

4/8/60 BE 11:09 AM

แพร่หลายในกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ นำมาใช้เพื่ออธิบาย
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ไม่เดลประกอบด้วย
ตัวแปรของคุณภาพชีวิต 5 กลุ่มคือ ปัจจัยด้านชีววิทยาหรือ
สรีรวิทยา อาการแสดง การทำหน้าที่ของร่างกาย การรับรู้
สุขภาพโดยรวม และคุณภาพชีวิตโดยรวม โดยคุณลักษณะ
ของบุคคลและสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตทั้งห้ากลุ่ม

2. โมเดลคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของเฟอร์เรนและคณะ¹⁷ เป็นโมเดลทางการพยาบาลพัฒนามาจากโมเดลคุณภาพชีวิตของ Wilson และ Cleary นำมาใช้เพื่ออธิบายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว¹³ โมเดลประกอบด้วยตัวแปรของคุณภาพชีวิต 5 กลุ่มคือ ปัจจัยด้านชีววิทยา อาการแสดง การทำหน้าที่ของร่างกาย การรับรู้สุขภาพโดยรวม และคุณภาพชีวิตโดยรวม โดยกล่าวถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยมีปัจจัยที่ส่งผลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตคือ คุณลักษณะของบุคคล ลักษณะของสิ่งแวดล้อม และการรับรู้สุขภาพโดยรวม ปัจจัยที่ส่งผลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตคือ ปัจจัยด้านชีววิทยา อาการแสดง และการทำหน้าที่ของร่างกาย ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ส่งผลกระทบต่อกันและในที่สุดส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตซึ่งเป็นผลลัพธ์สุดท้ายของรูปแบบจำลองนี้

จากการทบทวนสรุปได้ว่า แนวคิดที่อธิบายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นโมเดลคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพซึ่งอธิบายผลกระทบจากโรคและหรือการรักษาของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โมเดลประกอบด้วยตัวแปรของคุณภาพชีวิต 5 กลุ่มคือ ปัจจัยด้านชีววิทยา อาการแสดง การทำหน้าที่ของร่างกาย การรับรู้สุขภาพโดยรวม และคุณภาพชีวิตโดยรวม

วิธีการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

คุณภาพชีวิตสามารถประเมินจากการสัมภาษณ์และจากแบบสอบถาม วิธีการสัมภาษณ์เป็นการค้นพบประเด็นและอธิบายประสบการณ์ของผู้ป่วย อาจใช้คำถามปลายปิดหรือคำถามแบบมีโครงสร้าง ซึ่งมีประโยชน์ในการสร้างแบบสอบถาม ส่วนแบบสอบถามที่ใช้มี 2 ประเภท คือ⁷ 1) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตทั่วไป ได้แก่ SF-36, WHOQOL-BREF และ RAND36 ซึ่งใช้ประเมินคุณภาพชีวิตในประชากรที่ต่างกัน สามารถใช้เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เจ็บป่วยแตกต่างกันและได้รับการรักษาดูแลที่แตกต่างกัน และ 2) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่เฉพาะ ได้แก่ KCCQ และ

MLWHF ซึ่งใช้ประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

1. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตทั่วไป

1.1 แบบสอบถามภาวะสุขภาพแบบย่อ

(Short Form-36 Health Survey: SF-36)¹² เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตอย่างแพร่หลาย มีข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ แบ่งออกเป็น 8 ด้าน คือสุขภาพทางกาย 4 ด้าน ได้แก่ การทำหน้าที่ของร่างกาย สมรรถภาพทางกาย ความปวดทางกาย และการรับรู้สุขภาพโดยรวม และสุขภาพทางจิต 4 ด้าน ได้แก่ กำลังใจ บทบาทหน้าที่ทางสังคม บทบาทเกี่ยวกับอารมณ์ และสุขภาพจิต คะแนนอยู่ระหว่าง 0 ถึง 100 คะแนนที่สูงหมายถึงมีคุณภาพชีวิตดี

1.2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์กร

อนามัยโลกแบบย่อ (The World Health Organization Quality of Life-BREF: WHOQOL-BREF) ¹¹ มีข้อคำถาม 26 ข้อ เพื่อวัด 24 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม และ 2 ข้อคำถามที่ประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวมและภาวะสุขภาพทั่วไป คะแนนเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 (ไม่น่าพอใจ) ถึง 5 (พอใจมากที่สุด) คะแนนที่สูงหมายถึงมีคุณภาพชีวิตที่ดี

