วารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
Journal of The Police Nurses and Health Science
JPNHS

ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว : แนวคิดและการนำไปใช้สำหรับพยาบาล

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

สุพัตรา ไชยพลบาล[1] ศศิกานต์ พงศ์เตรียง[1,*] จุฑาทิพย์ ช้างโต[1] ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล[1]
Supattra Chaiponbal Sasikan Pongtriang Jutatip Changto Teepatad Chintapanyakun
[1]ฝ่ายการพยาบาล 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 ตามแนวคิดของฮอร์น ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา ประกอบด้วย 2 ความเชื่อหลัก คือ 1) ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาแบบจำเพาะ ประกอบด้วย ความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยา ซึ่งเป็นความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นและประสิทธิภาพของยา และความเชื่อเฉพาะด้านความกังวลจากการรับประทานยาซึ่งเป็นความกังวลเกี่ยวกับผลกระทบที่เป็นอันตรายของยา และ 2) ความเชื่อแบบทั่วไป ประกอบด้วย ความเชื่อทั่วไปด้านการใช้ยามากเกินไป ซึ่งเป็นความเชื่อว่ายาโดยทั่วไปนั้น ถูกใช้มากเกินไปจากแผนการรักษาของแพทย์ และความเชื่อทั่วไปด้านอันตรายจากการรับประทานยา ทั้งนี้ การรับประทานยาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากช่วยควบคุมอาการและอาการแสดง และความรุนแรงของโรค หากผู้ป่วยมีความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาร่วมกับการกำกับตนเองด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย จะสามารถดูแลตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ดังนั้น บทบาทของพยาบาลที่สำคัญ คือ การส่งเสริมความรู้เรื่องโรค ความจำเป็นต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม

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

อุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศสหรัฐอเมริกามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี 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) และภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการกลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Alsulymani et al., 2023)

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด ความผิดปกติจากโครงสร้างหรือจากการทำหน้าที่ของหัวใจ มีผลทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายหรือรับเลือดกลับเข้าสู่หัวใจได้ตามปกติ (Ishak et al., 2020; Plangklang, Matchim, & Thongthawee, 2023; Reddy et al., 2020; Savarese & Lund, 2017) แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เริ่มตั้งแต่การให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตให้ส่งเสริมสุขภาพและควบคุมโรคร่วม การใช้ยาเพื่อควบคุมอาการและอาการแสดง การใช้เครื่องช่วยการทำงานของหัวใจห้องล่าง (ventricular assist device: VAD) ทั้งห้องล่างขวาหรือห้องล่างซ้าย ไปจนถึงการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ (heart transplantation) (McDonagh et al., 2021) ซึ่งการรักษาด้วยวิธีการใช้ยา ถือว่ามีความสำคัญอย่างมาก หากผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยาจะสามารถควบคุมอาการและอาการแสดงของโรคได้ พยาบาลควรส่งเสริมและแนะนำการรับประทานยาตามแผนการรักษาให้ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง สม่ำเสมอ โดยเฉพาะในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีค่าการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายต่ำกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40 (left ventricle ejection fraction: LVEF ≤ 40%)

ดังนั้น ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจึงมีความสำคัญ บทความนี้จึงนำเสนอแนวคิดความร่วมมือเกี่ยวกับการรับประทานยาตั้งแต่การทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พยาธิสรีรวิทยา สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยและแนวทางการรักษา และมีตัวอย่างกรณีศึกษาให้ผู้อ่านได้ติดตามและนำไปประยุกต์ใช้

แนวคิดความร่วมมือเกี่ยวกับการรับประทานยา

ความร่วมมือเกี่ยวกับการรับประทานยาเป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกเกี่ยวกับการรับประทานยาและมีความสอดคล้องกับคำแนะนำที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ (Aremu, Oluwole, Adeyinka, & Schommer, 2022) หากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาจะทำให้เกิดผลเสียตามมา กล่าวคือ อาการของโรคอาจรุนแรงขึ้น หรือยาไม่ตอบสนองต่อการรักษา (Kvarnstrom, Westerholm, Airaksinen, & Liira, 2021) ดังนั้น การดูแลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือเกี่ยวกับการรับประทานยาจึงมีความสำคัญ

แนวคิดความร่วมมือเกี่ยวกับการรับประทานยามีนักวิชาการได้ให้นิยามหรือความหมาย ตลอดจนองค์ประกอบและเครื่องมือวัดที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับความเชื่อของนักวิชาการแต่ละท่าน แต่ที่ได้รับความนิยมและใช้กันอย่างแพร่หลาย คือ แนวคิดความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาของฮอร์น (Horne, 1997) ซึ่งฮอร์นได้พัฒนาแนวคิดความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาที่ต่อยอดมาจากทฤษฎีสามัญสำนึกในการกำกับตนเองด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย (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 ตามข้อมูลที่ได้รับจากบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมรอบตัวหรือจากประสบการณ์ของตนเอง ประกอบด้วย 5 ด้าน (Hagger & Orbell, 2022) ได้แก่

