



ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว :
แนวคิดและการนำไปใช้สำหรับพยาบาล

MEDICATION BELIEFS AMONG PATIENTS WITH HEART FAILURE:
CONCEPTS AND IMPLICATIONS FOR NURSES

สุพัตรา ไชยพลบาล¹
Supattra Chaiponbal

ศศิگانต์ พงศ์เตริยง^{1,*}
Sasikan Pongtriang

จุฑาทิพย์ ช่างโต¹
Jutatip Changto

ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล¹
Teepatad Chintapanyakul

¹ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

Department of Nursing Service, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Ratchathewi, Bangkok, 10400, Thailand

*Corresponding author E-mail: iamgreenza@gmail.com

Received: February 13, 2025

Revised: May 12, 2025

Accepted: June 24, 2025

บทคัดย่อ

ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออกถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับประทานยากับคำแนะนำที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ ตามแนวคิดของฮอว์น ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา ประกอบด้วย 2 ความเชื่อหลัก คือ 1) ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาแบบจำเพาะ ประกอบด้วย ความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยา ซึ่งเป็นความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นและประสิทธิภาพของยา และความเชื่อเฉพาะด้านความกังวลจากการรับประทานยาซึ่งเป็นความกังวลเกี่ยวกับผลกระทบทที่เป็นอันตรายของยา และ 2) ความเชื่อแบบทั่วไป ประกอบด้วย ความเชื่อทั่วไปด้านการใช้ยามากเกินไป ซึ่งเป็นความเชื่อว่ายานโดยทั่วไปนั้น ถูกใช้มากเกินไปจากแผนการรักษาของแพทย์ และความเชื่อทั่วไปด้านอันตรายจากการรับประทานยา ทั้งนี้ การรับประทานยาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากช่วยควบคุมอาการและอาการแสดง และความรุนแรงของโรค หากผู้ป่วยมีความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาร่วมกับการกำกับตนเองด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย จะสามารถดูแลตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ดังนั้น บทบาทของพยาบาลที่สำคัญ คือ การส่งเสริมความรู้เรื่องโรค ความจำเป็นต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม

คำสำคัญ: ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา, ภาวะหัวใจล้มเหลว, ความร่วมมือในการรับประทานยา

Abstract

Beliefs about medication among patients with heart failure reflect the relationship between their medication behavior and the guidance provided by healthcare professionals. According to Horne's framework, these beliefs are categorized into two main types: 1) Specific beliefs, which include necessity beliefs—referring to the perceived need for and effectiveness of medication in managing the illness—and concern beliefs, which involve worries about the potential harmful effects of medication; and 2) General beliefs, which include overuse beliefs—the perception that medications are often overprescribed by physicians—and harm beliefs, which view medications as generally harmful. Medication adherence for patients with heart failure is considered important, as it helps control symptoms, reduce disease severity, and improve health outcomes. When patients hold positive beliefs about their medications alongside effective self-regulation in managing their health and illness, they are more likely to practice self-care and maintain a better quality of life. Therefore, nurses play a vital role in promoting patients' understanding of their condition, emphasizing the importance of consistent medication use, and supporting appropriate self-care behaviors.

Keywords: medication beliefs, heart failure, medication adherence

บทนำ

อุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศไทยสหรัฐอเมริกา มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 8 ล้านคนในปี ค.ศ. 2030 ปัจจัยส่งเสริมทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ เพศหญิง อายุมากกว่า 65 ปี เป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคอ้วน เป็นต้น (Bauersachs, de Boer, Lindenfeld, & Bozkurt, 2022) อัตราการเสียชีวิตพบได้ร้อยละ 10 ต่อปี และมีอัตราการเสียชีวิตภายใน 5 ปีหลังได้รับการวินิจฉัยสูงถึงร้อยละ 50 ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งหมด (Stretti et al., 2021; Tsao et al., 2023) ประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวร้อยละ 5 - 7 ของประชากรทั้งหมด สำหรับประเทศไทย จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวพบได้ 1 ใน 5 ของสาเหตุการตายสูงสุดของประเทศ (Health Data Center Ministry of Public Health Thailand, 2024) และภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการกลับมาได้รับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Alsulymani et al., 2023)

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด ความผิดปกติจากโครงสร้างหรือจากการทำหน้าที่ของหัวใจ มีผลทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยง

ร่างกายหรือรับเลือดกลับเข้าสู่หัวใจได้ตามปกติ (Ishak et al., 2020; Plangklang, Matchim, & Thongthawee, 2023; Reddy et al., 2020; Savarese & Lund, 2017) แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เริ่มตั้งแต่การให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรม การดำเนินชีวิตให้ส่งเสริมสุขภาพและควบคุมโรคร่วม การใช้ยาเพื่อควบคุมอาการและอาการแสดง การใช้เครื่องช่วยการทำงานของหัวใจห้องล่าง (ventricular assist device: VAD) ทั้งห้องล่างขวาหรือห้องล่างซ้าย ไปจนถึงการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ (heart transplantation) (McDonagh et al., 2021) ซึ่งการรักษาด้วยวิธีการใช้ยา ถือว่ามีความสำคัญอย่างมาก หากผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยา จะสามารถควบคุมอาการและอาการแสดงของโรคได้ พยาบาลควรส่งเสริมและแนะนำการรับประทานยาตามแผนการรักษาให้ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง สม่ำเสมอ โดยเฉพาะในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีค่าการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายต่ำกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40 (left ventricle ejection fraction: LVEF \leq 40%)

ดังนั้น ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจึงมีความสำคัญ บทความนี้จึงนำเสนอแนวคิดความร่วมมือเกี่ยวกับการรับประทานยา ตั้งแต่การทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พยาธิสรีรวิทยา สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยและแนวทางการรักษา และมีตัวอย่างกรณีศึกษาให้ผู้อ่านได้ติดตามและนำไปประยุกต์ใช้

แนวคิดความร่วมมือเกี่ยวกับการรับประทุษานยา

ความร่วมมือเกี่ยวกับการรับประทุษานยาเป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกเกี่ยวกับการรับประทุษานยาและมีความสอดคล้องกับคำแนะนำที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ (Aremu, Oluwote, Adeyinka, & Schommer, 2022) หากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทุษานยาจะทำให้เกิดผลเสียตามมา กล่าวคืออาการของโรคอาจรุนแรงขึ้น หรือยาไม่ตอบสนองต่อการรักษา (Kvanstrom, Westerholm, Airaksinen, & Liira, 2021) ดังนั้น การดูแลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือเกี่ยวกับการรับประทุษานยาจึงมีความสำคัญ

แนวคิดความร่วมมือเกี่ยวกับการรับประทุษานยา มีนักวิชาการได้ให้นิยามหรือความหมาย ตลอดจนองค์ประกอบและเครื่องมือวัดที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับความเชื่อของนักวิชาการแต่ละท่าน แต่ที่ได้รับความนิยมและใช้กันอย่างแพร่หลาย คือ แนวคิดความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทุษานยาของฮอร์น (Home, 1997) ซึ่งฮอร์นได้พัฒนาแนวคิดความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทุษานยาที่ต่อยอดมาจากทฤษฎีสัญญะสำนึกในการกำกับตนเองด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย (The common sense model of self-regulatory of health and illness) ของ Leventhal, Diefenbach, and Leventhal (1992) ซึ่งตามแนวคิดของ Leventhal et al. (1992) และ Cameron and Leventhal (2003) ได้อธิบายถึงลักษณะการควบคุมพฤติกรรมตนเองเพื่อเป็นตัวกำหนดภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย ประกอบด้วย

