ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร

นางสาว นิตยา ศรีสุข

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2551
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS ASSOCIATED WITH HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE, BANGKOK

Miss Nittaya Srisuk

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Nursing Science Program in Adult Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2008

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร
โดย	นางสาว นิตยา ศรีสุข
สาขาวิชา	การพยาบาลผู้ใหญ่
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	รองศาสตราจารย์ นพ. องค์การ เรืองรัตนอัมพร

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

…….. คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

…… ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

…….. อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

…… อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(รองศาสตราจารย์ นพ. องค์การ เรืองรัตนอัมพร)

…… กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศลโกสุม)

นิตยา ศรีสุข : ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร. ((FACTORS ASSOCIATED WITH HEALTH-RELATED QUALITY OF LIVE IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE, BANGKOK) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ผศ.ดร.ชนกพร จิตปัญญา, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม, รศ. นพ. องค์การ เรืองรัตนอัมพร 136หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม อาการไม่สบาย การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้ แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Wilson & Cleary (1995) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลตำรวจจำนวน 140 ราย เลือกโดยวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบบันทึกข้อมูลด้านบุคคล แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป แบบประเมินอาการไม่สบาย แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และจากการหาค่าความเที่ยงของแบบประเมินได้เท่ากับ .88, .83, และ .81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและหาความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและสถิติอีตา

ผลการวิจัยพบว่า

1. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ในเขตกรุงเทพมหานครอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 69.39, SD=11.58)

2. อายุ และอาการไม่สบายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ในเขตกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r=-.373 และ -.705 ตามลำดับ)

3. รายได้ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ในเขตกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r=.232, .722 , และ .455 ตามลำดับ)

4. เพศ ระดับการศึกษา ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม และการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ในเขตกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา..... ลายมือชื่อนิสิต.....

ปีการศึกษา 2551..... ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม.....

4977577536 : MAJOR MAJOR ADULT NURSING
KEYWORDS : HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE / PERSONAL FACTORS / LEFT VENTRICULAR EJECTION FRACTION / PHYSICAL ACTIVITIES / UNPLEASANT SYMPTOMS/ SOCIAL SUPPORT/ GENERAL HEALTH PERCEPTION/ PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE/ BANGKOK

NITTAYA SRISUK : FACTORS ASSOCIATED WITH HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE, BANGKOK. ADVISOR : ASST.PROF.CHANOKPORN JITPANYA,Ph.D., CO-ADVISOR : PROF.ONGKARN RAUNGRATANAAMPORN,MD, 136 pp.

The purposes of this research were to study the relationships between personal factors, left ventricular ejection fraction, activities daily life , unpleasant symptoms, social support, general health perception, and health-related quality of life in patients with chronic heart failure in Bangkok. The theorical framework based on Health-Related Quality of Life Conceptual Model of Wilson and Cleary (1995). One hundred and forty chronic heart failure patients were recruited by using a multi-stage sampling technique from Out-Patient Departments of Rajavithi Hospital, Bhamongkutklao Hospital, and Police General Hospital, selected by a multi-stage sampling. The instruments used for data collection were the Demographic Data Form, LVEF Form, NYHA Form, A 100-mm horizontal Visual Analogue Scale of General Health Perception, Cardiac Symptoms Survey (CSS), ENCRICH Social Support Questionaire, and The Minnesota Living with Heart Failure Questionaire. These instruments were tested for content validity by a panel of experts. Internal consistency reliability for each questionnaire, tested by Cronbach's alpha were .88, .83, and .81, respectively. Data were analyzed using mean, standard deviation, Pearson's product-moment correlation and Eta coefficient.

Major findings were as follow:

1. Patients with chronic heart failure had good HRQOL (mean 69.39, SD = 11.58).

2. Age and unpleasant symptoms were significantly negative related to HRQOL (r=-.373 and -.705, respectively, p<.05).

3. Income per month, left ventricular ejection fraction, and general health perception were significantly positive related to HRQOL (r=.232, .722, and .455, respectively, p<.05).

4. Sex, education level, activities daily life, and social support were not significantly related to HRQOL.

Field of Study : ---------- Student's Signature ----------

Academic Year : ---------- Advisor's Signature ----------

Co-Advisor's Signature ----------

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และ รองศาสตราจารย์ นพ. องค์การ เรืองรัตนอัมพร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็น เสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความห่วงใย เอาใจใส่และสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยอย่างดียิ่งเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศลโกสุม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณ คณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ด้วยความรัก ความห่วงใย ตลอดระยะเวลาของการศึกษา

กราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่างๆ ทุกท่าน ที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รวมทั้งข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย รวมทั้งกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี ที่กรุณาอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่สละเวลาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวิจัยครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ

กราบขอบพระคุณฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลปิยะเวทที่สนับสนุนด้านเวลาเพื่อการศึกษาและคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่อุดหนุนทุนการศึกษาสำหรับนักวิจัยรุ่นเยาว์ ขอขอบคุณพี่ๆ รวมรุ่น และเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สำหรับความช่วยเหลือและกำลังใจที่มีให้แก่ผู้วิจัยเสมอมา

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อคุณแม่ ผู้ให้กำเนิดเลี้ยงดู อบรมสั่งสอนและสนับสนุนการศึกษาด้วยความรักความห่วงใย ตลอดจนสมาชิกในครอบครัวที่คอยเป็นกำลังใจอย่างดียิ่งเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา รวมทั้งกัลยาณมิตรทุกท่านที่มิได้เอ่ยนามซึ่งมีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... จ

กิตติกรรมประกาศ..... ฉ

สารบัญ..... ช

สารบัญตาราง..... ฌ

บทที่

1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1

วัตถุประสงค์การวิจัย..... 7

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย..... 8

ขอบเขตการวิจัย..... 14

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... 14

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... 17

2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว..... 18

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง..... 31

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ..... 33

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง. 39

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 57

กรอบแนวคิดการวิจัย..... 61

3 วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... 63

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 69

การเก็บรวบรวมข้อมูล..... 74

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง..... 75

การวิเคราะห์ข้อมูล..... 76

4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... 78

5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล

หน้า

สรุปผลการวิจัย..... 88
การอภิปรายผลการวิจัย..... 89
รายการอ้างอิง..... 101
ภาคผนวก
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ..... 113
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
และจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลการวิจัย…….. 115
ภาคผนวก ค เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง..... 122
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 126
ภาคผนวก จ วิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม..... 132
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์..... 136

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ และระดับความสามารถในการทำกิจกรรม	61
2	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังรายด้านและโดยรวม	79
3	ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร	80
4	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร	81
5	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างรายได้กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร	81
6	ค่าสัมประสิทธิ์อีตา (Eta) ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับคุณภาพชีวิตด้านของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร	82
7	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ประสิทธิการทำงานของหัวใจกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร	83
8	ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสามารถในการทำกิจกรรม กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร	83
9	ความสัมพันธ์ระหว่าง อาการไม่สบายกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน	84
10	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร	85
11	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร	85

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

หัวใจเป็นอวัยวะที่สำคัญอย่างยิ่งในการทำงานเพื่อสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย เมื่อมีพยาธิสภาพเกิดขึ้นกับหัวใจแล้วไม่ได้รับการแก้ไข หรือควบคุมโรคไม่ได้จะนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือหัวใจล้มเหลว ซึ่งเป็นสาเหตุการตายในอันดับต้นๆ ของประชากรทั่วโลก (AHA, 2002)