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

2.2 ด้านระยะเวลาของการเจ็บป่วย (timeline) หมายถึง ช่วงเวลาที่คาดหวังในการหายจากการเจ็บป่วย ระยะเวลาของการดำเนินของโรค จุดเริ่มต้นของเวลาที่ใช้ในการรักษา เวลาที่ต้องใช้สำหรับการรักษาและการควบคุม รวมถึงจุดเริ่มต้นของการเป็นโรคจนถึงขั้นเสียชีวิต (Leelacharas & Jianvitayakij, 2016) เช่น การรับรู้ว่าภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นโรคที่สามารถคงอยู่กับผู้ป่วยได้นาน 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 การรับประทานยา เป็นต้น

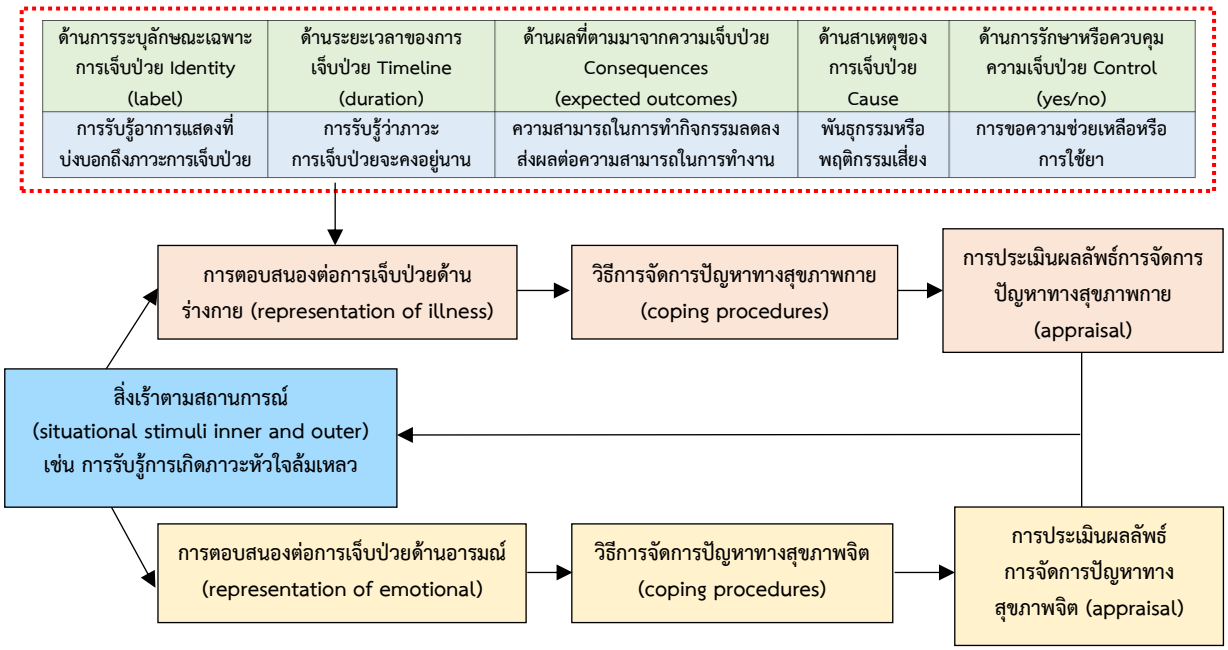
3. การตอบสนองต่อความเจ็บป่วยด้านอารมณ์ (representations of emotion) หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางด้านอารมณ์ เช่น ภาวะเครียดจากการรับรู้เกี่ยวกับการมีภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นต้น

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

Leventhal, & Cameron, 2001) เช่น การใช้ยาขับปัสสาวะเมื่อมีอาการขาบวม การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันจากปัญหาของโรคไขมันในเลือดสูง การทำจิตใจให้สงบเพื่อลดความเครียด เป็นต้น

5. การประเมินผลลัพธ์การจัดการปัญหาทางสุขภาพ (appraisal) หมายถึง การประเมินผลลัพธ์หรือผลที่ได้รับจากการแก้ไขปัญหาทางสุขภาพ (Leventhal et al., 2001) เช่น อาการขาบวมลดลงหลังใช้ยาขับปัสสาวะ ค่าความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ เป็นต้น

ดังนั้น องค์ประกอบของทฤษฎีสามัญสำนึกในการกำกับตนเองด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย จึงสามารถเขียนได้ดังภาพ 1