1. สิ่งเร้าตามสถานการณ์ (situational stimuli) เป็นปัจจัยชักนำเหตุการณ์ไปสู่กระบวนการแก้ไขปัญหา ซึ่งมีทั้งสิ่งเร้าภายในและสิ่งเร้าภายนอก เช่น การรับรู้การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นต้น

2. การตอบสนองต่อการเจ็บป่วยด้านร่างกาย (representations of illness) เป็นการให้ความหมายต่อสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ ตามความคิด ความรู้ และความเชื่อ ตามข้อมูลที่ได้รับจากบุคคลหรือสิ่งแวดล้อม

รอบตัวหรือจากประสบการณ์ของตนเอง ประกอบด้วย 5 ด้าน (Hagger & Orbell, 2022) ได้แก่

2.1 ด้านการระบุลักษณะเฉพาะการเจ็บป่วย (identity) หมายถึง การบอกลักษณะของภาวะคุกคามอาการแสดง (symptoms) หรือ สัญลักษณ์ (labels) หรือการให้ความหมายเกี่ยวกับโรค เช่น การบอกอาการแสดงที่บ่งชี้ถึงภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นต้น

2.2 ด้านระยะเวลาของการเจ็บป่วย (timeline) หมายถึง ช่วงเวลาที่คาดหวังในการหายจากการเจ็บป่วย ระยะเวลาของการดำเนินของโรค จุดเริ่มต้นของเวลาที่ใช้ในการรักษา เวลาที่ต้องใช้สำหรับการรักษาและการควบคุม รวมถึงจุดเริ่มต้นของการเป็นโรคนจนถึงขั้นเสียชีวิต (Leelacharas & Jianvitayakij, 2016) เช่น การรับรู้ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นโรคที่สามารถคงอยู่กับผู้ป่วยได้นาน เป็นต้น

2.3 ด้านผลที่ตามมาจากความเจ็บป่วย (consequences) หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับผลกระทบของการเจ็บป่วยต่อชีวิตประจำวัน ทั้งด้านทางกายภาพและบทบาทหน้าที่ เช่น ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำงานหรือความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นต้น

2.4 ด้านสาเหตุของการเจ็บป่วย (cause) หมายถึง สาเหตุทั้งหมดที่เป็นปัจจัยภายนอกที่ทำให้เกิดโรค เช่น การติดเชื้อ อาหาร สิ่งแวดล้อมที่เป็นมลภาวะ เป็นต้น ส่วนสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยภายใน เช่น พันธุกรรม พฤติกรรมเสี่ยง เป็นต้น

2.5 ด้านการรักษาหรือควบคุมความเจ็บป่วย (control) หมายถึง การควบคุมตนเองที่สะท้อนความเชื่อว่า โรคสามารถรักษาหรือควบคุมได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยการกระทำส่วนบุคคล เช่น การรับประทุษานยา เป็นต้น

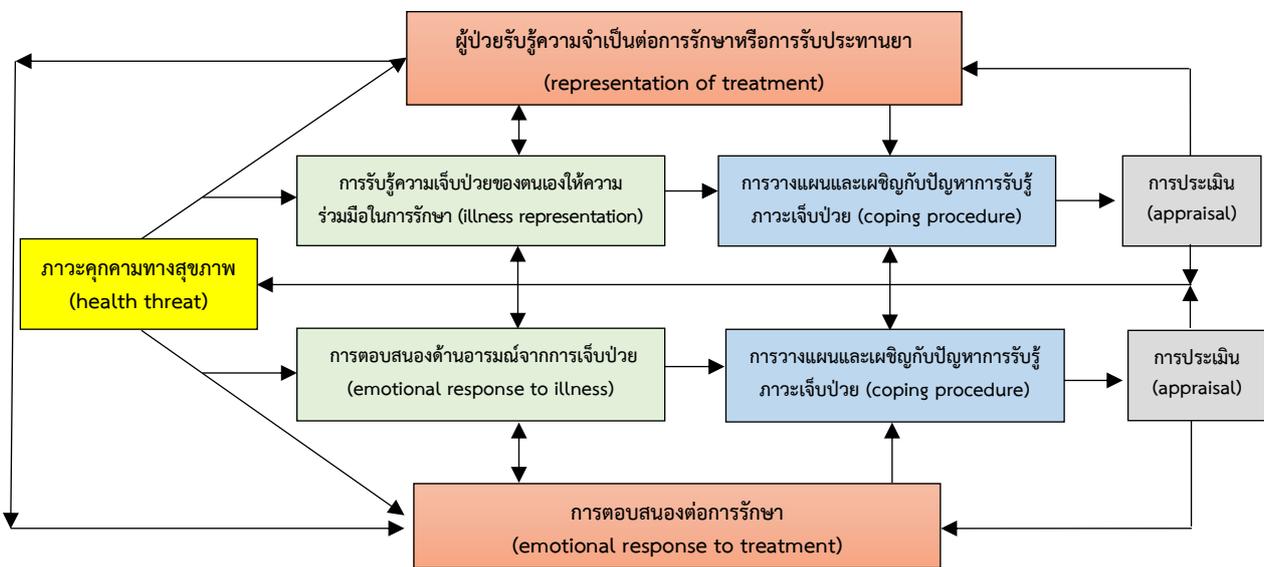
3. การตอบสนองต่อความเจ็บป่วยด้านอารมณ์ (representations of emotion) หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางด้านอารมณ์ เช่น ภาวะเครียดจากการรับรู้เกี่ยวกับการมีภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นต้น

4. วิธีการจัดการปัญหาทางสุขภาพ (coping procedure) หมายถึง วิธีการแก้ไขปัญหาทางสุขภาพที่บุคคลเผชิญทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Leventhal,

ต่อมา Home (2003) ได้อธิบายการเชื่อมโยงระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาหรือความรู้ต่อการรักษา ร่วมกับสามัญสำนึกในการกำกับตนเองด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของ Leventhal et al. (1992) โดยนำกระบวนการในการปรับตัวที่แสดงถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรับประทานยา กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยเผชิญภาวะคุกคามทางสุขภาพ ซึ่งถือว่าเป็นสถานการณ์กระตุ้นให้เกิดปัญหาสุขภาพ (stimuli) เช่น อาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากภาวะของโรค ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคิด วางแผน และเผชิญปัญหาการรับรู้ภาวะเจ็บป่วย (coping) เช่น การรับประทาน

ยาตามแผนการรักษาหรือไม่ หรือมีภาวะวิตกกังวลจนไม่สามารถนอนพักผ่อนได้ สุดท้ายจะประเมิน (appraisal) สิ่งที่ตนเองเลือกใช้ในการวางแผนและเผชิญกับปัญหานั้นว่าเหมาะสมหรือไม่ หากไม่เหมาะสมจะกลับไปพิจารณาวางแผนทางเลือกใหม่ในการรับประทานยา

ดังนั้น การเชื่อมโยงระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาหรือความรู้ต่อการรักษาของ Home (2003) กับทฤษฎีสามัญสำนึกในการกำกับตนเองด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของ Leventhal et al. (1992) จะทำให้เกิดภาพ 2



ภาพ 2 การเชื่อมโยงระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาหรือความรู้ต่อการรักษาของ Home (2003) กับทฤษฎีสามัญสำนึกในการกำกับตนเองด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของ Leventhal et al. (1992)

