อจำกัดอย่างมากในการทำกิจกรรมปกติ มีอาการหายใจหอบเหนื่อยแม้ขณะพัก

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มี NYHA functional class ยิ่งมากยิ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย และสัมพันธ์กับความก้าวหน้าของโรคที่มากขึ้น มีอาการรุนแรงมากขึ้น จนทำให้ความทนในการทำกิจกรรมลดลง บางครั้งผู้ป่วยต้องออกจากงานประจำ เปลี่ยนบทบาทเป็นผู้พึ่งพา ทั้งหมดนี้ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับ NYHA functional class III จะมีคะแนนคุณภาพชีวิตลดลงประมาณ 1 ใน 3 ของกลุ่มบุคคลทั่วไป[26]

ระดับ NYHA functional class สามารถเปลี่ยนกลับไปมาระหว่าง class ได้ หลังผู้ป่วยได้รับการรักษาแล้วอาการดีขึ้น เช่น ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับ NYHA functional class IV หลังได้รับการรักษาแล้วอาจดีขึ้น NYHA functional class ลดลงมาเหลือระดับ II จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า NYHA functional class มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว[15,19,27]

**4. การรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป (General health perception)**

การรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวถึงองค์ประกอบทั้งหมดของสุขภาพ[5] ในผู้ป่วยที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดี โดยการทำหน้าที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป หากบุคคลมีความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง บางครั้งเกิดจากอาการที่กำเริบจนต้องพึ่งพาผู้อื่น จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไปไม่ดี และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งหมด อาการของโรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการคงไว้ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดี ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยจึงมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี และส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้น[21] ในทางตรงกันข้ามจากความก้าวหน้าของโรค ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมักจะมีอาการของโรคมากขึ้น จนส่งผลรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ผู้ป่วยจึงมีการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไปไม่ดี จนในที่สุดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจึงลดลง ดังนั้น การรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไปจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

**5. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Uncertainty in illness)**

เมื่อบุคคลอยู่ในสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่มีความคลุมเครือ ไม่แน่นอน ยากต่อการประเมิน และไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ บุคคลจะไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่า ตนจะสามารถควบคุมสถานการณ์ได้หรือไม่ และไม่สามารถหาวิธีการในการเผชิญกับสถานการณ์นั้นได้ ทำให้บุคคลเกิดความเครียด[28] ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำนายได้ว่า อาการกำเริบของโรค เช่น อาการหายใจเหนื่อยหอบ จะกำเริบเมื่อใด เกิดในสถานการณ์ใด จะมีความรุนแรงและระยะเวลามากน้อยเพียงใด การปรับเปลี่ยนการรักษาเมื่อความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น

นอกจากนี้ความไม่ชัดเจนของข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับ ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรู้สึกชีวิตมีความไม่แน่นอน[11] เมื่อผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนใน

ความเจ็บป่วย จะประเมินความรู้สึกนั้นว่าเป็นอันตรายต่อตนเอง และใช้วิธีการเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยหรือปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นเพื่อจัดการกับความรู้สึกนี้ วิธีการเผชิญปัญหาที่บุคคลเลือกใช้จะมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของบุคคล เมื่อบุคคลใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพจะทำให้เกิดการปรับตัวที่เหมาะสม แต่ถ้าผู้ป่วยใช้วิธีการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม จะเกิดผลลัพธ์ คือ การปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยจะเกิดความวิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้า และส่งผลให้ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไม่ดี[11]

**ปัจจัยที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว** ได้แก่

**1. การดูแลตนเอง (Self-care)**

การดูแลตนเอง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลเพื่อคงไว้ซึ่งการมีชีวิตอยู่ คงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดีและความผาสุก[29] การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ประกอบด้วย[30,31]