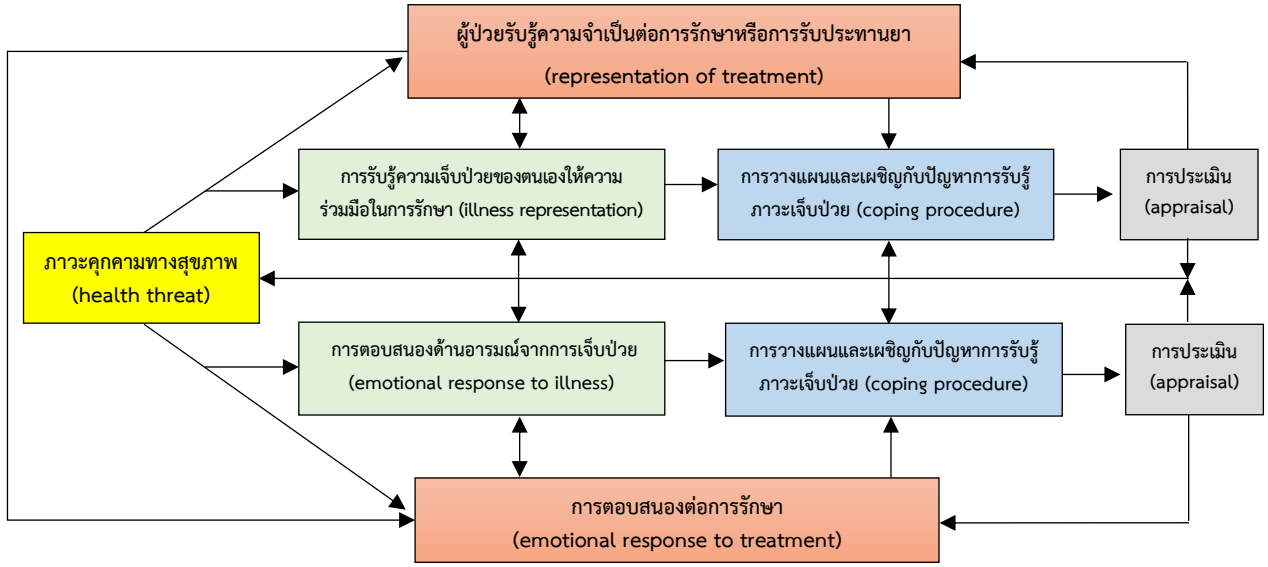


ภาพ 1 องค์ประกอบของทฤษฎีสามัญสำนึกในการกำกับตนเองด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย (Cameron & Leventhal, 2003)

นอกจากนี้ Horne (1997) ยังได้พัฒนาต่อยอดแนวคิดของ Leventhal et al. (1992) เพื่อช่วยในการอธิบายแนวคิดความร่วมมือเกี่ยวกับการรับประทานยา โดยอธิบายว่า มีความเชื่อว่าบุคคลสามารถกำกับตนเองให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาได้ นอกจากความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยแล้ว ยังเกี่ยวของกับความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาด้วย (treatment beliefs or representative of treatments) Horne (1997) กล่าวว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา ประกอบด้วย 2 ความเชื่อหลัก คือ 1) ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาแบบจำเพาะ (specific beliefs) ประกอบด้วย ความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยา (specific -necessity) ซึ่งเป็นความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นและประสิทธิภาพของยา และความเชื่อเฉพาะด้านความกังวลจากการรับประทานยา (specific - concern) ซึ่งเป็นความกังวลเกี่ยวกับผลกระทบที่เป็นอันตรายของยา และ 2) ความเชื่อแบบทั่วไป (general beliefs) ประกอบด้วย ความเชื่อทั่วไปด้านการใช้ยามากเกินไป (general - overuse) ซึ่งเป็นความเชื่อว่ายาโดยทั่วไปนั้นถูกใช้มากเกินไปจากแผนการรักษาของแพทย์ และความเชื่อทั่วไปด้านอันตรายจากการรับประทานยา (general harm) ซึ่งเป็นความเชื่อว่ายาทั่วไปอาจก่อให้เกิดสารพิษตกค้างในร่างกาย (Leaungsomnapa et al., 2014; Horne, 1997)

ต่อมา Horne (2003) ได้อธิบายการเชื่อมโยงระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาหรือความรู้ต่อการรักษา ร่วมกับสามัญสำนึกในการกำกับตนเองด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของ Leventhal et al. (1992) โดยนำกระบวนการในการปรับตัวที่แสดงถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรับประทานยา กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยเผชิญภาวะคุกคามทางสุขภาพ ซึ่งถือว่าเป็นสถานการณ์กระตุ้นให้เกิดปัญหาสุขภาพ (stimuli) เช่น อาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากภาวะของโรค ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคิด วางแผน และเผชิญปัญหาการรับรู้ภาวะเจ็บป่วย (coping) เช่น การรับประทานยาตามแผนการรักษาหรือไม่ หรือมีภาวะวิตกกังวลจนไม่สามารถนอนพักผ่อนได้ สุดท้ายจะประเมิน (appraisal) สิ่งที่ตนเองเลือกใช้ในการวางแผนและเผชิญกับปัญหานั้นว่าเหมาะสมหรือไม่ หากไม่เหมาะสมจะกลับไปพิจารณาวางแผนทางเลือกใหม่ในการรับประทานยา

ดังนั้น การเชื่อมโยงระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาหรือความรู้ต่อการรักษาของ Horne (2003) กับทฤษฎีสามัญสำนึกในการกำกับตนเองด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของ Leventhal et al. (1992) จะทำให้เกิดความเชื่อมโยงดังภาพ 2