ภาวะหัวใจล้มเหลว

ความหมายและชนิดของภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด อาจเป็นที่ระดับโครงสร้างหรือการทำงานที่ผิดปกติ ทำให้หัวใจมีการบีบตัวหรือคลายตัวผิดปกติ ไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอ โดยแนวทางการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แบ่งชนิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามประสิทธิภาพการบีบตัว

ของหัวใจห้องล่างซ้าย (LVEF) เป็น 3 ชนิด (McDonagh et al., 2023) ได้แก่

1. Heart failure with reduced ejection fraction (HFrEF) คือ ภาวะหัวใจล้มเหลวชนิดที่มีค่าการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (LVEF) ต่ำกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40 (LVEF ≤ 40%) ร่วมกับมีอาการและ/หรืออาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว
2. Heart failure with mid-range ejection fraction (HFmEF) หรือ Borderline ejection fraction คือ ภาวะหัวใจล้มเหลวชนิดที่มีค่าการบีบตัวของหัวใจห้อง

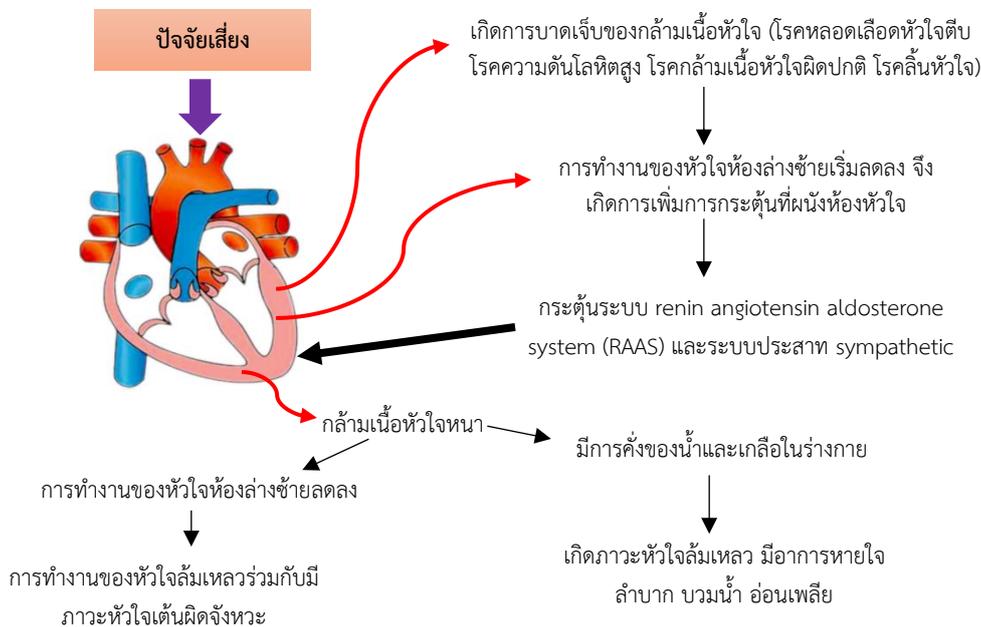
ล่างซ้ายระหว่างร้อยละ 41 – 49 (LVEF 41 – 49%) ร่วมกับการตรวจพบความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจ เช่น ขนาดของหัวใจห้องบนซ้ายเพิ่มขึ้น มีการขยายตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายมากเกินไปหรือตรวจพบการเติมเลือดสู่หัวใจห้องล่างซ้ายลดลง จะทำให้การวินิจฉัยโรคได้ชัดเจนมากขึ้น

3. Heart failure with preserved ejection fraction (HFpEF) หรือ Normal ejection fraction คือภาวะหัวใจล้มเหลวชนิดที่มีค่าการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายมากกว่าเท่ากับร้อยละ 50 (LVEF \geq 50%) ทั้งนี้อาการอาจยังไม่ปรากฏในระยะแรกของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว

พยาธิสรีรวิทยา

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะที่หัวใจเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่แยงจากปัจจัยเสี่ยงจนเกิดการทำลายกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้หัวใจมีปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที ไม่เพียงพอ(low cardiac

output) ต่อความต้องการของร่างกาย (Haynes & Henry, 2022) และร่างกายมีกระบวนการที่พยายามรักษาปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงร่างกาย โดยมีการกระตุ้นระบบประสาทและฮอร์โมน คือ ระบบประสาท Sympathetic system และ Renin angiotensin aldosterone system (RAAS) (Schwinger, 2021) ในระยะแรก หัวใจมีการบีบตัวเพิ่มมากขึ้น ทำให้ปริมาณพลาสมาที่ออกจากหัวใจเพิ่มมากขึ้น และความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นจากการหดตัวของหลอดเลือด ซึ่งในระยะนี้ผู้ป่วยจะไม่แสดงอาการหัวใจล้มเหลว แต่ในระยะยาวจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างจนถึงระดับโมเลกุลและเกิดภาวะหัวใจโต ทำให้การทำงานของหัวใจลดลงอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งผู้ป่วยเกิดอาการและอาการแสดงของหัวใจล้มเหลว หากยังไม่ได้รักษาสาเหตุหรือข้อจำกัดปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว หัวใจจะไม่สามารถกลับคืนสู่สภาวะปกติได้ (Chaimongkol, Puwanant, & Phumivadhana, 2022) สรุปได้ดังภาพ 3



ภาพ 3 พยาธิการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

สาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดได้จากความผิดปกติของหัวใจ ได้แก่ โรคที่ทำให้หัวใจทำงานหนักจากการเกิดแรงต้านการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ เช่น

โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น โรคที่เกิดจากความผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจ (myocardial disease) หลอดเลือดหัวใจ (coronary artery disease) หรือลิ้นหัวใจ (valvular

heart disease) เช่น กล้ามเนื้อหัวใจหนา โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ลิ้นหัวใจตีบหรือลิ้นหัวใจรั่ว เป็นต้น ภาวะหรือความผิดปกติที่ทำให้เลือดไหลกลับเข้าสู่หัวใจได้น้อยลง เช่น ลิ้นหัวใจตีบ (mitral stenosis) และภาวะหัวใจถูกบีบรัด (cardiac tamponade) เป็นต้น (Wongsri & Chintapanyakun, 2018) หรือจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น การติดเชื้อในร่างกาย การได้รับสารพิษต่าง ๆ อายุที่สูงขึ้นหรือไม่ทราบสาเหตุ (Park, 2021)

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มอาการ คือ 1) กลุ่มหัวใจซีกซ้ายล้มเหลว ได้แก่ ออกแรงหรือออกกำลังกายได้น้อยลง นอนราบไม่ได้ (orthopnea) หายใจหอบเหนื่อยหลังนอนหลับ (paroxysmal nocturnal dyspnea: PND) ไอและมีเสมหะเป็นฟองสีชมพู (frothy sputum) เกิดจากหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัวได้ไม่ดี เลือดในห้องหัวใจบนซ้ายเพิ่มขึ้น และเกิดแรงดันเลือดย้อนกลับไปที่ปอดส่งผลให้เกิดอาการและอาการแสดงดังกล่าว 2) กลุ่มหัวใจซีกขวาล้มเหลว เช่น ตับโต (hepatomegaly) อาการบวมกดบุ๋ม (pitting edema) มักพบบริเวณข้อเท้าหรือหน้าแข้ง ซึ่งเกิดจากการคั่งของน้ำในหลอดเลือดดำ เนื่องจากหัวใจไม่สามารถบีบเลือดไปยังปอดได้ ทำให้เลือดคั่งในหัวใจห้องขวาจึงเกิดความดันในหลอดเลือดดำเพิ่มสูงขึ้น และเลือดดำไม่สามารถไหลเข้าหัวใจห้องขวาได้ จึงเกิดการคั่งของน้ำตามอวัยวะต่าง ๆ และอาจพบหลอดเลือดดำที่คอโป่งพองจากความดันในหลอดเลือดดำเพิ่มสูงขึ้น (American Heart Association, 2023; Wongsri & Chintapanyakun, 2018)