1) การเฝ้าระวังภาวะน้ำและเกลือคั่ง โดยผู้ป่วยควรรู้จักอาการต่างๆ ของภาวะน้ำและเกลือคั่ง เช่น เหนื่อยมากขึ้น น้ำหนักเพิ่มขึ้น บวม นอนราบไม่ได้ หรือต้องลุกมานั่งหอบตอนกลางคืน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น

2) การควบคุมภาวะโภชนาการ พยาบาลควรแนะนำให้ผู้ป่วยลดน้ำหนักหากมีน้ำหนักเกิน (Body mass index [BMI] = 23-24 กก./ม$^2$) หรือเป็นโรคอ้วน (BMI มากกกว่า 25 กก./ม$^2$) อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นทำให้หัวใจต้องทำงานหนักขึ้น แต่ในทางตรงกันข้าม ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากมักมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน อืดอัด แน่นท้อง อาหารไม่ย่อยและดูดซึมไม่ดี น้ำหนักตัวที่ลดลงมากกว่า 5 กก. หรือมากกว่าร้อยละ 7.5 ของน้ำหนักตัวเดิมในเวลา 6 เดือน หรือ BMI น้อยกว่า 18.5 กก./ม$^2$ เป็นตัวบ่งชี้พยากรณ์โรคที่ไม่ดี ควรมุ่งเน้นการเพิ่มน้ำหนักของกล้ามเนื้อ (ไม่ใช่การคั่งของน้ำและเกลือ) โดยการออกกำลังกายให้เพียงพอและรับประทานอาหารย่อยง่ายครั้งละไม่มากแต่บ่อยครั้ง

3) การจำกัดการบริโภคเกลือ ในทางปฏิบัติควรแนะนำให้ผู้ป่วยบริโภคเกลือแกงน้อยกว่า 4 กรัม/วัน อย่างไรก็ตามผู้ป่วยไม่อาจทราบปริมาณเกลือแกงที่ผสมในอาหารต่างๆ ได้แน่นอน โดยเฉพาะเมื่อไม่ได้ประกอบอาหารรับประทานเอง คำแนะนำที่นำไปปฏิบัติได้ คือ ให้หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม ของดองอาหารกระป๋อง และไม่เติมเกลือ น้ำปลา หรือซีอิ๊วลงไปเพิ่ม ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือจำเป็นต้องให้ยาขับปัสสาวะในขนาดสูง จำเป็นต้องเคร่งครัดเรื่องนี้มาก ไม่แนะนำให้ใช้เกลือสุขภาพซึ่งประกอบด้วยเกลือโปแตสเซียมทดแทน เนื่องจากอาจทำให้มีภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูงได้

4) การจำกัดน้ำดื่ม ในผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง ไม่จำเป็นต้องจำกัดปริมาณน้ำอย่างเคร่งครัดนัก แต่ในผู้ป่วยที่มีอาการหอบเหนื่อยมากต้องใช้ยาขับปัสสาวะในขนาดสูง ผู้ป่วยโรคไตที่มีน้ำและเกลือคั่งง่าย และผู้ป่วยที่มีภาวะโซเดียมในเลือดต่ำควรแนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำไม่เกิน 1.5 ลิตร/วัน

5) การหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากแอลกอฮอล์มีผลกดการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ

6) การทำกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย การออกกำลังกายแบบแอโรบิค (Aerobic exercise) ที่พอเหมาะอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยป้องกันกล้ามเนื้อลีบและปรับการไหลเวียนของหลอดเลือดส่วนปลายให้ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยทำงานต่างๆ ได้มากขึ้น ไม่อ่อนเพลีย และรู้สึกกระปรี้กระเปร่าขึ้น วิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม คือ การเดินบนทางราบโดยเริ่มทีละน้อยจาก 2-5 นาทีต่อวัน เป็นเวลา 1 สัปดาห์ แล้วเพิ่มเป็น 5-10 นาทีต่อวัน อย่างไรก็ตามการออก

กำลังกายควรปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย[30]

7) การรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง เพื่อควบคุมอาการกำเริบของโรค หากผู้ป่วยไม่แน่ใจเกี่ยวกับวิธีการรับประทานยาที่ถูกต้อง หรือมีอาการข้างเคียงต่างๆ ที่เกิดจากการใช้ยา ควรมาปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล ยาที่ใช้บ่อยในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว[30] ได้แก่

7.1) กลุ่มยาขับปัสสาวะ (Loop diuretic) เช่น Furosemide เป็นยากลุ่มที่จำเป็นในการลดอาการของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจากภาวะน้ำเกินในร่างกาย ผลข้างเคียง ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ เสียสมดุลกรดด่างในร่างกาย

7.2) กลุ่มยาที่เกี่ยวข้องกับการหดบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ (Cardiac glycoside) เช่น Digoxin ใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบ Atrial fibrillation (AF) ร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งช่วยรักษาจังหวะการเต้นหัวใจให้เป็นปกติและสม่ำเสมอ รวมไปถึงช่วยเพิ่มแรงบีบตัวให้กล้ามเนื้อหัวใจและช่วยลดการนำไฟฟ้าหัวใจ ทำให้การทำงานของหัวใจห้องล่าง (Ventricular function) และอาการของผู้ป่วยดีขึ้น ผลข้างเคียง ได้แก่ หัวใจเต้นช้า และเกิดพิษจากยาได้

7.3) กลุ่มยาเพิ่มแรงในการหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ (Positive inotropic agents) เช่น Dopamine, Dobutamine, Milrinone ใช้ในรายที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังรุนแรงที่มีอาการของน้ำท่วมปอดและตัวเย็นจาก Peripheral hypoperfusion ผลข้างเคียง ได้แก่ หัวใจเต้นเร็ว

7.4) กลุ่มยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anti-thrombotic agents) เช่น Warfarin และยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet drug) เช่น Aspirin และ Clopidogrel เป็นยารักษาหลอดเลือดแดงอุดตันและป้องกันลิ่มเลือดอุดตัน ผลข้างเคียง ได้แก่ เลือดออกง่ายและหยุดยาก

7.5) กลุ่มยาต้านเบต้า บล็อกเกอร์ (Anti-arrhythmic agent: $\beta$-blocker) ยากลุ่มนี้สามารถลดอัตราตายจากหัวใจเต้นผิดจังหวะและลด Sudden cardiac death ได้ ผลข้างเคียง ได้แก่ หัวใจเต้นช้า ความดันโลหิตต่ำ

7.6) ยาต้านยาต้านระบบ Renin - Angiotensin–Aldosterone (RAS) ใช้ในการปิดกั้นการออกฤทธิ์ของ Noradrenaline และ Angiotensin II ทำให้การเสื่อมสมรรถภาพของหัวใจช้าลง ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น รวมทั้งลดอัตราการเสียชีวิต ผลข้างเคียง ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ

8) การป้องกันโรคติดเชื้อ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวควรมีการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เพื่อลดอาการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลว เพราะการมีภาวะน้ำท่วมปอดจะส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อในปอดง่ายขึ้น ผู้ป่วยควรดูแลร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอ รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ หลีกเลี่ยงการเข้าไปอยู่ในที่มีผู้คนหนาแน่นและหลีกเลี่ยงการใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ[30]

9) การมาตรวจตามนัดเพื่อการรักษาและรับยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งแพทย์จะสามารถติดตามความก้าวหน้าของโรค ประเมินอาการเจ็บป่วยปัจจุบัน มีการปรับยาให้เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย และผู้ป่วยสามารถขอคำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเอง รวมทั้งการรับประทานยา

10) การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยทั่วไปผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวควรมีการนอนหลับไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมง/วัน และควรมีการงีบหลับระหว่างวันประมาณ 1-2 ชั่วโมง