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

ภาวะหัวใจล้มเหลว

ความหมายและชนิดของภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด อาจเป็นที่ระดับโครงสร้างหรือการทำงานที่ผิดปกติ ทำให้หัวใจมีการบีบตัวหรือคลายตัวผิดปกติ ไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอ โดยแนวทางการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบ่งชนิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (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

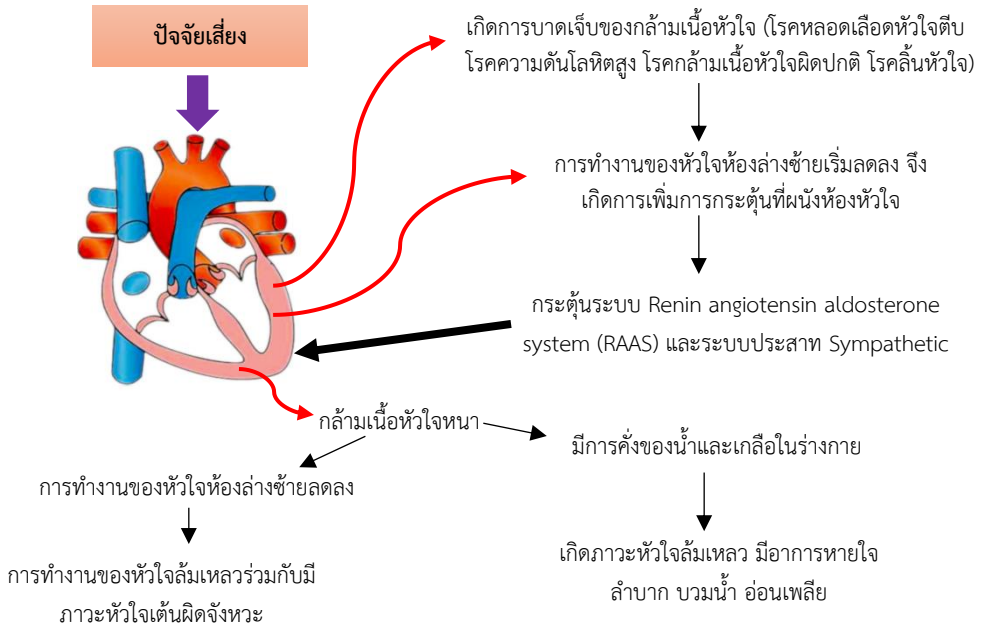
2. Heart failure with mid-range ejection fraction (HFmEF) หรือ Borderline ejection fraction คือ ภาวะหัวใจล้มเหลวชนิดที่มีค่าการบีบตัวของหัวใจห้อง

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

3. Heart failure with preserved ejection fraction (HFpEF) หรือ Normal ejection fraction คือ ภาวะหัวใจล้มเหลวชนิดที่มีค่าการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 (LVEF ≥ 50%) ทั้งนี้ อาการอาจยังไม่ปรากฏในระยะแรกของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว

พยาธิสรีรวิทยา

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะที่หัวใจเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่ลงจากปัจจัยเสี่ยงจนเกิดการทำลายกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้หัวใจมีปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที ไม่เพียงพอ (low cardiac output) ต่อความต้องการของร่างกาย (Haynes & Henry, 2022) และร่างกายมีกระบวนการที่พยายามรักษาปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงร่างกาย โดยมีการกระตุ้นระบบประสาทและฮอร์โมน คือ ระบบประสาท Sympathetic และ Renin angiotensin aldosterone system (RAAS) (Schwinger, 2021) ในระยะแรกหัวใจมีการบีบตัวเพิ่มมากขึ้น ทำให้ปริมาณพลาสมาที่ออกจากหัวใจเพิ่มมากขึ้น และความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นจากการหดตัวของหลอดเลือด ซึ่งในระยะนี้ผู้ป่วยจะไม่แสดงอาการหัวใจล้มเหลว แต่ในระยะยาวจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างจนถึงระดับโมเลกุลและเกิดภาวะหัวใจโต ทำให้การทำงานของหัวใจลดลงอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งผู้ป่วยเกิดอาการและอาการแสดงของหัวใจล้มเหลว หากไม่ได้รักษาที่สาเหตุหรือจัดการปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว หัวใจจะไม่สามารถกลับคืนสู่สภาวะปกติได้ (Chaimongkol, Puwanant, & Phumivadhana, 2022) สรุปได้ดังภาพ 3



ภาพ 3 พยาธิสรีรวิทยาการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

สาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดได้จากความผิดปกติของหัวใจ ได้แก่ โรคที่ทำให้หัวใจทำงานหนักจากการเกิดแรงต้านการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ เช่น โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น โรคที่เกิดจากความผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจ (myocardial disease) หลอดเลือดหัวใจ (coronary artery disease) หรือลิ้นหัวใจ (valvular