1.3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต RAND36^{4, 18}

เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตทั่วไปที่ใช้กันแพร่หลาย มีจำนวนข้อคำถาม 36 ข้อ ประกอบด้วยแนวคิดสุขภาพ 9 ด้าน คือ การทำหน้าทางร่างกาย การทำหน้าทางสังคม ถูกจำกัดบทบาท เพราะการทำหน้าที่ของร่างกายบกพร่อง ถูกจำกัดบทบาท เพราะการทำหน้าที่ของจิตใจบกพร่อง และการรับรู้สุขภาพเปลี่ยนแปลง แต่ละด้านมีคะแนนจาก 0 ถึง 100 คะแนนที่สูงหมายถึงมีสุขภาพที่ดี

2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่เฉพาะ ได้แก่

KCCQ และ MLWHF

2.1 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของเมืองแคนซัส

(The Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire: KCCQ)¹¹ เป็นเครื่องมือวัดภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ แบ่งออกเป็น 7 ด้าน คือ ข้อจำกัดด้านร่างกาย ความคงที่ของอาการ ภาระของอาการ ความบอ้ยของอาการ สมรรถนะแห่งตน คุณภาพชีวิต และข้อจำกัดทางสังคม คะแนนอยู่ระหว่าง 0 ถึง 100 คะแนนที่สูงหมายถึงมีคุณภาพชีวิตดี

2.2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะ

4/8/60 BE 11:09 AM

2. โปรแกรมการส่งเสริมความหวังบนพื้นฐานความเชื่อทางศาสนา²¹

ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวและผลลัพธ์ที่ไม่แน่นอนของภาวะหัวใจล้มเหลวส่งผลกระทบต่อความหวังของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความหวังลดลงหรือไม่มีความหวัง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจึงลดลง การส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวบนพื้นฐานความเชื่อทางศาสนาจะทำให้ผู้ป่วยมีความหวังและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและครอบครัวเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความหวังบนพื้นฐานความเชื่อทางศาสนาเป็นเวลา 60 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้งเป็นเวลา 3 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น

3. โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ²²

การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเป็นเรื่องจำเป็นของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อลดการเจ็บป่วยและการตาย ทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น การให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ 120 นาทีต่อวัน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 60 วัน ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นหลังจากได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ 60 วัน และเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตลอด 18 เดือน ตลอดจนความถี่ของการใช้บริการที่ห้องฉุกเฉินลดลง

4. โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง²³

การมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมจะการควบคุมอาการและป้องกันการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลว การส่งเสริมการดูแลตนเองจะทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวดีขึ้น โดยการให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง โดยใช้ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองมีคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง

5. โปรแกรมการฝึกการผ่อนคลาย²⁴

มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่บอกว่าการผ่อนคลายทำให้
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจเพิ่มขึ้น การให้ผู้ป่วยได้รับ
โปรแกรมการฝึกการผ่อนคลาย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยภาวะ
หัวใจล้มเหลวหลังได้รับโปรแกรมการฝึกการผ่อนคลายมี
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจและสังคมดีขึ้น

6. โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง^{5, 25}

การส่งเสริมการจัดการตนเองมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมโรค โดยลดอาการกำเริบของโรค เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง^{5, 25} ประกอบด้วย การให้ความรู้เป็นรายบุคคล การฝึกทักษะการจัดการตนเองในการควบคุมอาการกำเริบและติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์^{25, 26} ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวหลังได้โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ และด้านสังคมเพิ่มขึ้น^{5, 25} มีพฤติกรรมจัดการตนเอง และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น มีอาการหายใจลำบากต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ²⁵

สรุป

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเป็น การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลว การเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่ง ผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้ง ด้านปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพและการรักษา ปัจจัย ด้านจิตสังคมและปัจจัยด้านการทำหน้าที่ การประเมินคุณภาพ ชีวิตจึงมีความสำคัญสำหรับพยาบาล โดยเลือกใช้เครื่องมือ ประเมินที่เหมาะสมซึ่งมีทั้งแบบสอบถามคุณภาพชีวิตทั่วไปและ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่เฉพาะสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจ ล้มเหลว เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลวโดยเลือกวิธีการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ เหมาะกับผู้ป่วยต่อไป

References

1. Laothavorn P, Hengrussamee K, Kanjanavanit R, Moleerergpoom W, Laorakpongse D, Pachirat O, et al. Thai Acute Decompensated Heart Failure Registry (Thai ADHERE). CVD Prevention and Control. 2010; 5: 89-95.
2. Heo S, Lennie TA, Okoli C, Moser DK. Quality of life in patients with heart failure: ask the patients. Heart Lung. 2009; 38(2): 100-108.