11) การลดความเครียดและความวิตกกังวลโดยวิธีต่างๆ เช่น การพูดคุยระบายความรู้สึกกับญาติพี่น้อง เพื่อน หรือพยาบาล หรือหากิจกรรมที่ตนเองชอบและสนใจทำ การเข้าวัด ทำบุญ เป็นต้น

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีการดูแลตนเองและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการ รักษาจะทำให้อัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้นและลดอัตราการ

กลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ[31] และส่งเสริมให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

**2. การสนับสนุนทางสังคม (Social support)**

การสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ได้แก่ ความรัก การดูแลเอาใจใส่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การยอมรับยกย่องและเห็นคุณค่า การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ข้อมูลข่าวสาร และสิ่งของ[32] เนื่องจากในขณะเจ็บป่วยนั้นผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ต้องพึ่งพา ไม่ว่าจะด้านการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน ด้านการเงินและด้านจิตใจ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีกำลังใจที่จะเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยได้[33]

นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีกำลังใจ ให้ความร่วมมือและประสบความสำเร็จในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น การรับประทานยา การควบคุมอาหาร และการจำกัดน้ำ เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามแผนการรักษาที่ดี จะทำให้อาการกำเริบของโรคลดลง รวมทั้งช่วยชะลอความก้าวหน้าของโรค ซึ่งทั้งหมดนี้มีส่วนสำคัญในการส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตดี[34]

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแต่ละคนมีปัจจัยต่างๆ แตกต่างกัน และมีผลต่อคุณภาพชีวิตต่างกัน พยาบาลควรเข้าใจปัจจัยต่างๆ ของผู้ป่วย และความสัมพันธ์ของปัจจัยเหล่านี้กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพื่อลดปัจจัยที่เป็นอุปสรรคและส่งเสริมปัจจัยที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

## การส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคให้คงที่ เพื่อลดอัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ดังนี้

1. การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว การดูแลตนเองและการปฏิบัติตามแผนการรักษาเป็นสิ่งสำคัญในการชะลอความก้าวหน้าของโรคและควบคุมอาการกำเริบของโรค ทำให้อาการรบกวนทางกายลดลง ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และยังส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าลดลง ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวดีขึ้น[35]

จากการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้และคู่มือการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองในภาวะหัวใจล้มเหลว การใช้แผ่นภาพปริมาณอาหารและน้ำที่ควรบริโภคในแต่ละวัน ภาพพลิกเมนูอาหารแลกเปลี่ยน อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง และปริมาณของเครื่องปรุงรส อาหารที่เหมาะสม เป็นสื่อในการให้ความรู้ การให้ความรู้แก่ร้านขายอาหารปรุงสำเร็จประจำหมู่บ้าน และการติดตามเยี่ยมบ้าน พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม[6]

นอกจากนี้ พยาบาลควรส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการคงที่ เนื่องจากการออกกำลังกายจะช่วยเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในการบีบตัวแต่ละครั้ง ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจและหลอดเลือดส่วนปลายมากขึ้น ลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเธติค การออกกำลังกายสม่ำเสมอทำให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนด้านการออกกำลังกายในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ด้วยการให้ความรู้

เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว ประโยชน์ของการออกกำลังกาย หลักการออกกำลังกาย สาธิต ลงมือปฏิบัติการออกกำลังกาย แนะนำการลงบันทึกหลังการออกกำลังกายแต่ละครั้ง การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ กำหนดเป้าหมายที่จะออกกำลังกายทีละขั้น แจกคู่มือการออกกำลังกาย และมีการติดตามเยี่ยมบ้านหลังออกกำลังกายครบ 7 วัน โทรศัพท์ติดตามสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เมื่อครบ 12 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรับรู้ความสามารถในการออกกำลังกายสูงขึ้น มีความสามารถในการทำหน้าที่ดีขึ้น และมีคุณภาพชีวิตสูงขึ้น[8]

2. การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันและชะลอความเสื่อมของหัวใจ ควบคุมอาการของโรค และเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย จากการศึกษาการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งประกอบด้วย 1) การให้ความรู้ร่วมกับการให้คู่มือการจัดการตนเอง ซึ่งมีเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ การรักษา ยาที่ผู้ป่วยได้รับ การจำกัดปริมาณโซเดียมในอาหาร การจำกัดน้ำดื่ม และการจัดการอาการผิดปกติ เช่น อาการเหนื่อยหอบ อาการบวม 2) การฝึกทักษะการจัดการตนเองในการควบคุมอาการกำเริบ และการติดตามตนเองโดยการบันทึกน้ำหนักตัวและอาการผิดปกติ และ 3) การประเมินผลการจัดการตนเอง มีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ และให้ช่องทางติดต่อขอคำปรึกษาจากบุคลากรสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงขึ้น มีภาวะหายใจลำบากลดลง มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันสูงขึ้น และมีคุณภาพชีวิตสูงขึ้น[7,36]

3. การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการด้วยตนเอง พยาบาลต้องมีการประเมินประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างครอบคลุม เรียนรู้วิธีการจัดการอาการของผู้ป่วย และส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการด้วยตนเอง จากการศึกษาประสบการณ์การมีอาการและวิธีการจัดการอาการที่หลากหลาย และเกิดผลลัพธ์ที่ดี ผู้ป่วยมีอาการทุเลาและหาย เช่น ผู้ป่วยจัดการกับอาการหายใจเหนื่อยหอบโดยการนั่งหรือนอนพัก นอนหนุนหมอนสูง 2 ใบ หรือนอนตะแคงซ้ายขวาสลับกัน การควบคุมการหายใจโดยการหายใจเข้าออก ช้าและลึก และหากมีอาการหายใจเหนื่อยหอบรุนแรงขึ้นจะใช้ออกซิเจนช่วยในการหายใจ ผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนเพลีย จัดการอาการโดยการนั่งหรือนอนพัก และการออกกำลังกาย การจัดการอาการต่างๆ ช่วยส่งเสริมการทำหน้าที่ของผู้ป่วยให้ดีขึ้น ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย[10]

4. มีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับวิธีการดูแลหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมี 5 วิธี ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน การติดตามทางโทรศัพท์ การติดตามภาวะสุขภาพแบบทางไกล การนัดมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก และการใช้หลายรูปแบบร่วมกัน ผลการศึกษาส่วนใหญ่ยืนยันว่าวิธีการเยี่ยมบ้าน การติดตามทางโทรศัพท์ การติดตามภาวะสุขภาพแบบทางไกล และการใช้หลายรูปแบบร่วมกันสามารถลดการเข้าใช้บริการในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษา อาการเจ็บป่วย และอัตราการตายได้ ทั้งนี้ การนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย ควรพิจารณาถึงความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนความเหมาะสมและความเป็นไปได้ทางปฏิบัติของระบบบริการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินอาการและอาการแสดง ส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา และสนับสนุนการดูแลตนเอง[9] ซึ่งหากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความรู้ในการดูแลตนเองรวมทั้งการสังเกตอาการผิดปกติ สามารถควบคุมอาการได้ การกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลจะลดลง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก็จะดีขึ้น[37]

5. ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการ

สนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีกำลังใจ ให้ความร่วมมือและประสบความสำเร็จในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ จากการศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่ออาการหายใจลำบาก การกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 มีการจัดการเรื่องการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องทุกวัน และมีการจัดการเรื่องการจำกัดเกลือโซเดียมในอาหารและน้ำดื่มมากที่สุด ซึ่งส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการกับอาการหัวใจล้มเหลวให้คงที่ได้ และทำให้อาการหายใจลำบากลดลง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวดีขึ้น[38]