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

อาการและอาการแสดง

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

แนวทางวินิจฉัยและการรักษา

การวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลว

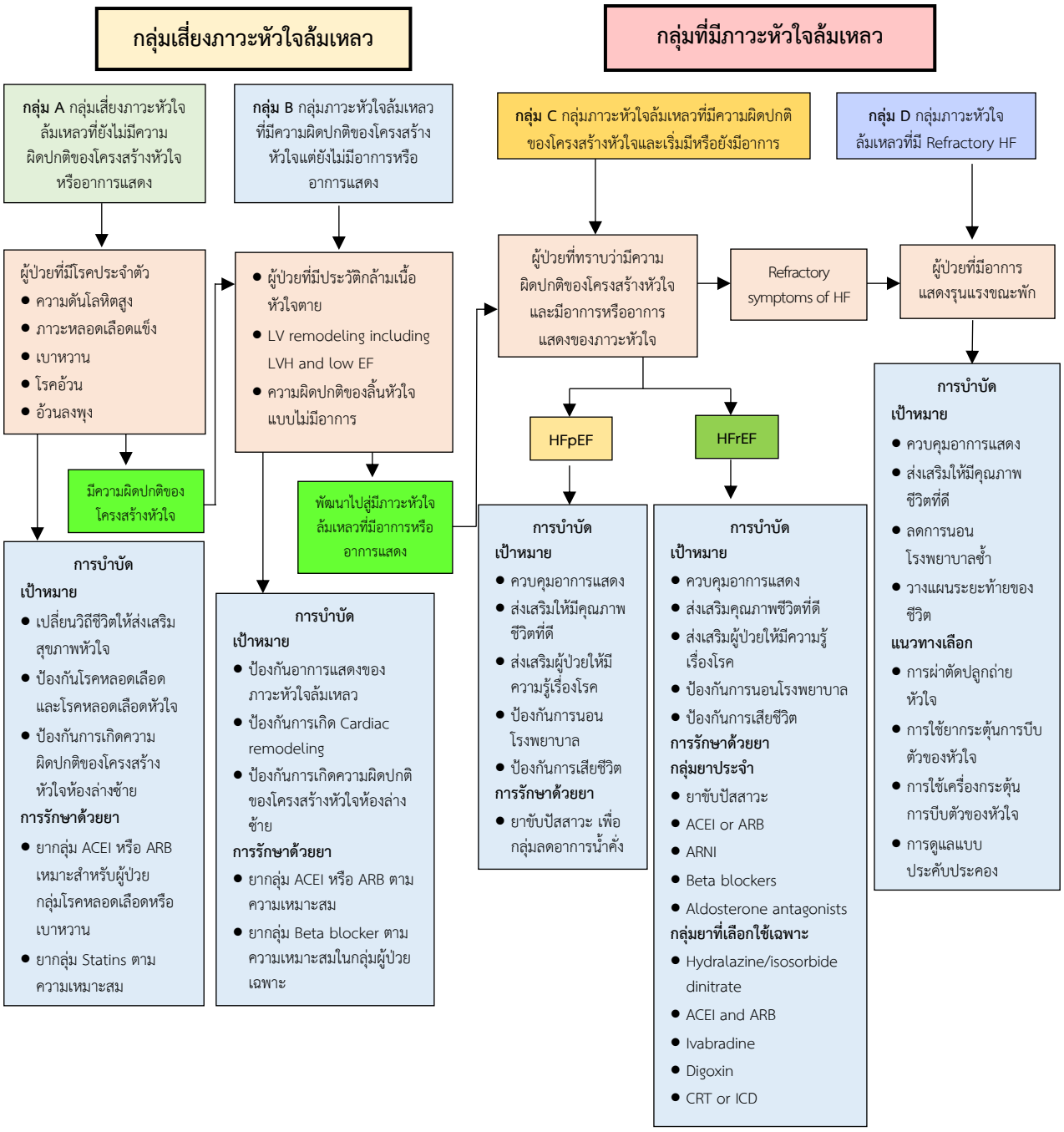
การวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวพิจารณาจากปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว (Formiga et al., 2024; McDonagh et al., 2021) ร่วมกับ 1) การตรวจหาค่า B type natriuretic peptide (BNP) ≥ 35 pg/mL หรือ NT – Pro BNP ≥ 125 pg/mL บ่งชี้ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว (McDonagh et al., 2021) แต่ต้องระวังการเกิดผลบวกลวง (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) การภาพถ่ายรังสีทรวงอก (chest x-ray: CXR) เพื่อประเมินภาวะน้ำคั่งในปอด (pulmonary congestion) (McDonagh et al., 2021)