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะที่เกิดจากความผิดปกติในหน้าที่ของหัวใจที่ร้ายแรง เรื้อรัง และการดำเนินของโรคเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548) มีผลกระทบต่อทุกส่วนของร่างกายและทุกด้านของชีวิตผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (Bass et al., 1997 cited in Franzen, Saveman, Blomqvist, 2007) ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต้องเผชิญกับหลายๆ อาการ (Nordgren and Soresen, 2003: Walke et al., 2004: Zambroski et al., 2005: Barnes et al., 2006) ซึ่งเกิดจากการตอบสนองของร่างกายต่อภาวะที่หัวใจไม่สามารถบีบเลือดไปเลี้ยงได้อย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย (Colucci and Braunwald 2001 cited in Carelock and Clack, 2001: สมนพร บุณยะรัตเวช ,2543: สมจิต หนุเจริญกุล ,2544) ผลจากปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาที (cardiac output) ลดลง กระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติค (sympathetic) และระบบ Renin-Angiotensin-Aldosterone ให้ทำงานมากขึ้น เกิดการหลั่งนิวโรฮอร์โมนอล เมดิเตอร์ (neurohormonal mediator) ต่างๆมีการคั่งของน้ำและเกลือแร่ในร่างกายเพื่อเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาที และเพิ่มความดันโลหิต เกิดภาวะกรดด่างในร่างกายผิดปกติและหัวใจเต้นผิดจังหวะได้ ท้ายที่สุดทำให้เกิดปรากฏการณ์ที่เรียกว่า cardiac apoptosis ซึ่งเป็นการหนาตัวและทำให้เกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้อาการของผู้ป่วยแย่ลง (เกษม รัตนสุมาวงศ์, 2544: รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์, 2546) เกิดการสูญเสียการทำงานของร่างกายหลายระบบ

จากความผิดปกติดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องเผชิญกับอาการต่างๆ หลายๆ อาการ (Nordgren and Soresen, 2003: Walke et al., 2004: Zambroski et al., 2005: Barnes et al., 2006) และอาการที่เกิดขึ้นมีลักษณะเป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นร่วมกันมากกว่าเกิด

แยกจากกันแต่ละอาการแยกจากกัน (Ryan, 2003) อาการดังกล่าวอาจแยกได้เป็นสองกลุ่มใหญ่ๆ คือ

อาการทางกาย (physical symptoms) ที่พบบ่อยจากการรายงานการสอบถามผู้ป่วยเองที่ผ่านมาได้แก่ อาการหอบเหนื่อยทั้งขณะมีกิจกรรมและขณะพัก อาการเหนื่อยล้า ความทนในการทำกิจกรรมลดลง เจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น บวมบริเวณอวัยวะส่วนล่างของร่างกาย ไม่สามารถนอนหลับได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Friedman,1997: Maneesilp, 1999:: Evangelista et al., 2000: Watson, Gibbs and Lip, 2000: Nordgren and Soresen, 2003: Zambroski et al.)

อาการทางด้านจิตใจและอารมณ์ (Psychological symptoms, Emotional symptoms) ที่พบได้มากที่สุดคืออาการซึมเศร้าและวิตกกังวล ซึ่งเกิดจาก ความกลัว ความรู้สึกไม่สามารถควบคุมหรือทำนายสถานการณ์ในการเผชิญกับอาการเหนื่อยหอบซึ่งคุกคามชีวิต สูญเสียหน้าที่ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันลดลง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (Konstam, Moser and Jong, 2005)

ความวิตกกังวลและซึมเศร้านี้จะส่งผลในทางลบกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ทั้งทางด้านกายคือทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น และไม่สามารถคงสภาวะการทำหน้าที่ทางสังคม เพิ่มอัตราการเสียชีวิตและอัตราการกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (Rumsfeld, et al., 2003) โดยพบว่าหนึ่งในสามของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลหลังการจำหน่ายภายใน 90 วัน และประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยจะกลับมารับการรักษาใหม่ภายใน 3-6 เดือน (Alexy et al., 1996 and Schwart., 2000 อ้างถึงใน ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548)

อาการที่ทำให้ผู้ป่วยกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำซึ่งพบได้มากที่สุดคือ อาการเหนื่อยหอบและเหนื่อยหอบอย่างรุนแรง บวม จากการมีน้ำคั่งในเนื้อเยื่อปอด (pulmonary congestion) (Friedman, 1997: Evangelista, Dracup and Doering, 2000) ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักที่ต้องใช้เครื่องมือทางการแพทย์และเทคโนโลยีที่ทันสมัย เช่น เครื่องติดตามการเต้นของหัวใจ เครื่องช่วยหายใจ เครื่องพยุงการทำงานของหัวใจ ทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลเป็นจำนวนมาก

ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนทางสังคม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ(เยาวภา บุญเที่ยง, 2545)และในการจัดเตรียมยาที่มีหลายชนิดและมีคุณสมบัติต่างกันซึ่งทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องมีความรู้ในการบริหารยาที่ถูกต้อง รวมทั้งการจัดเตรียมอาหารเฉพาะโรคและการเดินทางไปพบแพทย์ตามนัด (Jaarsma & Dracup, 2001 อ้างถึงใน พุทธชาติ

สมณา, 2548) ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยและตัวผู้ป่วยเองอีกด้วย (วันดี โตสุขศรี, 2539) นับว่าเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบอย่างต่อเนื่องทั้งตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งต่อการพัฒนาประเทศ ผลจากความผิดปกติของหัวใจทำให้เกิดอาการดังกล่าวข้างต้น ส่งผลกระทบไปถึงการดำรงชีวิตของผู้ป่วยในสังคม หรือคุณภาพชีวิตนั่นเอง

คุณภาพชีวิตที่ดี เป็นเป้าหมายหลักในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ทุกกลุ่มอายุ เป็นเรื่องสำคัญในการดำเนินชีวิตและเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนปรารถนา รวมทั้งเป็นเป้าหมายหลักของทุกประเทศในการพัฒนาประชากร โดยเชื่อในแนวคิดที่ว่า ถ้าบุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี การพัฒนาในด้านต่างๆ ก็จะทำได้ดี และรวดเร็วขึ้น ในปัจจุบัน พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพได้ตระหนักและให้ความสนใจเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก โดยเชื่อว่า คุณค่าของการพยาบาลมิใช่อยู่ที่การช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตเท่านั้น แต่อยู่ที่การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพหรือมีความพึงพอใจในชีวิตด้วย แนวคิดคุณภาพชีวิตจึงเป็นแนวคิดที่ได้รับความสนใจอย่างกว้างขวาง แต่เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นคำที่มีพื้นฐานเป็นนามธรรม เป็นทฤษฎีที่กว้างและครอบคลุมหลายๆ แนวคิด (Feinstein, 1987 cited in Moons, 2004: Ferrans et al., 2005) เช่น ภาวะการทำหน้าที่ ภาวะสุขภาพ ความสุข ความผาสุก ความพึงพอใจในชีวิต การปรับตัวทางจิตสังคม (Moons, 2004: Ferrans et al., 2005) ซึ่งแตกต่างกันไปตามกาลเวลา สถานที่ วัฒนธรรม จริยธรรม ศาสนา ความเชื่อ ตลอดจนการรับรู้และการให้ความสำคัญของแต่ละบุคคล ประกอบด้วย กาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (สมพันธ์ หิญชีระนันท์, 2539) ดังนั้นจึงเป็นการยากที่จะให้คำจำกัดความของคำว่าคุณภาพชีวิตได้ชัดเจนและแน่นอน ทำให้ยากต่อการนำไปทางการปฏิบัติ (Ferrans et al., 2005) ให้เห็นผลได้ชัดเจน เพราะปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของบุคคล การมีสุขภาพดี จึงหมายถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย (Denham, 1991 อ้างถึงใน เบญจวรรณ บุณรัตนาภรณ์, 2540) นี้ทอร์รานซ์ (Torrance, 1987 อ้างถึงใน สมจิต หนุเจริญกุล, 2537) ชี้ให้เห็นว่าภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ และมีผลต่อคุณภาพชีวิต ความเจ็บป่วยทำให้เกิดพยาธิสภาพและมีการทำหน้าที่ทางกายผิดปกติ จึงทำให้คุณภาพชีวิตเสื่อมลง ดังนั้นภาวะสุขภาพจึงสามารถใช้การประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลได้