## สรุปและข้อเสนอแนะ

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการที่มีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย มีปัจจัยหลายประการที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ได้แก่ อาการรบกวนทางกาย อาการรบกวนทางจิตใจ ระดับความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ปัจจัยที่ส่งเสริม ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ดังนั้น พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความตระหนักในการดูแลตนเองและการปฏิบัติตามแผนการรักษา สามารถจัดการตนเองเพื่อป้องกันอาการกำเริบของโรค และส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเพื่อให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตดีที่สุด

## References


1. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE, Drazner MH, et al. ACCF/ AHA Guideline for the management of heart failure. JACC. 2013; 62(16): 147–210.
2. Public health statistics. Number and rates of mortality of non community disease in 2015. [cited 2017 Sep 4] . Available from: file:///C:/Users/Administrator/Downloads/CrossTab_2R1C.pdf (in Thai).
3. Suwanno J, Petsirasan R, Praseartthai P, Chanpradit A, Saisuk W. Self-care among patients with Chronic heart failure. Thai Journal of Nursing Council. 2008; 23(1): 35-47. (in Thai).
4. World Health Organization. WHOQOL: measuring quality of life, 1997. [cited 2017 Sep 4] . Available from: http://.who.int/mental_health/media/68.pdf.
5. Ferrans CE, Zerwic JJ, Wilbur JE, Larson JL. Conceptual model of health-related quality of life. J Nurs Scholarship. 2005; 37(4): 336-41.
6. Terdsudthironapoom P. The effects of self-care promoting program on self-care behaviors and quality of life among patients with heart failure in Prachuapkhirikhun hospital. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2015; 26(1): 2-12. (in Thai).
7. Ritklar L, Wattana C, Kitipawong P. Effect of a self-management Program on self-

management, behaviors, dyspnea, activities of daily living and quality of life among patients with congestive heart failure. Nursing Journal. 2012; 39(1): 64-74. (in Thai).

8. Wichapha S, Poomthongdee T, Ruisungnoen W. Effects of exercise self efficacy on functional capacity and health-related quality of life in patients with heart failure. Journal of Nurses Association of Thailand, North-Eastern Division. 2013; 31(3): 115-22. (in Thai).
9. Ruangwilai N, Nantachaipan P, Chaiard J. A systemic review on postdischarge care for patients with Heart failure. Nursing Journal. 2013; 40(3): 50-60. (in Thai).
10. Suwanratsamee W, Pinyopasakul W, Charoenkitkarn V, Dumaviphat C. Symptom experiences, symptom management, and functional status in patients with heart failure. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2013; 24(1): 2-16. (in Thai).
11. Hachak W. The influence of uncertainty in illness, health literacy, social support on quality of life of patients with heart failure. [Master Thesis of Nursing Science]. Bangkok: Mahidol University; 2012. (in Thai).
12. Deenuanpanao S, Kunsongkeit W, Duangpaeng S. Experiences of family members in caring of patients with chronic Congestive heart failure. The Journal of Faculty of Nursing, Burapha university. 2014; 22(2): 52-63. (in Thai).
13. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life a conceptual model of patient outcomes. JAMA. (1995); 273(1): 59-63.
14. Pelegrino VM, Dabtas RAS, Clark AM. Health-related quality of life determinants in outpatients with heart failure. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011; 19(3): 451-57.
15. Chung ML, Moser DK, Lennie TA, Frazier SK. Perceived social support predicted quality of life in patients with heart failure, but the effect is mediated by depressive symptoms. Qual Life Res. 2013; 22, 1555-63.
16. Bean MK, Gibson D, Flattery M, Duncan A, Hess M. Psychosocial factors, quality of Life, and psychological distress: ethnic differences in patients with Heart failure. Prog Cardiovasc Nurs. 2009; 24: 131-40.
17. Rahnavard Z, Nodeh ZH, Hatamipour K. Congestive heart failure: predictors of health-related quality of life in Iranian women. Contemp Nurse. 2014; 47(1-2): 159-67.
18. Fotos NV, Giakoumidakis K, Kollia Z, Galanis P, Copanitsanou P, Pananoudaki E, et al. Health-related Quality of life of patients with severe heart failure: a cross-sectional multicenter study. Scand J Caring Sci. 2013; 27: 686-92.
19. Suetrong A, Choowattanapakorn, T. Factors predicting quality of life in older persons with Heart failure. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2016; 27(2): 58-68. (in Thai).