แนวทางวินิจฉัยและการรักษา

การวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลว

การวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวพิจารณาจากปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว (Formiga et al., 2024; McDonagh et al., 2021) ร่วมกับ 1) การตรวจหาค่า B type natriuretic peptide (BNP) ≥ 35 pg/mL หรือ NT – Pro BNP ≥ 125 pg/mL บ่งชี้ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว (McDonagh et al., 2021) แต่ต้องระวังการเกิดผลบวกปลอม (false positive)

ที่อาจเกิดจากผู้ป่วยสูงอายุ ภาวะซีด ไตวาย หรือต่อมไทรอยด์เป็นพิษ เป็นต้น 2) การตรวจ Echocardiography หรือการตรวจ Ultrasound ดูการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้าย (LVEF) เพื่อแบ่งชนิดภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งแนวทางการรักษาในปัจจุบันแยกตามระดับ LVEF เป็นหลัก (Heidenreich et al., 2022) 3) การตรวจพบคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiogram: ECG) เพื่อหาความผิดปกติของหัวใจ 4) การถ่ายภาพรังสีทรวงอก (chest x-ray: CXR) เพื่อประเมินภาวะน้ำคั่งในปอด (pulmonary congestion) (McDonagh et al., 2021)

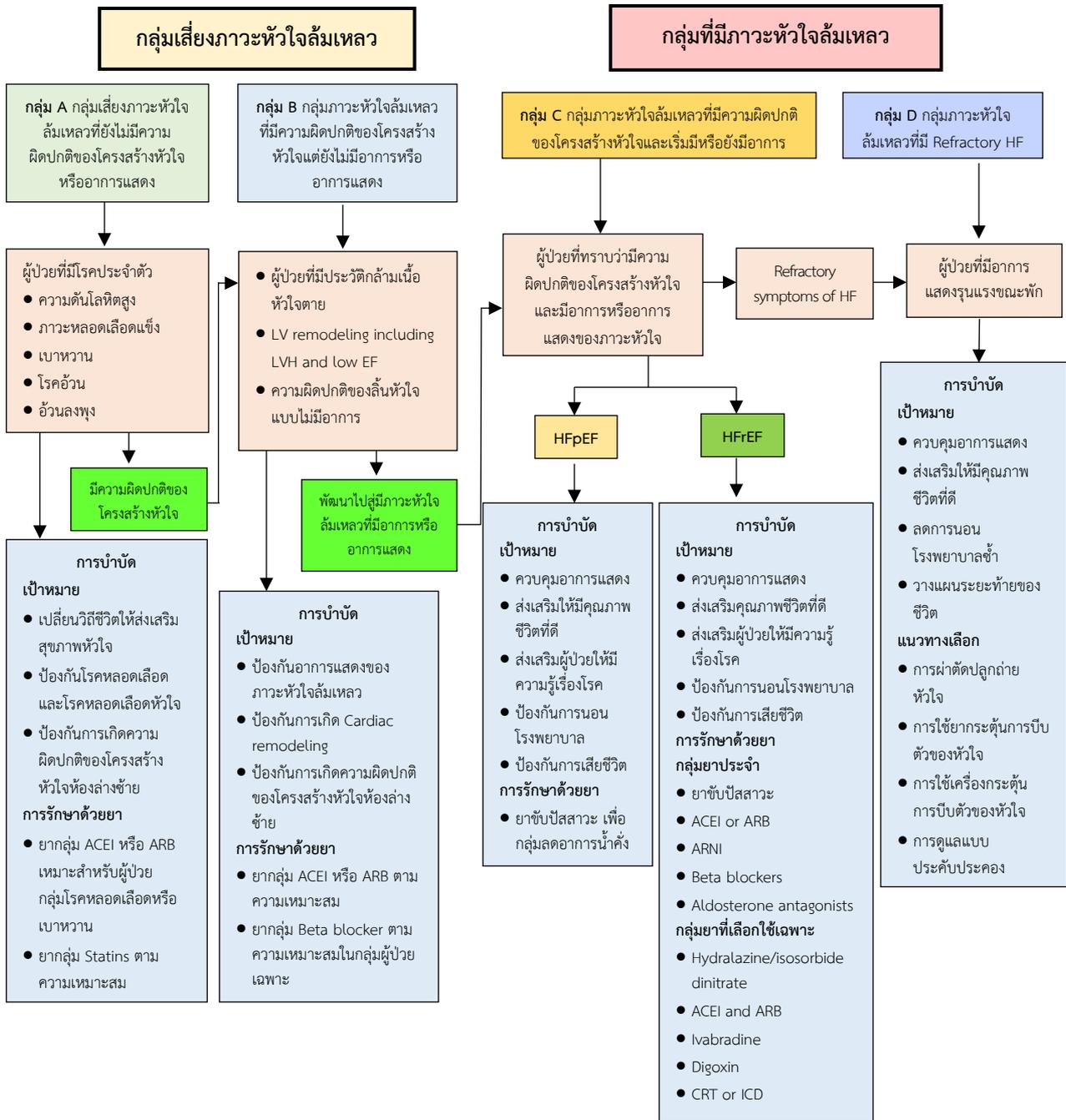
แนวทางการรักษา

1. การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวชนิด HF rEF เน้นการรักษาด้วยยาเป็นหลัก มีวัตถุประสงค์เพื่อชะลอการดำเนินโรค ป้องกันการกลับเข้ามารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ และลดอัตราการเสียชีวิต การรักษาที่ให้ผลดีจะใช้ยาร่วมกันหลายชนิด (Tromp et al., 2022) โดยจะเริ่มที่ละขั้นตอน ขั้นแรก การใช้ยา 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม Angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEIs) หรือกลุ่ม Angiotensin II receptor blockers (ARBs) กลุ่ม Beta-blocker กลุ่ม Aldosterone antagonist กลุ่ม Sodium-glucose cotransporter type 2 (SGLT2) inhibitor (Bauersachs et al., 2022; Heidenreich et al., 2022) ร่วมกับยาขับปัสสาวะ (Diuretic) หากใช้และปรับยาตามแนวเวชปฏิบัติอย่างเหมาะสมแต่ยังไม่สามารถควบคุมอาการได้ ขั้นที่สอง เมื่อรักษาด้วยกลุ่มยา 4 กลุ่มแรกไม่ได้ผล ต้องเพิ่มการใช้ยาที่สอง คือ angiotensin receptor neprilysin inhibitor (ARNI) ยา Ivabradine และการรักษาด้วยเครื่องกระตุ้นไฟฟ้า (Cardiac Resynchronization Therapy: CRT) และ ขั้นที่สาม คือ การใช้ยา Digoxin ยา Hydralazine และ Isosorbide dinitrate หรือการใช้อุปกรณ์ช่วยการไหลเวียนหรือปลูกถ่ายหัวใจ