ในปี ค.ศ. 1948 องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของคำว่าสุขภาพดีว่า สุขภาพดีไม่ได้หมายถึงเพียงแค่ปราศจากโรคเท่านั้น แต่ต้องรวมทั้งการมีสุขภาพจิตดี สุขภาพกายดี และสามารถอยู่ร่วมในสังคมได้อย่างมีความสุข (WHO, 1948 cited in Moons, 2004) สุขภาพที่ดียังเป็นผลลัพธ์ทางการพยาบาล และเป็นหนึ่งในองค์ประกอบของทฤษฎีทางการพยาบาลที่ประกอบด้วย คน สิ่งแวดล้อม และ พยาบาล จึงเป็นที่มาของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-

related quality of life) หรือคุณภาพชีวิตที่เชื่อมโยงกับสุขภาพ ซึ่งกลายมาเป็นสิ่งสำคัญในการปฏิบัติและในการศึกษาวิจัยทางการพยาบาลและการรักษาผู้ป่วย เนื่องจากเป็นคุณภาพชีวิตที่เน้นผลกระทบจากการเจ็บป่วย ติดตามและทดสอบผลสัมฤทธิ์ของการรักษารวมทั้งวิเคราะห์สาเหตุของโรคและความเจ็บป่วย ซึ่งมีความเฉพาะในแต่ละโรค (Mattson and Furberg et al., 1984: Moons Calvert and Freemantle, 2003: Wenger, , 2004:: สมชาย สุขสิริเสรีกุล, 2539) โดยเฉพาะในโรคเรื้อรังซึ่งมีการดำเนินของโรคอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะของโรคในทุกๆ วัน เป้าหมายหลักในการรักษาจึงไม่จำกัดอยู่ที่การลดอัตราการเสียชีวิตแต่หากเป็นการดูแลเพื่อไม่ให้โรคกำเริบ ลดอาการหรือความรุนแรงของการเจ็บป่วย และให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ ทั้งนี้

ในปี 1982 Keplan และ Bush ได้นำคำว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมาใช้เพื่อให้มองเห็นลักษณะเฉพาะของคุณภาพชีวิตที่ได้รับอิทธิพลจากภาวะสุขภาพ ซึ่งมีความหมายแตกต่างจากคำว่าคุณภาพชีวิตที่ใช้กันอยู่แต่เดิม เนื่องจากคุณภาพชีวิตที่ใช้กันอยู่เดิมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพโดยตรง ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เป็นคุณภาพชีวิตเฉพาะระบบหนึ่งๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพนั่นคือ เป็นคุณค่าที่ให้แก่ช่วงเวลาของชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย สภาพการทำงานของร่างกาย ความคิดเห็น และโอกาสทางสังคมที่ได้รับอิทธิพลจากโรค การบาดเจ็บ การรักษาพยาบาล และนโยบายสุขภาพ (National Institute of Health, U.S. Department of Health and Human Services, 1990: Patrick and Erickson, 1993)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นแนวคิดที่ประกอบด้วยโครงสร้างหลายมิติ (Hass & Braden, 1998 cited in Sousa, 2003) เช่นเดียวกับคำว่าคุณภาพชีวิต และมีผู้ให้ความหมายแตกต่างกันไปในตามแต่ละการศึกษา เช่น Johasson et al (2005) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพประกอบด้วยโครงสร้างหลายมิติซึ่งสามารถประเมินได้จากองค์ประกอบพื้นฐาน 4 องค์ประกอบคือ เงื่อนไขทางด้านร่างกาย (Physical condition) ความผาสุกด้านจิตใจ (Psychological well-being) กิจกรรมทางสังคม (Social activities) และกิจวัตรประจำวัน (Everyday activities) เป็นองค์ประกอบด้านวัตถุวิสัย รวมทั้งด้านจิตวิสัย เช่นเดียวกันกับแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Wilson & Cleary (1995) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอย่างน้อยที่สุดแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตจะต้องประกอบด้วยการประเมิน ภาวะทางร่างกาย (Physical status) อาการ (Symptoms status) อารมณ์ (Emotional status) และสังคม (Social status) ซึ่งเป็นการบูรณาการศาสตร์ความรู้ในสองสาขา ได้แก่ รูปแบบของภาวะสุขภาพซึ่งมีพื้นฐานมาจากนักวิจัยทางวิทยาศาสตร์และอีกรูปแบบหนึ่งคือศาสตร์ความรู้ทางสังคมศาสตร์ โดยสองแนวคิดนี้มี

รากฐาน วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย และพื้นฐานทางความคิดแตกต่างกันโดยที่ในทางการแพทย์มุ่งเน้นไปที่กระบวนการทางพยาธิสรีรวิทยา สารที่ก่อให้เกิดโรค และผลลัพธ์จากการรักษาเพื่อให้เข้าใจสาเหตุของโรค สามารถให้การวินิจฉัยและรักษาได้อย่างถูกต้อง ซึ่งต้องอาศัยระเบียบวิธีการวิจัยแบบทดลองอย่างแท้จริงเนื่องจากเป็นการศึกษาในระดับโมเลกุล ยีน และกลไกในระดับเซลล์ ในขณะที่ในทางสังคมศาสตร์ คุณภาพชีวิตมุ่งเน้นไปที่ความสามารถในการทำหน้าที่ ความผาสุก ซึ่งแนวทางในการดำเนินการวิจัยคือการวัดความรู้สึกและพฤติกรรมที่ได้รับอิทธิพลจากโครงสร้างทางสังคมและจิตวิญญาณของแต่ละบุคคลซึ่งมีความหลากหลายและซับซ้อน

สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่การดำเนินของโรคทรุดลงอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ลดลงทั้งจากการต้องเผชิญกับกลุ่มอาการไม่สบาย ทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีข้อจำกัดในการบรรลุกิจกรรมในชีวิตประจำวันและกิจกรรมทางสังคม การศึกษาของ Hobbs และคณะ (2002) ศึกษาผลกระทบของภาวะหัวใจล้มเหลวและผู้ป่วยที่มีระดับความสามารถในการบีบตัวของหัวใจผิดปกติพบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำในทุกด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริลักษณ์ ศรีประสงค์ (Sriprasong, 2000) พบว่าผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีอาการเจ็บหน้าอก ร้อยละ 26.7-40 และอาการเหนื่อย ร้อยละ 60-80 สอดคล้องกับการศึกษาของ วันทนา มณีศิลป์ (Maneesilp, 2000) ที่ศึกษาประสบการณ์การเหนื่อยหอบ ผลของการเหนื่อยหอบ และวิธีจัดการกับอาการเหนื่อยหอบของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการเหนื่อยหอบทุกวัน ระยะเวลาของการเหนื่อยหอบแต่ละครั้งครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมง ส่งผลให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ขณะเหนื่อยหอบผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรู้สึกหงุดหงิด และอ่อนเพลีย และสอดคล้องกับการศึกษาอาการทางด้านจิตใจ ซึ่งเกิดจากการต้องเผชิญกับอาการทางกายซึ่งคุกคามชีวิต และข้อจำกัดในการทำกิจกรรม กลัวการรักษาหรือการทำหัตถการที่ไม่เคยได้รับ และความเครียดจากการปรับพฤติกรรมเฉพาะโรคซึ่งก่อให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานของ จิราพร ศิริรัตน์ (2543) ซึ่งศึกษาประสบการณ์เกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่าอาการเหนื่อยล้าทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบาย นอนไม่หลับ เครียดและซึมเศร้า การศึกษาของ ศิริพร เหลียงกอบกิจ (2542) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีย์ ภายหลังได้รับการรักษายังคงมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตอยู่ และการศึกษาของ ปริศนา อัตถาผล (2543) ที่พบว่าภาระในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผลจากภาวะสุขภาพทางด้านจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไปนี้จะส่งผลในทางลบกับภาวะสุขภาพทางด้านร่างกาย คือทำให้

อาการของโรครุนแรงขึ้น เพิ่มอัตราการเสียชีวิตและอัตราการกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (Rumsfeld, et al., 2003) ทำให้ไม่สามารถคงสภาวะการทำหน้าที่ทางสังคม ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยลดลง

นอกจากปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ที่มีผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังแล้ว ปัจจัยด้านสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพก็มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้วยเช่นกันเพราะภาวะหัวใจล้มเหลวไม่สามารถรักษาให้หายขาด มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยอาจรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์จากอาการบวมบริเวณอวัยวะส่วนล่างของร่างกาย ทำให้ลดบทบาทของตนเองในครอบครัวและสังคมลง หรือไม่สามารถทำตามบทบาทในครอบครัวในฐานะสามีหรือภรรยา พ่อ แม่ และไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมได้อย่างเหมาะสม (เพ็ญรุ่ง ผลกาญจนากร, 2541) จากการศึกษาของ Rich และคณะ (Rich et al., 1995) พบว่าการแยกตัวออกจากสังคมของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จะทำให้มีอัตราการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลสูง ทั้งนี้เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์ที่มั่นคง มีผลทำให้ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกันโรคทำงานได้ดีขึ้น ส่งผลดีต่อสุขภาพโดยตรง และการสนับสนุนทางสังคมยังช่วยลดภาวะวิกฤต โดยเป็นตัวช่วยลดความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของฉัตรวลัย ใจอารีย์ (2533) ซึ่งพบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง เช่นเดียวกับการศึกษาของ ศิริลักษณ์ ศรีประสงค์ (Sriprasong, 2000) ซึ่งพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในสัปดาห์ที่ 1 การที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ต้องหยุดงานเป็นระยะเวลานาน ต้องออกจากงานหรือเปลี่ยนอาชีพให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย ทำให้รายได้ลดลง ร่วมกับต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาล (Maneesilp, 2000: Samranbua, 2001) ยังส่งผลต่อฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย ครอบครัว สังคมและในระดับประเทศจากการต้องสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ซึ่งมีคุณค่ามากที่สุด

จากการศึกษาที่ผ่านมาของ ฉัตรวลัย ใจอารีย์ (2533) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง โดยศึกษาตัวแปรที่นำมาศึกษาได้แก่ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (1980) แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Weiss (1974) และประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งตามแนวคิดคุณภาพชีวิตของ

Burckhardt (1982) ซึ่งประกอบด้วยแบบวัดความพึงพอใจในวงกว้างของชีวิต แบบวัดความพึงพอใจเฉพาะเรื่องได้แก่ ความสุขสบายด้านร่างกาย และองค์ประกอบในการดำเนินชีวิต ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ด้านกิจกรรมในสังคม ด้านการพัฒนาตนเองและมีความรู้สึกอิ่มเอมใจ และด้านการพักผ่อนหย่อนใจ ซึ่งไม่ได้ประเมินคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยที่เกิดจากภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และยังขาดตัวแปรที่มีความเกี่ยวข้องกับการพยากรณ์และการดำเนินของโรค ได้แก่ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ (Ejection fraction) และระดับความสามารถในการทำกิจกรรม ซึ่งปัจจุบันมีความสำคัญในการพยากรณ์โรคและเป็นพื้นฐานในการประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังโดยเฉพาะ เพื่อเป็นประโยชน์ในการประเมินปัญหาทางการพยาบาลและการให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้อย่างครบถ้วน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและจิตสังคม และเป็นแนวทางในการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลเพื่อมุ่งให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ อาการไม่สบาย ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานครมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นอย่างไร

2. ปัจจัยส่วนบุคคล ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ อาการไม่สบาย ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป มี

ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานครหรือไม่ อย่างไร

แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาแนวคิดคุณภาพชีวิตในลักษณะของสุขภาพที่เชื่อมโยงกับคุณภาพชีวิต (Health-Related Quality of Life) โดยนำกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Wilson and Cleary (1995) มาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ซึ่ง Wilson and Cleary สร้างแนวคิดนี้ขึ้นเพื่อ1) ใช้ในการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย 2) เป็นสิ่งที่ทำให้บุคลากรทางด้านสุขภาพเรียนรู้ว่าสิ่งใดที่มีผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยมากที่สุด และ 3) ประเมินลักษณะความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพซึ่งมีความสำคัญแตกต่างกันในการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อเป็นประโยชน์ในการเลือกใช้โปรแกรมที่มีความเหมาะสม และมีประสิทธิภาพในการเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย โดย Wilson and Cleary มองว่า คุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงผลกระทบจากโรคและการรักษาที่มีต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งหมายความรวมถึง การทำหน้าที่ของร่างกาย สภาวะอาการ สภาวะทางจิต และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้แก่ 1)ปัจจัยส่วนบุคคล (Individual characteristic) คือปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล พัฒนาการ ซึ่งมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental characteristic) หมายถึง หมายถึงแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยซึ่งได้รับจาก ครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางด้านสุขภาพ หรือแหล่งอื่นๆ รวมทั้งสภาพแวดล้อมทางกายภาพ (Heo, Moser, Riegel et al., 2005: Ferran et al., 2005) 3) ปัจจัยทางสรีระวิทยา (Biological and physiological factors) หมายถึง การทำหน้าที่ของเซลล์ อวัยวะ และระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายซึ่งเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่งค้ำจุนให้สิ่งมีชีวิตมีชีวิตอยู่ได้ 4) ปัจจัยด้านอาการ (Symptoms) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยถึงอาการผิดปกติทางร่างกาย จิตใจ และการรู้คิดที่ผิดปกติไปจากเดิม 5) ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ (Functioning) หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมหรืองานให้บรรลุผลสำเร็จ ได้แก่การปฏิบัติกิจกรรมทางกาย อารมณ์ สังคม การรู้คิด และบทบาทหน้าที่ โดยปัจจัยด้านอาการเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญและมีอิทธิพลในการบ่งชี้ถึงการทำหน้าที่ 6) ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป (General health perception) หมายถึงการรับรู้ถึงองค์ประกอบทั้งหมด

การสังเคราะห์และประเมินภาวะสุขภาพจากปัจจัยทั้งหมด ได้แก่ กระบวนการทางกาย อาการ ความสามารถในการทำหน้าที่

โดยในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้กำหนดกำหนดเกณฑ์ในการคัดสรรปัจจัยต่างๆ คือ ปัจจัยนั้นต้องเป็นปัจจัยที่อยู่ในกรอบแนวคิดของ Wilson and Cleary (1995) และเป็นปัจจัยที่มีรายงานการศึกษาวิจัยในอดีตว่ามีแนวโน้มสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ปัจจัยคัดสรรที่นำมาศึกษา คือปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ เพศ รายได้ ระดับการศึกษา) ปัจจัยด้านสรีระวิทยา (ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ) ปัจจัยด้านอาการ (อาการไม่สบาย) ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ (ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (การสนับสนุนทางสังคม) และปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป โดยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยแต่ละตัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. **ปัจจัยส่วนบุคคล** ได้แก่

1.1 อายุ สำหรับในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังจากการศึกษาที่ผ่านมาจึงพบว่ามีทั้งการศึกษา ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอายุมากมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยซึ่งมีอายุน้อยกว่า (สายฝน จับใจ, 2540: Gott, Barnes and Parker et al., 2006: Franzen et al., 2007) ผลการศึกษาดังกล่าวขัดแย้งกับการศึกษาที่พบว่าภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังจะส่งผลกระทบมากที่สุดแก่กลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อย มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มซึ่งมีอายุมาก (Cline et al., 1999: Gottlieb et al., 2004: Gottlieb et al., 2004: Masoudi et al., 2004: Hou et al., 2004: Calvert et al., 2005) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทัศนีย์ จินางกูร (2530) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องถาวรซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ มากกว่า 30 ปี ในขณะที่การศึกษาของฉัตรวลัย ใจอารีย์ (2533) และประภา รัตนเมธานนท์ (2532) พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Westlake และคณะ (2002) ซึ่งพบว่าอายุไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้

1.2 เพศ จากการศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่ผ่านมาพบว่าเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในมิติทางกาย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความพึงพอใจในชีวิตโดยทั่วไปต่ำกว่า เมื่อเทียบกับเพศชาย (Cline et al., 1999: Riedinger et al.,2001: Friedman ,2003: Nordgren and Sorensen., 2003: Hou et al., 2004: Barnes et al., 2006: Got et al., 2006:) ซึ่งขัดซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ ทัศนีย์ จินางกูร (2530) ซึ่งศึกษา

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องถาวร พบว่าเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าเพศชายทุกด้าน ในขณะที่บางการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน (Zambroski et al., 2005: Heo et al., 2007)