แนวทางการรักษา

1. การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวชนิด HFrEF เน้นการรักษาด้วยยาเป็นหลัก มีวัตถุประสงค์เพื่อชะลอการดำเนินโรค ป้องกันการกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ และลดอัตราการเสียชีวิต การรักษาที่ให้ผลดีจะใช้ยาร่วมกันหลายชนิด (Tromp et al., 2022) โดยจะเริ่มทีละขั้นตอน *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) หากใช้และปรับยากลุ่มแรกตามแนวเวชปฏิบัติอย่างเหมาะสมแต่ยังไม่สามารถควบคุมอาการได้ *ขั้นที่สอง* เมื่อรักษาด้วยกลุ่มยา 4 กลุ่มแรกไม่ได้ผล ต้องเพิ่มการใช้ยากลุ่มที่สอง 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 HFmEF และ HFpEF ปัจจุบันยังไม่มีแนวทางการรักษาที่เป็นแบบแผนชัดเจน จึงมุ่งเน้นการควบคุมอาการและอาการแสดง ควบคุมปริมาณน้ำและเกลือในร่างกาย พิจารณาใช้ยาขับปัสสาวะเพื่อบรรเทาอาการ ร่วมกับการรักษาโรคร่วมเป็นหลัก นอกจากนี้ การให้ความรู้ในการปฏิบัติตน

แก่ผู้ป่วยจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตที่ดี ป้องกันการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำและป้องกันการเสียชีวิต (American Heart Association, 2022) สรุปได้ดังภาพ 4



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

หลักการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

1. การรับประทานยาตามแผนการรักษา

การใช้ยาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ควรเริ่มยาในขนาดที่ต่ำเพื่อให้ร่างกายเกิดการปรับตัวกับยาที่รับประทานได้ นอกจากนี้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการประเมินอาการและอาการแสดงภายหลังจากได้รับการรักษาด้วยยาชนิดรับประทาน ซึ่งผู้ป่วยอาจมีอาการเวียนศีรษะ (dizziness) หน้ามืด วูบชั่วขณะ (syncope) (Chaimongkol et al., 2022) เนื่องจากยาบางชนิดมีผลข้างเคียงทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำ อาจมีหัวใจเต้นช้า อ่อนเพลียไม่ค่อยมีแรง หรือรู้สึกหดหู่ได้ พยาบาลควรให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยจับชีพจรใน 1 นาทีและวัดความดันโลหิตก่อนรับประทานยา หากได้ค่าที่ต่ำกว่าเกณฑ์ที่แพทย์กำหนดร่วมกับมีเวียนศีรษะ หน้ามืด วูบชั่วขณะ ให้งดรับประทานยามื้อนั้น ๆ ตามแผนการรักษา รวมทั้งจดบันทึกเพื่อรายงานให้แพทย์ทราบถึงปัญหาและไม่ควรหยุดรับประทานยาระยะยาวด้วยตัวเอง แต่หากผู้ป่วยปรับตัวกับการรับประทานยาได้ดี แพทย์จะปรับขนาดยาไปเรื่อย ๆ ในทุก ๆ 2 สัปดาห์ถึง 1 เดือน จนได้ขนาดยาสูงสุดเท่าที่ผู้ป่วยสามารถทนได้ เพื่อให้ได้ขนาดยาที่มีประสิทธิภาพดีที่สุดในการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว (Chunharas, Yingchoncharoen, & Kunjara Na Ayudhya, 2019)

2. การรับรู้และจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น

ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้และให้ความร่วมมือต่อการรักษาตลอดจนสามารถประเมินและการจัดการกับอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวที่เปลี่ยนแปลงหรือผิดปกติได้ด้วยตนเอง 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 และมีระบบปรึกษาทีมสุขภาพให้โทรศัพท์รายงานอาการกับพยาบาลประจำคลินิก เนื่องจากมีผู้ป่วยที่ต้องเข้ามารับการตรวจเลือดหรือได้รับยาบางอย่างเพิ่มเติมเพื่อควบคุมการดำเนินของโรค

- กลุ่มอาการรุนแรงและจำเป็นต้องรีบมาโรงพยาบาล คือ เหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ หายใจไม่สะดวกแม้ในขณะพัก เจ็บหน้าอก หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 140 ครั้ง/นาที รู้สึกเหมือนจะหมดสติ แนะนำให้ผู้ป่วยขอความช่วยเหลือหากมีระบบปรึกษาทีมสุขภาพให้โทรศัพท์รายงานพยาบาลประจำคลินิกและรีบมาโรงพยาบาลทันที หากไม่มีระบบปรึกษาทีมสุขภาพให้ไปโรงพยาบาลใกล้บ้านหรือห้องฉุกเฉินทันทีหรือโทรติดต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่หมายเลขโทรศัพท์ 1669

3. การควบคุมอาหารและปริมาณน้ำที่เหมาะสม

ผู้ป่วยจำเป็นต้องปรับพฤติกรรมชีวิตประจำวันเพื่อลดภาวะน้ำคั่งในร่างกาย และพยาบาลควรให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยควบคุมการบริโภคน้ำและให้ผู้ป่วยจัดหาเหยือกตวงน้ำที่สามารถระบุปริมาตรเป็นมิลลิลิตรอยู่ข้างเหยือก ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ควรบริโภคน้ำไม่เกิน 1.5 ลิตรต่อวัน และแนะนำผู้ป่วยในการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียม โดยทั่วไปแนะนำการบริโภค

เกลือโซเดียมไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน (Sharma & Goswami, 2024) ให้ผู้ป่วยชั่งน้ำหนักเวลาเดิมทุกเช้าก่อนรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำ และหลังเข้าห้องน้ำถ่ายปัสสาวะและอุจจาระให้เรียบร้อย โดยใช้เครื่องชั่งน้ำหนักเครื่องเดียวกันเป็นประจำและควรเป็นเครื่องชั่งน้ำหนักที่อ่านค่าได้อัตโนมัติเพื่อความสะดวกในการอ่านตัวเลขและจดบันทึก (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 รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจยอมรับและปรับตัวกับภาวะเจ็บป่วยของตนเองแนะนำผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ผ่อนคลายความเครียด เช่น ฟังเพลง หรือสวดมนต์ตามความชอบ เป็นต้น โดยเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วม สอนการใช้เทคนิคการควบคุมการหายใจเพื่อการผ่อนคลาย วันละประมาณ 15 - 20 นาที โดยแนะนำให้ผู้ป่วยอยู่ในสถานที่เงียบสงบ ทำการควบคุมการหายใจโดยการหายใจเข้า – ออก และลึก 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 อาชีพเป็นข้าราชการบำนาญ มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และหัวใจล้มเหลว ผลการตรวจ Echocardiography พบมีค่า LVEF 40% ยาที่รับประทานเป็นประจำ คือ Losartan (50 mg) 1 เม็ด เช้า, Carvedilol (6.25) 1 เม็ด เช้าและเย็น, Spironolactone (25) 1 เม็ดเช้า, Empagliflozin (10) 1 เม็ด เช้า และ Furosemide (40) 1 เม็ด เช้าและเที่ยง นอกจากนี้ ผู้ป่วยเคยเข้าพักรักษาตัวด้วยภาวะน้ำเกินช่วง 3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ได้รับยาขับปัสสาวะชนิดฉีดเข้าหลอดเลือดดำ หลังจากอาการเหนื่อยลดลง ผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หลังจากนั้นผู้ป่วยมีอาการขาบวม น้ำหนักเพิ่มขึ้น 1 กิโลกรัม/วัน

3 วันต่อมา เริ่มมีอาการเหนื่อย กระสับกระส่าย นอนราบไม่ได้ ญาติจึงนำส่งหน่วยฉุกเฉินโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ประเมินสัญญาณชีพพบอัตราการหายใจ (respiratory rate: RR) 28 ครั้ง/นาที ค่าการอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (O_2 saturation: SpO_2) 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 หลังจากนั้นได้ย้ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วยพิเศษเพื่อพักฟื้นและเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย

ข้อมูลจากการซักประวัติ ผู้ป่วยมีบุตรสาว 7 คน บุตรสาวคนที่ 3 เป็นผู้ดูแลหลัก บุตรสาวบอกว่า ผู้ป่วยเป็นคนมีความมั่นใจในตนเอง ค่อนข้างดื้อ เอาแต่ใจ ทะเลาะกับบุตรบ่อยครั้ง พฤติกรรมการดำเนินชีวิตแต่เดิมช่วยเหลือตนเองได้ (New York Heart Association Classification: NYHA class 1 - 2) จัดยารับประทานเองได้ ไม่ได้ออกกำลังกายเนื่องจากกลัวเหนื่อย ชอบไปวัดทำบุญ ช่วงหลัง ๆ มีอาการเวียนศีรษะบ่อยจึงไม่อยากออกจากบ้าน ชอบรับประทานอาหารรสเค็ม เช่น กาน่าฉ่าย เป็นต้น กระหายน้ำบ่อย ไม่ได้ควบคุมปริมาณน้ำดื่มต่อวัน ไม่ได้ชั่งน้ำหนักทุกวัน ยกเว้นช่วงมีอาการเหนื่อยหรือบวม ผู้ป่วยบอกว่า *“หมอให้ยาเยอะแยะไปหมด กินยาหัวใจแล้วทำให้ไม่สบาย ต้องลุกไปปัสสาวะบ่อย ๆ และมีหลายครั้งที่วิงเวียนศีรษะหน้ามืด เลยหยุดกินยาเอง”* นอกจากนี้ กลางคืนผู้ป่วยนอนไม่หลับ การมีอาการกำเริบในครั้งนี้ ผู้ป่วยคิดว่าเกิดจากการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ เวลามีอาการไม่อยากบอกลูกเพราะไม่ชอบไปโรงพยาบาล หลังออกมาจากหอผู้ป่วยวิกฤต รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระ ช่วยเหลือตนเองได้น้อย หงุดหงิดที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่ต้องการเป็นภาระของใครและไม่ชอบให้ใครมาบังคับ สังเกตขณะอยู่หอผู้ป่วยพิเศษผู้ป่วยปฏิเสธการรับประทานยาขับปัสสาวะเนื่องจากหายเหนื่อยแล้ว คิดว่าแพทย์ให้ยาเกินความจำเป็นและกลัวว่ายาจะมีผลต่อการทำงานของไต เมื่อได้ข้อมูลจากการสังเกตและการสัมภาษณ์ผู้ป่วย/ญาติ พบว่า ผู้ป่วยมีความพร่องในการควบคุมอาหารและน้ำให้เหมาะสม การรับประทานยาตามแผนการรักษา การรับรู้และการจัดการกับอาการผิดปกติ การทำกิจกรรมและการพักผ่อนที่เหมาะสม ตลอดจนการดูแลตนเองทางด้านจิตใจ กิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยรายนี้ตามกรอบแนวคิดของ Horne (1997, 2003) จึงมีลักษณะดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ตามกรอบแนวคิดของ Horne (1997, 2003)