2. ภาวะหัวใจล้มเหลวชนิด HF mEF และ HF pEF ปัจจุบันยังไม่มีแนวทางการรักษาที่เป็นแบบแผนชัดเจน จึงมุ่งเน้นการควบคุมอาการและอาการแสดงควบคุมปริมาณน้ำและเกลือในร่างกาย พิจารณาใช้ยาขับปัสสาวะเพื่อบรรเทาอาการ ร่วมกับการรักษาโรคร่วมเป็นหลัก นอกจากนี้แล้ว การให้ความรู้ในการปฏิบัติตน

แก่ผู้ป่วยจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตที่ดี ป้องกันการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ

และป้องกันการเสียชีวิต (American Heart Association, 2022) สามารถสรุปได้ดังภาพ 4



ภาพ 4 แนวทางการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจำแนกตามการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (LVEF) (American Heart Association, 2023)

หลักการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

1. การรับประทายตามแผนการรักษา

การใช้ยาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ควรเริ่มยาในขนาดที่ต่ำเพื่อให้ร่างกายเกิดการปรับตัวกับยาที่รับประทานได้ นอกจากนี้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการประเมินอาการและอาการแสดงภายหลังจากการรักษาด้วยยาชนิดรับประทาน ซึ่งผู้ป่วยอาจมีอาการเวียนศีรษะ (dizziness) หน้ามืด วูบชั่วขณะ (syncope) (Chaimongkol et al., 2022) เนื่องจากยาบางชนิดมีผลข้างเคียงทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำ อาจมีหัวใจเต้นช้า อ่อนเพลียไม่ค่อยมีแรง หรือรู้สึกหุดหุดได้ พยาบาลควรให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยจับชีพจรใน 1 นาทีและวัดความดันโลหิตก่อนรับประทานยา หากได้ค่าที่ต่ำกว่าเกณฑ์ที่แพทย์กำหนดร่วมกับมีเวียนศีรษะ หน้ามืด วูบชั่วขณะ ให้งดรับประทานยามี้อันนั้น ๆ ตามแผนการรักษา รวมทั้งจัดบันทึกเพื่อรายงานให้แพทย์ทราบถึงปัญหาและไม่ควรหยุดรับประทานยาระยะยาวด้วยตัวเอง แต่หากผู้ป่วยปรับตัวกับการรับประทานยาได้ดี แพทย์จะปรับขนาดยาไปเรื่อย ๆ ในทุก ๆ 2 สัปดาห์ถึง 1 เดือน จนได้ขนาดยาสูงสุดเท่าที่ผู้ป่วยสามารถทนได้เพื่อให้ได้ขนาดยาที่มีประสิทธิภาพดีที่สุดในการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว (Chunharas, Yingchoncharoen, & Kunjara Na Ayudhya, 2019)

2. การรับรู้และจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น

ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้และให้ความร่วมมือต่อการรักษาตลอดจนสามารถประเมินและการจัดการกับอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวที่เปลี่ยนแปลงหรือผิดปกติได้ด้วยตนเอง รู้แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ สามารถสื่อสารและปรึกษากับทีมสุขภาพได้ พยาบาลควรให้คำแนะนำการสังเกตอาการว่า ตนเองมีอาการดีขึ้นหรือคงที่อยู่ในเกณฑ์ปลอดภัย มีอาการเปลี่ยนแปลงที่ต้องเฝ้าระวังหรือมีอาการรุนแรงที่มีความเสี่ยงต่ออันตรายและต้องมาโรงพยาบาลเร่งด่วนหรือไม่ และต้องจัดการกับอาการเหล่านั้นอย่างไร (Jaarsma et al., 2021) ดังต่อไปนี้

- กลุ่มอาการของผู้ป่วยปกติ คือ ไม่เหนื่อย น้ำหนักตัวคงที่ ขาหรือท้องไม่บวม ไม่มีอาการผิดปกติเพิ่ม เช่น วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด หรือหัวใจเต้นเร็วแรง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมได้ตามปกติ ดูแลตนเองให้ดีเช่นเดิม ชั่งน้ำหนักทุกวัน รับประทานยาต่อเนื่องตามแพทย์สั่งเช่นเดิม และมาตรวจตามนัดตามวันเวลาเดิมกลุ่มอาการที่ต้องเฝ้าระวัง คือ หายใจลำบากขึ้น เหนื่อยมากขึ้นกว่าเดิมหรือเหนื่อยเมื่อนอนราบ หรือมีตื่นตอนกลางคืนเพราะเหนื่อย ขาหรือท้องบวมมากขึ้น มีอาการผิดปกติทางหัวใจเกิดขึ้น เช่น หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น น้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วประมาณ 2 กิโลกรัม ภายใน 2 - 3 วัน จึงต้องแนะนำให้ผู้ป่วยชั่งน้ำหนักทุกวัน ลดปริมาณเกลือที่บริโภค ลดปริมาณน้ำและของเหลว และรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง หากอาการไม่ดีขึ้นภายใน 1 - 2 วัน และมีระบบสุขภาพที่มสุขภาพให้โทรศัพท์รายงานอาการกับพยาบาลประจำคลินิก เนื่องจากมีผู้ป่วยที่ต้องเข้ามารับการตรวจเลือดหรือได้รับยาบางอย่างเพิ่มเติมเพื่อควบคุมการดำเนินของโรค

- กลุ่มอาการรุนแรงและจำเป็นต้องรับมาโรงพยาบาล คือ เหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ หายใจไม่สะดวกแม้ในขณะที่พัก เจ็บหน้าอก หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 140 ครั้ง/นาที รู้สึกเหมือนจะหมดสติ แนะนำให้ผู้ป่วยขอความช่วยเหลือหากมีระบบสุขภาพที่มสุขภาพให้โทรศัพท์รายงานพยาบาลประจำคลินิกและรับมาโรงพยาบาลทันที หากไม่มีระบบสุขภาพที่มสุขภาพให้ไปโรงพยาบาลใกล้บ้านหรือห้องฉุกเฉินทันทีหรือโทรติดต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่หมายเลขโทรศัพท์ 1669

3. การควบคุมอาหารและปริมาณน้ำที่เหมาะสม

ผู้ป่วยจำเป็นต้องปรับพฤติกรรมชีวิตประจำวันเพื่อลดภาวะน้ำคั่งในร่างกาย และพยาบาลควรให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยควบคุมการบริโภคน้ำและให้ผู้ป่วยจัดหาเหยือกตวงน้ำที่สามารถระบุปริมาณเป็นมิลลิลิตรอยู่ข้างเหยือก ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ควรบริโภคน้ำไม่เกิน 1.5 ลิตรต่อวัน และแนะนำผู้ป่วยในการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียม โดยทั่วไปแนะนำการบริโภค

เกลือโซเดียมไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน (Sharma & Goswami, 2024) ให้ผู้ป่วยชั่งน้ำหนักเวลาเดิมทุกเช้า ก่อนรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำ และหลังเข้าห้องน้ำ ถ่ายปัสสาวะและอุจจาระให้เรียบร้อย โดยใช้เครื่องชั่งน้ำหนักเครื่องเดียวกันเป็นประจำและควรเป็นเครื่องชั่งน้ำหนักที่อ่านค่าได้อัตโนมัติเพื่อความสะดวก ในการอ่านตัวเลขและจดบันทึก (Chaimongkol et al., 2022)