20. Wattanune N. The factors influencing health-related quality of life amongst the patients with congestive heart failure at a community in Kanchanaburi province. [Master Thesis of Nursing Science]. Nakonprathom: Christian University; 2012. (in Thai).
21. Naopradist R. Factors influencing health-related quality of life among congestive heart failure patients. [Master Thesis of Nursing Science]. Chonburi: Burapha University; 2016. (in Thai).
22. Aroonsang P. Nursing care for cardio vascular patients. 10th ed. Khonkean: Klungnana wittaya; 2013. p. 120. (in Thai).
23. Linhares JC, Aliti GB, Castro RA, Rabelo ER. Prescribing and conducting non-pharmacological management of patients with decompensated heart failure. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2010; 18(6): 1145-51.
24. Liamkrai T. Symptom clusters in heart failure patients. [Master Thesis of Nursing Science]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2012. (in Thai).
25. Heo S, Doering LV, Widener J, Moser DK. Predictors and effect of physical symptom status on health–related quality of Life in patients with heart failure. AJCC. 2008; 17(2): 124-31.
26. Juenger J, Schellberg D, Kraemer S, Haunstetter A, Zugck C, Herzog W, Haass M. Health related quality of life in patients with congestive heart failure: comparison with other chronic disease and relation to functional variable. Cardiovasc Med. 2002; 87, 235-41.
27. Hole T, Grundtvig M, Gullesta L, Flonaes B, Westheim A. Improved quality of life in Norwegian heart failure patients after follow-up in outpatient heart failure clinic: results from the Norwegian heart failure registry. Eur J Heart Fail. 2010; 12: 1247-52.
28. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
29. Orem DE. Nursing: concept of practice. 5th Edition. St. Louis, MO: C. V. Mosby; 2001.
30. The heart association of Thailand under the royal patronage of H.M. The King. Thai guideline for diagnosis and treatment of Congestive heart failure. Bangkok: The heart association of Thailand; 2008. p. 28-30. (in Thai).
31. Lainscak M, Blue L, Clark AL, Dahlstrom U, Dickstein K, Ekman, I., et al. Self-care management of heart failure: practical recommendations from the patients care committee of the heart failure association of the European Society of Cardiology. Eur J Heart Fail. 2011; 13: 115-26.
32. Schaefer C, Coyne JC, Lazarus RS. The Health-related functions of social support. Beh Med. 1981; 4(19), 381-402.

33. Ritpetch N, Jitpanya C. Factors related to Quality of life among patients with heart disease: a research synthesis in Thailand. 2012; 23(2): 2-13. (in Thai).
34. Lutik ML, Jaarsma T, Moser D, Sanderman R., Veldhuisen DJV. The Importance and impact of social support on outcomes in patients with Heart failure. J Cardiovasc Nurs. 2005; 20(3): 162-69.
35. Ummaridkomon A. Comprehensive heart failure management program. Maharajna kornchiangmai Hospital, Faculty of medicine. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2017. (in Thai).
36. Tangwichitsakun S. Effect of self-manage ment program on quality of life among Heart failure patients. [Master Thesis of Nursing Science]. Chiang Mai: Chiang Mai University ; 2007. (in Thai).
37. While A, Kiek F. Chronic heart failure: promoting quality of life. BJCN. 2009; 14(2): 54-8.
38. Wanna S. Effects of self-management program with family support on dyspnea, readmission and quality of life in persons with congestive heart failure. [Master Thesis of Nursing Science]. Pathumthani: Rungsit university; 2011. (in Thai).