3. Jaarsma T, Johansson P, Agren S, Strömberg A. Quality of life and symptoms of depression in advanced heart failure patients and their partners. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*. 2010; 4: 233-237.
4. Hoekstra T, Jaarsma T, Veldhuisen DJ, Hillege HL, Sanderma R, Lesman-Leegte I. Quality of life and survival in patients with heart failure. *European Journal of Heart Failure*. 2013; 15: 94-102.
5. Tung H-H, Li C-Y, Chen K-Y, Chang C-J, Lin Y-P, Chou C-H. Self-management intervention to improve self-care and quality of life in heart failure patients. *Congestive Heart Failure*. 2013; 19(4): E9-E16.
6. Perterson SJ, Bredow TS. Middle range theories: application to nursing research 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
7. Megari, K. Quality of life in chronic disease patients. *Health Psychology Research*. 2013; 1(e27): 141-148.
8. Krethong P, Jirapaet V, Jitpanya C, Sloan R. A causal model of health related quality of life in Thai patients with heart-failure. *Journal of Nursing Scholarship*, 2008; 40(3): 254-260.
9. Seto E, Leonard KJ, Cafazzo JA, Masino C, Barnsley J, Ross HJ. Self-care and quality of life of heart failure patients at a multidisciplinary heart function clinic. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2011; 26(5): 377-385.
10. Chiaranai C, Salyer J. Self-care and quality of life in patients with heart failure: do gender differences exist? *Songklanagarind Medical Journal*. 2009; 27(6): 451-463.
11. Mbakwem AC, Aina FO, Amadi CE, Akinbode AA, Mokwunyei J. Comparative analysis of the quality of life of heart failure patients in South Western Nigeria. *World Journal of Cardiovascular Diseases*. 2013; 3: 146-153.
12. Rahnavard Z, Nodeh ZH, Hatamipour K. Congestive heart failure: predictors of health-related quality of life in Iranian women. *Contemporary Nurse*. 2014; 47(1-2): 159-167.
13. Beverly C, Pozehl B, Hertzog M, Zimmerman L, Riegel B. Predictors of overall perceived health in patients with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2013; 28(3): 206-215.
14. Dunderdale K, Furze G, Thompson DR, Beer SF, Miles JNV. Health-related quality of life from the perspective of patients with chronic heart failure. *The British Journal of Cardiology*. 2007; 14: 207-212.
15. Dongpho P, Ua-kit N. Factors predicting sexual activity among patients with heart failure. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*. 2014; 15(3): 304-312. (in Thai)
16. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health- related quality of life: a concept model of patients outcomes. *Journal of the American Medical Association*, 1995; 273(1): 59-65.
17. Ferrans CE, Zerwic JJ, Wilbur JE, Larson JL. Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship*. 2005; 37(4): 336-342.
18. Barbareschi G, Sanderma R, Leegte IL, van Veldhuisen DJ, Jaarsma T. Educational level and the quality of life of heart failure patients: a longitudinal study. *Journal of Cardiac Failure*. 2011; 17(1): 47-53.

19. Badawy AME, Hefnawy KAE. Randomized controlled trial of comprehensive nursing intervention on readmission, mortality and quality of life among Egyptian heart failure patients: A 12 month follow up study. *Journal of Nursing Education and Practice*. 2013; 3(5): 14-30.
20. Chiaranai C, Salyer J, Best A. Self-care and quality of life in patients with heart failure. *Thai Journal of Nursing Research*. 2009; 13(4): 302 – 317.
21. Binaei N, Moeini M, Sadeghi M, Najafi M, Mohagheghian Z. Effects of hope promoting interventions based on religious beliefs on quality of life of patients with congestive heart failure and their families. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2016; 21(1): 77-83.
22. Porto EF, Kümpel C, Leite JR, Andrade AA, Oliveira NC, Portes LA. Quality of life after cardiac rehabilitation for patients with heart failure: 18 months follow-up. *American Journal of Medicine and Medical Sciences*. 2012; 2(5): 89-95.
23. Terdsudthirapoom P. The effects of self-care promoting program on self-care behaviors and quality of life among patients with heart failure in Prachuapkhirikhan Hospital. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*. 2015; 26(1): 2-14. (in Thai)
24. Yu DS, Lee DT, Woo J. Improving health-related quality of life of patients with chronic heart failure: effects of relaxation therapy. *Journal of Advanced Nursing*, 2010; 66(2): 392-403.
25. Ritklar L, Wattana C, Kitipawong P. Effects 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): 64-76. (in Thai)
26. Wongpanarak N., Chaleoykitti S. Quality of Life: A Study of Elderly in Thailand. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2014; 15(3): 64-70. (in Thai)