4. การทำกิจกรรมและการพักผ่อนที่เหมาะสม

พยาบาลควรแนะนำให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพออย่างน้อย 8 - 10 ชั่วโมง/วัน ออกกำลังกายอย่างเหมาะสมเพื่อฟื้นฟูหัวใจและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้ภายใต้ข้อจำกัดของโรค ซึ่งการเดินบนพื้นราบเป็นการออกกำลังกายที่ง่ายที่สุดที่ผู้ป่วยทำเองได้ที่บ้าน การออกกำลังกายควรมีระยะเตรียมก่อนออกกำลังกาย (warm up) ระยะออกกำลังกาย (exercise) และระยะก่อนสิ้นสุดการออกกำลังกาย (cool down) เพื่อให้ร่างกายปรับตัวได้ (Chaimongkol et al., 2022) และลดปัจจัยเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติด เนื่องจากสารเสพติดทุกชนิดส่งผลเสียต่อร่างกาย เป็นต้น สำหรับการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์ หากผู้ป่วยสามารถเดินขึ้นบันได 2 ชั้นได้โดยไม่หอบเหนื่อย สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ (Wongsri & Chintapanyakun, 2018)

5. การดูแลตนเองด้านจิตสังคม

สนับสนุนให้ผู้ป่วยฝึกควบคุมสภาวะทางอารมณ์และการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสมด้วยวิธีการต่าง ๆ รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจยอมรับและปรับตัวกับภาวะเจ็บป่วยของตนเองแนะนำให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ผ่อนคลายความเครียด เช่น ฟังเพลงหรือสวดมนต์ตามความชอบ เป็นต้น โดยเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วม สอนการใช้เทคนิคการควบคุมการหายใจเพื่อการผ่อนคลาย วันละประมาณ 15 - 20 นาที โดยแนะนำให้ผู้ป่วยอยู่ในสถานที่เงียบสงบ ทำการควบคุมการหายใจโดยการหายใจเข้า - ออก และ ลึก ๆ ช้า ๆ ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อหรือการจินตนาการถึงสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย (Chaimongkol et al., 2022)

ดังนั้น พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจำเป็นต้องรู้หลักการพยาบาลที่สำคัญ คือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษา การให้ผู้ป่วยรับรู้และจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ การควบคุมอาหารและปริมาณน้ำที่เหมาะสม การทำกิจกรรมและการพักผ่อนที่เหมาะสม รวมถึงการสนับสนุนด้านจิตสังคมด้วย และเพื่อให้ผู้อ่านเกิดเข้าใจ สามารถบูรณาการองค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว หลักการพยาบาลกับการประยุกต์ใช้แนวคิดความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาของ Horne (1997) ไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้เขียนจึงได้นำเสนอตัวอย่างกรณีศึกษาประกอบการเรียนรู้และการทำความเข้าใจ

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 92 ปี สถานภาพสมรส จบการศึกษาระดับอนุปริญญา ปัจจุบันเป็นราชการบำนาญ มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง และหัวใจล้มเหลว ผลการตรวจ Echocardiography พบมีค่า LVEF 40% ยาที่รับประทานเป็นประจำ คือ Losartan (50 mg) 1 เม็ด เช้า, Carvedilol (6.25) 1 เม็ด เช้าและเย็น, Spironolactone (25) 1 เม็ด เช้า, Empagliflozin (10) 1 เม็ด เช้า และ Furosemide (40) 1 เม็ด เช้าและเที่ยง นอกจากนี้ ผู้ป่วยเคยเข้าพักรักษาตัวด้วยภาวะน้ำเกินช่วง 3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ได้รับยาขับปัสสาวะชนิดฉีดเข้าหลอดเลือดดำ หลังจากอาการเหนื่อยลดลง ผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หลังจากนั้น ผู้ป่วยมีอาการขาบวม น้ำหนักเพิ่มขึ้น 1 กิโลกรัม/วัน

3 วันต่อมา เริ่มมีอาการเหนื่อย กระสับกระส่าย นอนราบไม่ได้ ญาติจึงนำส่งหน่วยฉุกเฉินโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ประเมินสัญญาณชีพพบอัตราการหายใจ (respiratory rate: RR) 28 ครั้ง/นาที ค่าการอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (O₂ saturation: SpO₂) 80% อัตราการเต้นของหัวใจ (heart rate: HR) 98 ครั้ง/นาที ค่าความดันโลหิต (blood pressure: BP) 100/60 (73) มิลลิเมตรปรอท แพทย์ซักประวัติ ตรวจร่างกาย และให้การรักษาโดยใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดแรงดันบวก

แบบสองระดับ (bilevel positive airway pressure: BiPAP) ให้ยาขับปัสสาวะชนิดฉีดเข้าหลอดเลือดดำ จนอาการเหนื่อยลดลง ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจและหายใจเองได้ หลังจากนั้นได้ย้ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วยพิเศษเพื่อพักผ่อนและเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย

ข้อมูลจากการซักประวัติ ผู้ป่วยมีบุตรสาว 7 คน บุตรสาวคนที่ 3 เป็นผู้ดูแลหลัก บุตรสาวบอกว่าผู้ป่วยเป็นคนมีความมั่นใจในตนเอง ค่อนข้างดี เอาแต่ใจ ทะเลาะกับบุตรบ่อยครั้ง พฤติกรรมการดำเนินชีวิตแต่เดิมช่วยเหลือตนเองได้ (New York Heart Association Classification: NYHA class 1 - 2) จัดยารับประทานเองได้ ไม่ได้ออกกำลังกายเนื่องจากกลัวเหนื่อย ชอบไปวัดทำบุญ ช่วงหลัง ๆ มีอาการเวียนศีรษะบ่อยจึงไม่ยอมออกจากบ้าน ชอบรับประทานอาหารรสเค็ม เช่น กาน้ำฉ่าย เป็นต้น กระจายน้ำบ่อย ไม่ได้ควบคุมปริมาณน้ำดื่มต่อวัน ไม่ได้ชั่งน้ำหนักทุกวัน ยกเว้นช่วงมีอาการเหนื่อยหรือบวม ผู้ป่วยบอกว่า “หมอให้ยาเยอะแยะไปหมด กินยาหัวใจแล้วทำให้ไม่สบาย ต้องลุกไปปัสสาวะ

บ่อย ๆ และมีหลายครั้งที่เวียนศีรษะหน้ามืด เลยหยุดกินยาเอง” นอกจากนี้ กลางคืนผู้ป่วยนอนไม่หลับ การมีอาการกำเริบในครั้งนี้ ผู้ป่วยคิดว่าเกิดจากการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ เวลามีอาการไม่ยอมบอกลูกเพราะไม่ชอบไปโรงพยาบาล หลังออกมาจากหอผู้ป่วยวิกฤต รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระ ช่วยเหลือตนเองได้น้อย หงุดหงิดที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่ต้องการเป็นภาระของใครและไม่ชอบให้ใครมาบังคับ สังเกตขณะอยู่หอผู้ป่วยพิเศษ ผู้ป่วยปฏิเสธการรับประทานยาขับปัสสาวะเนื่องจากหายเหนื่อยแล้ว คิดว่าแพทย์ให้ยาเกินความจำเป็นและกลัวว่าจะมีผลต่อการทำงานของไต เมื่อได้ข้อมูลจากการสังเกตและการสัมภาษณ์ผู้ป่วย/ญาติ พบว่าผู้ป่วยมีความพร้อมในการควบคุมอาหารและน้ำให้เหมาะสม การรับประทานยาตามแผนการรักษา การรับรู้และการจัดการกับอาการผิดปกติ การทำกิจกรรมและการพักผ่อนที่เหมาะสม ตลอดจนการดูแลตนเองทางด้านจิตใจ กิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยรายนี้ตามกรอบแนวคิดของ Horne (1997, 2003) จึงมีลักษณะดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ตามกรอบแนวคิดของ Horne (1997, 2003)