การประเมิน	การวางแผนพยาบาล	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผล
1. การรับประทานยาตามแผนการรักษา			
- ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญและความจำเป็นของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง - ผู้ป่วยคิดว่ายาทำให้เกิดอาการไม่สุขสบาย เวียนศีรษะ จึงไม่อยากรับประทานยา - ผู้ป่วยเชื่อว่าแพทย์ให้ยามากเกินความจำเป็น - ผู้ป่วยเชื่อว่ายาขับปัสสาวะอาจส่งผลอันตรายต่อไตจึงไม่อยากรับประทานยา	ให้ความรู้ด้วยวิธี - การแนะนำ - การสอน - การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรับประทานยาของตนเอง	- ทำให้ผู้ป่วยเชื่อว่ายามีความสำคัญ การรับประทานยาถูกต้องตรงตามแผนการรักษาจะทำให้ควบคุมอาการของโรค และลดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะหัวใจล้มเหลว - สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการป้องกันและจัดการกับอาการผลข้างเคียงของการใช้ยา เช่น สอนนับชีพจรตนเองก่อนรับประทานยา การเปลี่ยนอิริยาบถช้า ๆ เป็นต้น - เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและมีส่วนร่วมในการวางแผนการใช้ยาและทวนสอบยาที่ผู้ป่วยใช้ร่วมกับทีมสุขภาพเพื่อลดความวิตกกังวล	- ผู้ป่วยรับประทานยาถูกต้อง ครบถ้วนตรงตามแผนการรักษา - ผู้ป่วยสามารถนับชีพจรก่อนรับประทานยาได้ถูกต้อง และไม่เกิดการหกล้มจากอาการวูบ หลังรับประทานยา - ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการใช้ยาและคลายความกังวล

การประเมิน	การวางแผนพยาบาล	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผล
2. การรับรู้และการจัดการอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น			
ผู้ป่วยมีการรับรู้ความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายที่ไม่ถูกต้อง เช่น ไม่รู้ว่าอาการขาบวม 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 ไม่เหนื่อยและพักผ่อนได้อย่างเพียงพอ ไม่เกิดอาการง่วงระหว่างวัน
5. การดูแลตนเองด้านจิตสังคม			
ผู้ป่วยรู้สึกมีความวิตกกังวล คิดว่าตนเองเป็นภาระ ทะเลาะกับบุตรบ่อยครั้ง การทำกิจกรรมทางสังคมทำได้ลดลง และกลางคืนนอนไม่ค่อยหลับ	- หากิจกรรมทดแทน - เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วม - ให้คำแนะนำ	- ประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจและความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย - การเปิดโอกาสให้ครอบครัว มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เป็นตัวกลางให้ผู้ป่วยและญาติได้เปิดใจพูดคุยและแก้ปัญหาร่วมกัน - ให้ข้อมูลและแนะนำแหล่งประโยชน์ตามที่ผู้ป่วยและญาติต้องการ - แนะนำวิธีการ กิจกรรมที่ผ่อนคลายจิตใจตามความชอบของผู้ป่วย เช่น ทำสมาธิ ฟังบทสวดมนต์ เป็นต้น - เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมทางศาสนา เช่น นิมนต์พระสงฆ์มาให้ผู้ป่วยทำบุญตักบาตรในห้องพักผู้ป่วย	- ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดี - ผู้ป่วยมีความกลัวความวิตกกังวลลดลง นอนหลับได้ดีขึ้น - ได้ทำกิจกรรมทางสังคมที่ผู้ป่วยต้องการ และมีความสุขทางจิตวิญญาณ

สรุป

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการและอาการแสดงที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง ต่อเนื่อง ร่วมกับการปฏิบัติตนอย่างเหมาะสมของผู้ป่วย สามารถควบคุมอาการและอาการแสดง รวมถึงการดำเนินของโรคได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้น พยาบาลควรส่งเสริมและแนะนำการรับประทานยาตามแผนการรักษาให้ผู้ป่วยมีความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา โดยเฉพาะผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวชนิด LVEF ≤ 40% พยาบาลมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษา โดยให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับชนิดของยา ขนาดยา ประสิทธิภาพของยา ความสำคัญและความจำเป็นในการใช้ยา ผลข้างเคียงของยา และทบทวนรายการยาทั้งหมดของผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ 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 andillness 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., García-Prieto, C. F., . . . Fernández Rodriguez, 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://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formated/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., Čelutkiene, . . . 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.

Leaungsomnapa, Y., Leaungsomnapa, 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., Bohm, 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.