1.3 **รายได้** ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งค่าใช้จ่ายในการรักษาและติดตามป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคมีราคาค่อนข้างแพง ดังนั้นหากผู้ป่วยมีรายได้ต่ำ ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น อาจทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าต่ำลง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ กังวล ซึมเศร้า เครียดและส่งผลถึงคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง (Stewart, 1989)

1.4 **ระดับการศึกษา** การศึกษาเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยพัฒนาสติปัญญาของบุคคล ช่วยให้บุคคลรู้จักใช้ความรู้ เข้าใจปัญหาและวิธีการปฏิบัติตัวได้ดีเมื่อเป็นโรค สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ (VenderBurg, 1987 อ้างถึงใน นิธิวดี เมธาจารย์, 2544) จากการศึกษาของ ประภา รัตนเมธานนธ์ (2532) พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ

2. **ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ** (Left Ventricular Ejection Fraction; LVEF) เป็นความสามารถของหัวใจในการบีบเลือดออกไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่างๆ ของร่างกาย จึงเป็นข้อบ่งชี้ความรุนแรงของโรคหัวใจ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจที่ต่ำจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ลดลง จากการศึกษาของ ทิพพาพร ตังอำนวย (2541) พบว่าระดับสมรรถภาพของหัวใจในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตเช่นเดียวกับหลาย ๆการศึกษาที่พบว่าประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Cline et al., 1999: Juenger et al., 2002: Clark et al., 2003; De Jong et al., 2004; Carels et al., 2004:) ถึงแม้ว่าจะมีความสัมพันธ์ในระดับน้อยก็ตาม นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่สนับสนุนว่าประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจมีความสัมพันธ์กับภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยโดยเฉพาะอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า (Elatre, et al., 2003: Bhaskaran, et, al., 2004; Lu, et al., 2005) ซึ่งเป็นอาการทางจิตที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจยังเป็นปัจจัยทำนายถึงอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวอีกด้วย

3. **อาการไม่สบาย** จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังต้องเผชิญกับหลายๆ อาการ (Nordgren and Soresen, 2003: Walke et al., 2004: Zambroski et al., 2005: Barnes et al., 2006) ซึ่งเกิดจากการตอบสนองต่อภาวะที่หัวใจไม่สามารถบีบเลือดไปเลี้ยงให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย การศึกษาของ Maneesilp (2000) ศึกษา

ประสบการณ์เหนื่อยหอบ ผลของการเหนื่อยหอบ และวิธีจัดการกับอาการเหนื่อยหอบของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการเหนื่อยหอบทุกวัน ระยะเวลาของการเหนื่อยหอบแต่ละครั้งครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ขณะเหนื่อยหอบผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกอ่อนเพลีย อาการร่วมที่พบบ่อยคือ แน่นหน้าอก ร้าวไปที่คอ และใจสั่น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของสมจิตร พึ่งวงศ์สำราญ (2541) ซึ่งศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในระยะก่อนและหลังการขยายหลอดเลือด ซึ่งพบว่าหลังการขยายหลอดเลือดกลุ่มตัวอย่างมีอาการ ความรุนแรง และความถี่ของการเจ็บหน้าอกตลอดจนการใช้ยาอมใต้ลิ้นลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p<.05$) และหลังขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนในสัปดาห์ที่ 2, 6 และเดือนที่ 3 กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และเช่นเดียวกันกับการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่าผลกระทบทางกายจากการรายงานของผู้ป่วยเองที่พบมากที่สุดได้แก่ อาการหอบเหนื่อยทั้งขณะมีกิจกรรมและขณะพัก อาการเหนื่อยล้า บวมบริเวณอวัยวะส่วนล่างของร่างกาย ไม่สามารถนอนหลับได้อย่างมีประสิทธิภาพและอาการอื่นๆ เช่น ใจสั่น ไอ เจ็บแน่นหน้าอก ซึ่งความถี่ ความรุนแรงที่พบมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง (Friedman, 1997: Watson et al., 2000 :Nordgren and Soresen, 2003:Zambroski et al., 2005: Barnes et al., 2006) ส่วนอาการทางด้านจิตใจที่พบมากที่สุดได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (Martensson, Karlsson & Fridlund, 1998: Mahoney 2001: Heo et al., 2007:) ซึ่งการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีอาการทางด้านจิตใจนี้มีความสัมพันธ์โดยตรงกับระดับความสามารถในการทำกิจกรรมที่ลดลง อาการทางกายที่รุนแรงขึ้น อัตราตาย และคะแนนด้านคุณภาพชีวิตที่ลดลง (Friedman et al., 2001: Vaccarino, et al., 2001: Lainscak & Keber, 2003: Gottlieb et al., 2004; Sullivan et al., 2004: Rumsfeld et al: 2003)

4. **ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม** คือ ความสามารถทางร่างกายของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตามเกณฑ์ของ The New York Heart Association (NYHA) สามารถแบ่งได้ดังนี้

Class 1 หมายถึง ไม่จำกัดกิจกรรมที่ทำ และการทำกิจกรรมไม่ทำให้เกิดอาการใจสั่น เหนื่อย หรือเจ็บหน้าอก

Class 2 หมายถึง มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเล็กน้อย การทำกิจวัตรประจำวันอาจทำให้เกิดอาการใจสั่น เหนื่อย หรือเจ็บหน้าอกได้

Class 3 หมายถึง มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมมากขึ้น ในขณะพักไม่มีอาการ แต่กิจกรรมเล็กน้อยทำให้เหนื่อยหอบ ใจสั่น เจ็บหน้าอก

Class 4 หมายถึง ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ ในขณะพักมีอาการเหนื่อยหอบ ใจสั่น เจ็บหน้าอก

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมที่ต่ำจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ลดลง (ประภา รัตนเมธานนท์: กุสุมา ควรวัฒนสัมฤทธิ์: 2532: : Cline et al., 1999: Hobbs, Kenkre and Roalfe et al., 2002: Lu et al., 2005: : Gott et al., 2006: Franzen et al., 2007: Juenger et al., 2007)เช่นเดียวกับการศึกษาของ Samranbua (2001) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพโดยองค์รวมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพองค์รวมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ การศึกษาของ Majani et al.,1999 พบว่าผู้ป่วยมีระดับความสามารถในการกิจกรรมในระดับที่ 3และ4 จะมีปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมในระดับ 1 และ 2 ในขณะที่การศึกษาของ Carels (2004) พบว่าระดับความสามารถในการทำกิจกรรมที่ลดลงมีผลน้อยมากต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และการศึกษาของ Westlake et al., 2002 ซึ่งพบว่าระดับความสามารถในการทำกิจกรรมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้โดยเฉพาะในมิติทางกาย

5. **การสนับสนุนทางสังคม** เป็นตัวแปรที่มีความสำคัญมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพและมีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูสภาพภายหลังการเจ็บป่วย เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมสามารถทดแทนความรู้สึกสูญเสีย และการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของผู้ป่วยได้ รวมทั้งช่วยให้มีสุขภาพจิตดี สามารถเผชิญหรือควบคุมเหตุการณ์อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย และส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ของการปรับตัวคือ คุณภาพชีวิตได้ จากการศึกษาของ Bennett (1998) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญเช่นเดียวกับการศึกษาของ Samranbua (2001) ซึ่งทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญกับภาวะสุขภาพโดยรวม ในขณะที่การศึกษาของ Riedinger et al. (2002) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตในระดับ 0.63

7. **การรับรู้ภาพสุขภาพโดยทั่วไป** หมายถึงการรับรู้ถึงองค์ประกอบทั้งหมด การสังเคราะห์และประเมินภาวะสุขภาพจากปัจจัยทั้งหมด ได้แก่ กระบวนการทางกาย อาการ ความสามารถในการทำหน้าที่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปมี

ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดย Heo และคณะ (2005) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Rayond และคณะ (1997) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับสูงมีความกดดันทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำและมีภาวะการทำหน้าที่ทางกายอยู่ในระดับสูง

สมมติฐานการวิจัย

จากแนวคิดดังกล่าวจึงได้กำหนดสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ อาการไม่สบาย ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร

1.2 เพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร

1.3 รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร

1.4 ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร

1.5 ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร

1.6 อาการไม่สบายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร

1.7 ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร

1.8 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร

1.9 การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ อาการไม่สบาย ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานครโดยมีขอบเขตการวิจัยดังนี้

1. ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร ที่เกิดจากโรคหัวใจและระบบไหลเวียนมีอายุตั้งแต่20-59 ปี ที่เข้ารับการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลพระมงกุฎ โรงพยาบาลราชวิถี

2. ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ และ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ อาการไม่สบาย ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร ถึงผลกระทบจากความเจ็บป่วยและการรักษาที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันในด้านต่างๆ ได้แก่

ด้านร่างกาย หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยว่าภาวะหัวใจล้มเหลวส่งผลต่อการทำกิจกรรมและทำให้เกิดอาการ เช่น ทำให้การเดินขึ้นบันไดลำบาก ทำให้การเดินรอบบ้านทำได้ลำบาก ทำให้หายใจขัด ทำให้รู้สึกเหนื่อยล้า

ด้านอารมณ์ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยว่าภาวะหัวใจล้มเหลวส่งผลต่อความรู้สึก เช่น ทำให้รู้สึกเป็นภาระแก่ครอบครัว ทำให้รู้สึกกังวล ทำให้รู้สึกซึมเศร้า

ด้านอื่นๆ (เศรษฐกิจสังคม) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยว่าภาวะหัวใจล้มเหลวส่งผลต่อฐานะทางการเงิน ต่อการมีเพศสัมพันธ์ ต่อการมีกิจกรรมยามว่าง ทำให้เกิดผลข้างเคียงจากการรักษา ต่อภาพลักษณ์

ซึ่งประเมินได้จากแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง Minnesota Living with Heart Failure ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย โดยพวงผกา กรีทอง ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคอร์ทสเกล 6 ระดับ (6-point-Likert scale) ตั้งแต่ 0 (ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเลย) ถึง 5 (มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมากที่สุด) โดยมีคะแนนรวมตั้งแต่ 0 ถึง 105 คะแนน ซึ่งเมื่อนำมากลับคะแนน คะแนนรวม 105 หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีที่สุด

ปัจจัยด้านบุคคล หมายถึง ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ผู้วิจัยเลือกมาศึกษา ได้แก่

อายุ หมายถึง ตัวเลขที่บอกเวลา ตั้งแต่ปีเกิดจนถึงวันที่ตอบแบบประเมินของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยนับเป็นจำนวนเต็มปี

เพศ หมายถึง ลักษณะที่แสดงความเป็นเพศหญิง หรือเพศชายของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

รายได้ หมายถึง สิ่งที่บ่งบอกสถานภาพทางการเงินของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่ได้รับรายเดือน โดยประเมินจากรายรับต่อเดือนของครอบครัว

ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ประกอบด้วย ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช. และปวส.) อนุปริญญา ปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี

ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ หมายถึง ระดับความสามารถของหัวใจห้องล่างซ้ายในการบีบเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ประเมินจากการตรวจหาค่า Left ventricular ejection fraction (LVEF) ตามการวินิจฉัยโดยการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (Echocardiogram) หรือการตรวจสวนหัวใจ (Cardiac catheterization)

อาการไม่สบาย หมายถึง ประสบการณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก อาการหายใจขัด อาการเหนื่อยล้า อาการบวมบริเวณขา อาการใจสั่น อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการนอนไม่หลับ และอาการเบื่ออาหาร ซึ่งแบ่งเป็น 2 มิติตามแนวคิดของ Lenz และคณะ (1997) ได้แก่

1. มิติด้านความรุนแรง (Intensity) หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังต่อระดับความรุนแรงของ อาการเจ็บหน้าอก อาการหายใจขัด อาการเหนื่อยล้า อาการบวมบริเวณขา อาการใจสั่น อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการนอนไม่หลับ อาการเบื่ออาหาร

2. มิติด้านเวลา (Timing) หมายถึงความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ต่อระดับความถี่ (Frequency) ของ อาการเจ็บหน้าอก อาการหายใจขัด อาการเหนื่อยล้า อาการบวมบริเวณขา อาการใจสั่น อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการนอนไม่หลับ อาการเบื่ออาหาร

ซึ่งประเมินได้จากแบบประเมิน Cardiac Symptom Survey (CSS) ของ Neiveen (Zimmerman et al., 2002) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย โดย จันทนา หล่อตจะกูล (2549)โดยการคิดคะแนนระดับกลุ่มอาการไม่สบายในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังนั้นเป็นผลรวมของคะแนนโดยแบ่งเป็นคะแนนด้านความรุนแรง และคะแนนด้านความถี่ อาการอาการหอบเหนื่อยทั้งขณะมีกิจกรรมและขณะพัก อาการเหนื่อยล้า เจ็บแน่นหน้าอก อาการใจสั่น บวมบริเวณอวัยวะส่วนปลาย อาการนอนไม่หลับ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล และอาการเบื่ออาหาร ซึ่งแต่ละข้อมีคะแนนที่เป็นไปได้คือ 0 ถึง 10 คะแนน และคะแนนรวมทั้งหมดที่เป็นไปได้คือ 0 ถึง 90 คะแนน คะแนนเฉลี่ยที่น้อยหรือมากนั้น แสดงถึงระดับอาการไม่สบายมีความรุนแรง ความถี่ ในระดับต่ำหรือสูง

ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม หมายถึง ความสามารถทางร่างกายของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานครในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน ประเมินโดยใช้เกณฑ์ของ The New York Heart Association (NYHA) (AHA Science Advisory Assessment of functional capacity in clinical and research applications, cited in Kubo et al., 2004) โดย

Class 1 หมายถึง ไม่จำกัดกิจกรรมที่ทำ และการทำกิจกรรมไม่ทำให้เกิดอาการใจสั่นเหนื่อย หรือเจ็บหน้าอก เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน รับประทานอาหาร เช็ดถูบ้าน ประกอบอาหาร เดินขึ้นบันไดบ้าน 1-2 ชั้น หรือเดินในระยะทาง 50-100 เมตร

Class 2 หมายถึง มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเล็กน้อย การทำกิจวัตรประจำวันอาจทำให้เกิดอาการใจสั่น เหนื่อย หรือเจ็บหน้าอกได้ อุ่นอาหาร ล้างจานจำนวนน้อยๆ หรือเดินขึ้นบันได้บ้านได้แค่ครึ่งชั้น หรือเดินบนพื้นราบได้ไม่ถึง 10 เมตร

Class 3 หมายถึง มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมมากขึ้น ในขณะพักไม่มีอาการ แต่กิจกรรมเล็กน้อยทำให้เหนื่อยหอบ ใจสั่น เจ็บหน้าอก เช่น เปลี่ยนเสื้อผ้า โกนหนวด เดินจากห้องหนึ่งไปยังอีกห้องหนึ่งในบ้าน รับประทานอาหาร หรือพูดคุย

Class 4 หมายถึง ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ ในขณะพักมีอาการเหนื่อยหอบ ใจสั่น เจ็บหน้าอก ได้แก่ ขณะอยู่เฉยๆ ไม่สามารถนอนราบ หรือหนุนหมอนเพียง 1 ใบได้ตามปกติ ต้องนอนศีรษะสูง ใช้จำนวนหมอนเพิ่มจากปกติ หรือต้องอยู่ในท่านั่งตลอดเวลา

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ประเมินโดยแพทย์ผู้ทำการรักษา ผู้วิจัยเก็บประวัติจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยในโรงพยาบาล

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานครในการได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลในเครือข่ายทางสังคม ได้แก่ คู่สมรส บุตร ญาติ เพื่อน ผู้ร่วมงานหรือบุคคลกรทางด้านสุขภาพ ประเมินจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาพัฒนาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของเอ็นริช (The ENRICHD Social Support Questionnaire) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย โดย จันทนา หล่อตจะกูล (2549) มีข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ มีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ โดยคะแนนเฉลี่ยน้อย แปลว่า มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย คะแนนเฉลี่ยมาก แปลว่า มีการสนับสนุนทางสังคมมาก

การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป หมายถึง การรับรู้และประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร ประเมินได้จากแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของพวงผกา กรีทอง (2550) ลักษณะเป็น visual analogue scale ความยาว 10 เซนติเมตรซึ่งบ่งบอกถึงระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของผู้ป่วยด้านซ้ายสุดกำกับด้วยข้อความไม่ดีเลย และด้านขวาสุดกำกับด้วยข้อความดีที่สุด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้บุคลากรทางด้านสุขภาพได้เข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และนำความรู้ที่ได้ไปเป็นแนวทางในการประเมิน วางแผน และให้การพยาบาลเพื่อมุ่งสู่การส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย
2. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาองค์ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพนำสู่การค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยภาวะสุขภาพอื่นต่อไป
3. เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาพัฒนาสู่การวิจัยเชิงทดลองทางการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังนำสู่การมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ และ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ กลุ่มอาการไม่สบาย ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยได้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง สรุปเป็นเนื้อหาสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว
2. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
3. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว

1.1 ความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลว มีผู้ให้ความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลวไว้ดังนี้

เดือนฉาย ชยานนท์ (2538) ได้ให้ความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลวว่า เป็นภาวะที่หัวใจไม่สามารถบีบตัวเพื่อส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายในขณะนั้น แม้ว่าจำนวนเลือดในห้องหัวใจจะมีปริมาณเพียงพอ โดยมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของหัวใจเองหรืออาจเป็นสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่หัวใจ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อย ไอ และอ่อนเพลีย

ประสาท เหล่าถาวร และคณะ (2541) ได้ให้ความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลวว่า เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ ทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ได้เหมาะสม ซึ่งสาเหตุที่พบบ่อยมาจาก โรคหัวใจ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคลิ้นหัวใจ

กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรง โรคหัวใจจากความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยหอบ ไอ คลื่นไส้ อาเจียน บวม และอ่อนเพลีย

สมนพร บุณยะรัตเวช (2543) ได้ให้ความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลวว่า เป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ ทำให้สูบฉีดเลือดออกไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่างๆ ไม่พอกับความต้องการ การทำงานที่ผิดปกติของหัวใจมีผลต่อระบบประสาทฮอร์โมน ผลที่ตามมาคือ อาการเหนื่อยง่าย มีการคั่งของน้ำในร่างกาย

สมจิต หนุเจริญกุล (2544) ได้ให้ความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลวว่า เป็นภาวะที่หัวใจไม่สามารถบีบเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้เพียงพอกับความต้องการในขณะพักหรือเมื่อต้องออกกำลัง ซึ่งสาเหตุที่แท้จริงเกิดจากหัวใจต้องทำงานหนักเกินกำลัง และความผิดปกติในการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ เป็นผลมาจากลิ้นหัวใจตีบ แรงดันในปอดสูง กล้ามเนื้อหัวใจตาย กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรง

เกษม รัตนสุมาวงศ์ (2544) ได้ให้ความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลวว่า เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ ทำให้หัวใจไม่สามารถส่งเลือดไปเลี้ยงให้เพียงพอกับความต้องการของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจได้รับบาดเจ็บ

ถาวร สุทธิไชยากุล (2546) ได้ให้ความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลวไว้ว่า เป็นสภาวะที่หัวใจทำงานไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ส่งผลให้มีการคั่งของน้ำในร่างกาย มีอาการเหนื่อยขณะออกแรง

Parmley (1989) ได้ให้ความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลวว่า เป็นภาวะที่หัวใจไม่สามารถส่งเลือดไปส่วนต่างๆ ของร่างกายได้เพียงพอกับความต้องการ ซึ่งอาการที่พบบ่อยคือ อาการเหนื่อยหอบ และเหนื่อยล้า

Poirrer and Oberlietner (1999) ได้ให้ความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลวว่า เป็นภาวะที่หัวใจไม่สามารถบีบเลือดเพื่อนำออกซิเจนและอาหารไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่างๆ ของร่างกายให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยมีสาเหตุสำคัญจากความผิดปกติในการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ โรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และโรคความดันโลหิตสูง

Packer และคณะ (1998 อ้างถึงใน ทรงขวัญ ศิลารักษ์, 2544) ได้ให้ความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลวว่า เป็นลักษณะของกลุ่มอาการโดยรวม ซึ่งมีลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกที่เกิดจากความผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจเวนตริเคิลซ้าย และการเปลี่ยนแปลงการควบคุมระบบประสาท-ฮอร์โมน (neurohormonal regulation) โดยมีอาการทางคลินิกร่วมกันระหว่างอาการที่เหนื่อยขณะออกแรง มีน้ำและเกลือแร่คั่งค้างในร่างกาย

Colucci and Braunwald (2001 cited in Carelock and Clack, 2001: 26-28) ได้ให้ความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลวว่า เป็นภาวะที่หัวใจไม่สามารถบีบเลือดไปเลี้ยงให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่เป็นผลมาจากโรคหัวใจ หรือความผิดปกติของการเผาผลาญในร่างกาย เช่น โรคหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรง ความดันโลหิตสูง หรือ ภาวะไทรอยด์เป็นพิษ เป็นต้น

ดังนั้น ภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจไม่สามารถบีบตัวเพื่อส่งเลือดและออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อต่างๆ ของร่างกายได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของหัวใจหรือเป็นสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่หัวใจ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะศึกษาเฉพาะในกลุ่มที่มีสาเหตุมาจากโรคหัวใจและโรคระบบไหลเวียน และมีระยะเวลาของภาวะหัวใจล้มเหลวมามากกว่า 3 เดือน

1.2 สาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลว

สาเหตุของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ สาเหตุที่แท้จริง (Underlying cause) และสาเหตุชักนำ (Precipitating cause) โดยทั่วไปผู้ป่วยจะมีพยาธิสภาพที่ทำให้มีความผิดปกติอยู่แล้ว ถ้าไม่ได้รับการรักษาและกำจัดสาเหตุจะทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจต้องทำงานหนักจนประสิทธิภาพเสื่อมลง และเมื่อเกิดสาเหตุชักนำเพิ่มเติมขึ้นจะทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้

1.2.1 สาเหตุที่แท้จริง แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ

1.2.1.1 หัวใจทำงานเกินกำลัง การทำงานหัวใจจะเพิ่มขึ้นอย่างมากเนื่องจากปริมาตรเลือดที่มากเกินไป (volume overload) หรือหัวใจบีบตัวแรงเกินกำลัง (pressure overload) โดยปกติเมื่อปริมาตรเลือดก่อนหัวใจบีบตัวเพิ่มขึ้นจะทำให้แรงบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ แต่เมื่อปริมาตรเลือดก่อนหัวใจบีบตัวมากเกินที่หัวใจห้องล่างจะรับได้ จะทำให้ลดแรงบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ จำนวนเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที (cardiac output) จึงลดลงทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (เดือนฉาย ชยานนท์, 2538; สมจิต หนุเจริญกุล, 2544; Francis, Gassler and Sonnenblick, 2001) ซึ่งความผิดปกติที่ทำให้เพิ่มปริมาตรเลือดก่อนหัวใจบีบตัว ได้แก่ ลิ้นหัวใจรั่ว เนื่องจากถูกทำลาย ปริมาตรของเลือดในระบบไหลเวียนมากเกินไป (hypervolumia) และความพิการของหัวใจแต่กำเนิด สำหรับความผิดปกติที่ทำให้หัวใจต้องบีบตัวแรงเกินกำลังจนไม่สามารถบีบตัวเพิ่มขึ้นอีกต่อไป และเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ ลิ้นหัวใจตีบ แรงดันในปอดและแรงต้านในหลอดเลือดส่วนปลายสูง (พิกุล บุญช่วง, 2541; สมจิต หนุเจริญกุล, 2544; Francis, Gassler and Sonnenblick, 2001)