การประเมิน	การวางแผนพยาบาล	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผล
1. การรับประทานยาตามแผนการรักษา			
<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญและความจำเป็นของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง - ผู้ป่วยคิดว่ายาทำให้เกิดอาการไม่สบาย เวียนศีรษะ จึงไม่ยอมรับประทานยา - ผู้ป่วยเชื่อว่าแพทย์ให้ยามากเกินความจำเป็น - ผู้ป่วยเชื่อว่ายาขับปัสสาวะอาจส่งผลอันตรายต่อไตจึงไม่ยอมรับประทานยา 	<p>ให้ความรู้ด้วยวิธี</p> <ul style="list-style-type: none"> - การแนะนำ - การสอน - การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรับประทานยาของตนเอง 	<ul style="list-style-type: none"> - ทำให้ผู้ป่วยเชื่อว่ายามีความสำคัญ การรับประทานยาถูกต้องตรงตามแผนการรักษาจะทำให้ควบคุมอาการของโรค และลดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะหัวใจล้มเหลว - สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการป้องกันการใช้ยา เช่น สอนนับซีฟเจอร์ตนเองก่อนรับประทานยา การเปลี่ยนอิริยาบถช้า ๆ เป็นต้น - เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและมีส่วนร่วมในการวางแผนการใช้ยาและทวนสอบยาที่ผู้ป่วยใช้ร่วมกับทีมสุขภาพเพื่อลดความวิตกกังวล 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยรับประทานยาถูกต้อง ครบถ้วนตรงตามแผนการรักษา - ผู้ป่วยสามารถนับซีฟเจอร์ก่อนรับประทานยาได้ถูกต้อง และไม่เกิดการหกล้มจากอาการวูบหลังรับประทานยา - ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการใช้ยาและคลายความกังวล

การประเมิน	การวางแผนพยาบาล	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผล
2. การรับรู้และการจัดการอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น			
ผู้ป่วยมีการรับรู้ความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายที่ไม่ถูกต้อง เช่น ไม่รู้ว่ามีอาการชาวม น้ำหนักขึ้น 1 กิโลกรัม/วัน เป็นกลุ่มอาการผิดปกติของภาวะหัวใจล้มเหลว	ให้ความรู้ด้วยวิธี - การแนะนำ - การสอน - คู่มือการดูแลตนเอง	- ประเมินอาการและอาการแสดงที่ครอบคลุมทั้งภาวะหัวใจล้มเหลวและโรคประจำตัวอื่น ๆ ของผู้ป่วย - สอนโดยใช้สื่อการสอน เช่น แผ่นพับให้ความรู้ คลิปวีดิทัศน์เกี่ยวกับอาการผิดปกติ เช่น วิธีการประเมินอาการบวมที่หลังเท้า ข้อเท้าและหน้าแข้ง เป็นต้น และจัดการกับอาการผิดปกติ เช่น รับประทานยาตามแผนการรักษาที่ได้วางแผนไว้กับแพทย์หรือพยาบาล	- ผู้ป่วยสามารถประเมินอาการผิดปกติและจัดการกับอาการผิดปกติด้วยตนเองได้ - รู้จักวิธีการติดต่อแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือสามารถสื่อสารและปรึกษากับทีมสุขภาพได้
3. การควบคุมอาหารและปริมาณน้ำที่เหมาะสม			
ผู้ป่วยไม่ได้ควบคุมปริมาณน้ำดื่ม ชอบรับประทานอาหารรสเค็ม และไม่ได้ชั่งน้ำหนักเป็นประจำ	ให้ความรู้ด้วยวิธี - การแนะนำ - การสอน	- ให้ความรู้กับผู้ป่วยเกี่ยวกับชนิดของอาหารที่สามารถรับประทานได้และอาหารชนิดใดที่ควรหลีกเลี่ยง - บอกความจำเป็นถึงการควบคุมปริมาณน้ำในร่างกายให้เหมาะสมเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน	- ผู้ป่วยบอกวิธีการควบคุมปริมาณน้ำและบอกชนิดของอาหารที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ถูกต้อง - น้ำหนักคงที่ ไม่พบอาการบวมบริเวณขา หน้าท้อง ข้อเท้าและหลังเท้า
4. การทำกิจกรรมและการพักผ่อนที่เหมาะสม			
ผู้ป่วยไม่ได้ออกกำลังกายเนื่องจากกลัวเหนื่อย และกลางคืนนอนไม่ค่อยหลับ	ให้ความรู้ด้วยวิธี - การแนะนำ - การสอนและสาธิต	- แนะนำกิจกรรมที่เหมาะสมและวิธีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ - สอนและสาธิตกิจกรรมและการออกกำลังกายที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย	- ผู้ป่วยสามารถบอกและปฏิบัติตามกิจกรรมและการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม ไม่เหนื่อยและพักผ่อนได้อย่างเพียงพอไม่เกิดการง่วงระหว่างวัน
5. การดูแลตนเองด้านจิตสังคม			
ผู้ป่วยรู้สึกมีความวิตกกังวล คิดว่าตนเองเป็นภาระ ทะเลาะกับบุตรบ่อยครั้ง การทำกิจกรรมทางสังคมทำได้ลดลง และกลางคืนนอนไม่ค่อยหลับ	- หากิจกรรมทดแทน - เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วม - ให้คำแนะนำ	- ประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจและความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย - การเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เป็นตัวกลางให้ผู้ป่วยและญาติได้เปิดใจพูดคุยและแก้ปัญหาพร้อมกัน - ให้ข้อมูลและแนะนำแหล่งประโยชน์ตามผู้ป่วยและญาติต้องการ - แนะนำวิธีการ กิจกรรมที่ผ่อนคลายจิตใจตามความชอบของผู้ป่วย เช่น ทำสมาธิ ฟังบทสวดมนต์ เป็นต้น - เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมทางศาสนา เช่น นิมนต์พระสงฆ์มา ให้ผู้ป่วยทำบุญตักบาตรในห้องพักผู้ป่วย	- ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดี - ผู้ป่วยมีความกังวลลดลง นอนหลับได้ดีขึ้น - ได้ทำกิจกรรมทางสังคมที่ผู้ป่วยต้องการ และมีความสุขทางจิตวิญญาณ

สรุป

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการและอาการแสดงที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง ต่อเนื่อง ร่วมกับการปฏิบัติตนอย่างเหมาะสมของผู้ป่วย สามารถควบคุมอาการและอาการแสดง รวมถึงการดำเนินของโรคได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้น พยาบาลควรส่งเสริมและแนะนำการรับประทานยาตามแผนการรักษาให้ผู้ป่วยมีความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา โดยเฉพาะผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวชนิด LVEF \leq 40% พยาบาลมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษา โดยให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับชนิดของยา ขนาดยา ประสิทธิภาพของยา ความสำคัญและความจำเป็นในการใช้ยา ผลข้างเคียงของยา และทบทวนรายการยาทั้งหมดของผู้ป่วย ร่วมกับแพทย์ เภสัชกร และผู้ป่วยหรือครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และปรับเปลี่ยนความเชื่อต่อการรับประทานยาที่ถูกต้อง ลดความวิตกกังวลต่อการรับประทานยาและให้ความร่วมมือในการรับประทานยาที่สอดคล้องตรงตามแผนการรักษา

เอกสารอ้างอิง

American Heart Association. (2022). *Heart failure guidelines toolkit*. Retrieved from <https://www.heart.org/en/health-topics/heart-failure/heart-failure-tools-resources/heart-failure-guidelines-toolkit>

American Heart Association. (2023). *Heart failure signs and symptoms*. Retrieved from <https://www.heart.org/en/health-topics/heart-failure/warning-signs-of-heart-failure>

Aremu, T. O., Oluwole, O. E., Adeyinka, K. O., & Schommer, J. C. (2022). Medication adherence and compliance: Recipe for improving patient outcomes. *Pharmacy, 10*(5), 106.

Bauersachs, J., de Boer, R. A., Lindenfeld, J., & Bozkurt, B. (2022). The year in cardiovascular medicine 2021: Heart failure and cardiomyopathies. *European Heart Journal, 43*(5), 367-376. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab887>

Cameron, L., & Leventhal, H. (2003). *The self-regulation of health and illness behaviour*. London: Routledge.

Chaimongkol, O., Puwanant, S., & Phumivadhana, S. (2022). Nurses's role in caring for patients with heart failure at ambulatory care. *Vajira Nursing Journal, 24*(1), 75-95.

Chunharas, C., Yingchoncharoen, T., & Kunjara Na Ayudhya, R. (2019). *Heart Failure Council of Thailand (HFCT) 2019 Heart Failure Guideline*. Samut Prakan: Nextstep D-sign limited partnership.

Formiga, F., Nuñez, J., Castillo Moraga, M. J., Cobo Marcos, M., Egocheaga, M. I., Garcia-Prieto, C. F., . . . Fernández Rodríguez, J. M. (2024). Diagnosis of heart failure with preserved ejection fraction: A systematic narrative review of the evidence. *Heart Failure Reviews, 29*(1), 179-189.

Hagger, M. S., & Orbell, S. (2022). The common sense model of illness self-regulation: A conceptual review and proposed extended model. *Health Psychology Review, 16*(3), 347-377.

Haynes, A., & Henry, P. (2022). Cardiovascular disorders. In L. D. Urden, K. M. Stacy, & M. E. Lough, *Critical care nursing: Diagnosis and management* (9th ed.) (pp.298-368). Canada: Elsevier.

Health Data Center Ministry of Public Health Thailand. (2024). *Cause of death 2024*. Retrieved from https://hdc.service.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/opd10_sex.php&cat_id=491672679818600345dc1833920051b2&id=8881445af732eb166fa2470ba5046956#

Heidenreich, P. A., Bozkurt, B., Aguilar, D., Allen, L. A., Byun, J. J., Colvin, M. M., . . . Yancy, C. W. (2022). 2022 AHA/ACC/HFSA guideline for the management of heart failure: A report of the American college of cardiology/American Heart Association joint committee on clinical practice guidelines. *Circulation, 145*(18), 895-1032.

Horne, R. (1997). Representations of medication and treatment: Advances in theory and measurement. *Perceptions of Health and Illness, 155-188*.

Horne, R. (2003). Treatment perceptions and self regulation. In L. D. Cameron & H. Leventhal (Eds.), *The self regulation of health and illness behaviour* (pp. 138-153). London: Routledge.

Ishak, W. W., Edwards, G., Herrera, N., Lin, T., Hren, K., Peterson, M., . . . Hamilton, M. (2020). Depression in heart failure: A systematic review. *Innovations in Clinical Neuroscience, 17*(4-6), 27-38.

Jaarsma, T., Hill, L., Bayes-Genis, A., La Rocca, H. B., Castiello, T., Čelutkienė, . . . Strömberg, A. (2021). Self-care of heart failure patients: Practical management recommendations from The Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *European Journal of Heart Failure, 23*(1), 157-174.

Kvarnstrom, K., Westerholm, A., Airaksinen, M., & Liira, H. (2021). Factors contributing to medication adherence in

- patients with a chronic condition: A scoping review of qualitative research. *Pharmaceutics*, 13(7), 1100.
- Leungsomnana, Y., Leungsomnana, S., Promproh, S., Thasirasawad, P., Keawchaum, R., & Suworawatanakul, W. (2014). Confirmatory factor analysis of beliefs about medicine questionnaire in Thai version. *The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center*, 31(4), 297-310.
- Leelacharas, S., & Jianvitayakij, S. (2016). Utilization of the commonsense model of illness representations with caring and advice for patients with asthma. *Journal of Public Health Nursing*, 29(3), 137-152.
- Leventhal, H., Diefenbach, M., & Leventhal, E. A. (1992). Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 143-163.
- Leventhal, H., Leventhal, E. A., & Cameron, L. (2001). Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: A perceptual-cognitive model. In A. Baum, T. A. Revensom & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 19-47). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- McDonagh, T. A., Metra, M., Adamo, M., Gardner, R. S., Baumbach, A., Böhm, M., . . . Skibelund, A. K. (2021). 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*, 42(36), 3599-3726.
- McDonagh, T. A., Metra, M., Adamo, M., Gardner, R. S., Baumbach, A., Böhm, M., . . . Group, E. S. C. S. D. (2023). 2023 Focused update of the 2021 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the task force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Heart Journal*, 44(37), 3627-3639.
- Park, J. J. (2021). Epidemiology, pathophysiology, diagnosis and treatment of heart failure in diabetes. *Diabetes & Metabolism Journal*, 45(5), 796.
- Plangklang, A., Matchim, Y., & Thongthawee, B. (2023). Symptom experiences in patients with heart failure. *The Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 38(04), 373-386.
- Reddy, Y. N., Rikhi, A., Obokata, M., Shah, S. J., Lewis, G. D., AbouEzzedine, O. F., . . . Stevenson, L. W. (2020). Quality of life in heart failure with preserved ejection fraction: Importance of obesity, functional capacity, and physical inactivity. *European Journal of Heart Failure*, 22(6), 1009-1018.
- Alsulymani, A., Ashram, W., Alghamdi, A., Hafiz, H. W., Ghunaim, A. M., Aljehani, B., . . . Alzahrani, G. (2023). Risk factors for readmission in heart failure within 90 days. *Cureus*, 15(12), e50236.
- Savarese, G., & Lund, L. H. (2017). Global public health burden of heart failure. *Cardiac Failure Review*, 3(1), 7-11.
- Schwinger, R. H. G. (2021). Pathophysiology of heart failure. *Cardiovascular Diagnosis and Therapy*, 11(1), 263-276.
- Sharma, S., & Goswami, R. (2024). Fluid and salt balance are things we often overlook: Could our understanding of fluid dynamics change how we tackle heart failure? *Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality & Outcomes*, 8(2), 184-187.
- Stretti, L., Zippo, D., Coats, A. J. S., Anker, M. S., von Haehling, S., Metra, M., . . . Tomasoni, D. (2021). A year in heart failure: An update of recent findings. *ESC Heart Failure*, 8(6), 4370-4393.
- Tromp, J., Ouwerkerk, W., van Veldhuisen Dirk, J., Hillege Hans, L., Richards, A. M., van der Meer, P., . . . Voors Adriaan, A. (2022). A systematic review and network meta-analysis of pharmacological treatment of heart failure with reduced ejection fraction. *JACC: Heart Failure*, 10(2), 73-84.
- Tsao, C. W., Aday, A. W., Almarzooq, Z. I., Anderson, C. A. M., Arora, P., Avery, C. L., . . . Subcommittee, S. S. (2023). Heart disease and stroke statistics-2023 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 147(8), e93-e621.
- Wongsri, P., & Chintapanyakun, T. (2018). Utilization of Orem's theory with caring and advice for patients with heart failure. *Journal of The Police Nurses*, 10(1), 209-219.