1.1.1.2 ความผิดปกติในการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ เป็นภาวะที่มีการขัดขวางการบีบตัวการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ โดยการมีพยาธิสภาพเกิดขึ้นกับกล้ามเนื้อหัวใจ ได้แก่ กล้ามเนื้อหัวใจตาย กล้ามเนื้อหัวใจเลือดขาดเลือดไปหล่อเลี้ยง การอักเสบของกล้ามเนื้อหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรง (cardiomyopathy) และอนูริซึมของเวนตริเคิล (ventricular aneurysm) ทำให้การบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ไม่สามารถไล่เลือดออกจากหัวใจห้องล่างได้หมด ปริมาตรของเลือดที่ออกจากหัวใจแต่ละครั้งจึงลดลง และมีภาวะภายนอกที่บีบรัดหัวใจทำให้หัวใจห้องล่างไม่สามารถรับเลือดและบีบตัวได้เต็มที่ ได้แก่ หัวใจถูกบีบรัดจากเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (pericarditis) หัวใจถูกบีบกดจากมีปริมาณของเหลว เช่น น้ำหนอง หรือเลือดภายในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ (pericardial effusion) ภาวะหัวใจถูกบีบรัด (cardiac temponade) ทำให้เลือดไหลเวียนไม่สะดวก (เดือนฉาย ชยานนท์, 2538; พิกุล บุญช่วง, 2541; สมจิต หนุเจริญกุล , 2544; Parmley, 1989)

1.2.2 สาเหตุชักนำ มีดังนี้

1.2.2.1 การเกิดการอุดตันภายในหลอดเลือดแดงปอด ผู้ป่วยที่มีกิจกรรมน้อย จะทำให้ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีต่ำ มีการคั่งของการไหลเวียนของเลือดจะทำให้เกิดลิ่มเลือดบริเวณส่วนปลายของร่างกาย บริเวณอุ้งเชิงกรานซึ่งการเกิดลิ่มเลือดไปอุดตันที่ปอดอาจทำให้เพิ่มความดันในหลอดเลือดแดงของปอดอย่างเฉียบพลันทำให้หัวใจห้องล่างขวามีเลือดคั่งและขยายใหญ่ขึ้นเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวมากขึ้น ทำให้ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจยิ่งน้อยลง และลิ่มเลือดเหล่านี้อาจทำให้เนื้อปอดเกิดตายได้ (Braunwald, 2000)

1.2.2.2 การมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือการนำไฟฟ้าหัวใจผิดปกติทำให้ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลงทำให้หัวใจทำงานมากขึ้นจึงเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมา แบ่งเป็น หัวใจเต้นช้า หรือเต้นเร็วมากกว่าปกติ หรือเกิดจากการส่งกระแสไฟฟ้าผิดปกติในกล้ามเนื้อหัวใจโดยเฉพาะอย่างยิ่งหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติ (atrial fibrillation) มักเกิดร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลว มีการศึกษาในกลาสโกว์ (Glasgow) ประเทศสก็อตแลนด์พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการหัวใจห้องบนเต้นเร็วจำนวนมากกว่าร้อยละ 60 มักเกิดจากการเสียหน้าที่ของหัวใจห้องล่างซ้ายและยังมีบางการศึกษาพบว่าหัวใจห้องบนเต้นเร็วมีความสัมพันธ์กับอัตราตาย ส่วนการเต้นผิดจังหวะของหัวใจห้องล่างก็เป็นอาการแสดงที่พบบ่อยในภาวะหัวใจล้มเหลวและเป็นอาการที่จะทำให้เกิดการตายทันที (sudden death) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Lip, Gibbs, & Beevers, 2000)1.2.2.3 การติดเชื้อในร่างกาย สารพิษจากเชื้อทำให้มีการเพิ่มกระบวนการเมตาบอลิสึม ภาวะกรด ด่างเปลี่ยนแปลง มีภาวะพร่องออกซิเจนเกิดการขยายตัวของ

หลอดเลือดส่วนปลายมีผลให้หัวใจเต้นเร็วทำให้ความต้องการออกซิเจนของร่างกายเพิ่มขึ้น ทำให้หัวใจทำงานมากขึ้น ถ้าการรักษาไม่เหมาะสมก็ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมา (เดือนฉาย ชยานนท์, 2538; สมจิต หนุเจริญกุล, 2544; Bondmass and Schwertz,1998; Braunwald, 2000; Lip,Gibbs, & Beevers, 2000; Carelock and Clack, 2001)

1.2.2.4 ภาวะโลหิตจาง ต่อมธัยรอยด์เป็นพิษ ไข้รูมาติค และกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ ความดันโลหิตสูง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (เดือนฉาย ชยานนท์, 2538; สมจิต หนุเจริญกุล, 2544; Piano, Bondmass and Schwertz, 1998; Braunwald, 2000; Carelock and Clack, 2001)

1.2.2.5 สาเหตุอื่นๆ ได้แก่ การออกกำลังกายที่มากเกินไปการคั่งของเกลือและน้ำจากการใช้ยาจำพวกสเตียรอยด์ โรคไตวาย การให้เลือดหรือให้น้ำเกลือที่มากและเร็วเกินไป การเปลี่ยนแปลงอารมณ์ที่รุนแรง การลดหรือหยุดยาเอง (เดือนฉาย ชยานนท์, 2538; สมจิต หนุเจริญกุล, 2544)

1.3 อาการทางคลินิกของภาวะหัวใจล้มเหลว

อาการของภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีลักษณะอาการเช่นเดียวกับภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มอาการ และอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งข้างซ้ายและข้างขวา (เดือนฉาย ชยานนท์, 2538; ประสาท เหล่าถาวร และคณะ, สมจิต หนุเจริญกุล, 2544; Poirrer and Oberleitner, 1999) ดังนี้

1.3.1 ภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลว ทำให้มีเลือดมาคั่งที่ปอด จึงเกิดอาการหายใจลำบาก ความทุกข์ทรมานจากอาการหายใจลำบากแตกต่างกันตามลักษณะท่าของผู้ป่วย กิจกรรมที่ต้องออกแรง และระดับความเครียด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.3.1.1 อาการหายใจลำบากหรืออาการหอบเหนื่อยจะปรากฏอาการแสดงดังนี้

1.3.1.1.1 อาการหายใจลำบากหรืออาการหอบเหนื่อย เป็นอาการเริ่มแรกเกิดจากความดันในหลอดเลือดแดงของปอดเพิ่มขึ้นจากหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลว ทำให้มีการคั่งของเลือดและเกิดปอดบวมน้ำ ทำให้ปอดขยายตัวไม่ดี จึงต้องเพิ่มแรงในการหายใจ และมีการเพิ่มแรงต้านทานของการหายใจ จึงเกิดอาการหอบเหนื่อยเมื่อมีกิจกรรมของร่างกาย เมื่อพักอาการจะดีขึ้น อาการหอบเหนื่อยของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่ามีอาการหอบเหนื่อยขณะพักร้อยละ 25 หอบเหนื่อยเมื่อออกแรงร้อยละ 92 (Caruana, Petrie, Davie, & McMurray, 2000)

1.3.1.1.2 อาการหอบเหนื่อยที่สัมพันธ์กับท่า (Orthopnea) คือ จะมีอาการหอบเหนื่อยเมื่อนอนราบ ขณะผู้ป่วยนอนหงายราบจะหายใจหอบ แต่ถ้านั่งอาการหอบเหนื่อยลดลง เนื่องจากปอดมีเลือดคั่งจากเลือดไหลกลับจากอวัยวะส่วนปลายเข้าหลอดเลือดดำที่กลับเข้าหัวใจและปอด ท่านอนหงายราบกระบังลมจะยกสูงขึ้นทำให้อวัยวะในช่องท้องกดกระบังลมทำให้อากาศที่ออกจากปอดลดลง จากการศึกษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 1,032 ราย พบอาการหอบเหนื่อยเมื่อนอนราบ ร้อยละ 74.9 (Smith, Poses, McClish, Huber, Clemo, Alexander, & et al., 2002)

1.3.1.1.3 อาการหายใจลำบากเป็นพักๆ ในตอนกลางคืน (Paroxysmal Noctunal Dyspnea) เป็นอาการสำคัญ คือ ผู้ป่วยจะนอนหลับสบายในท่านอนราบหนุนหมอนตามปกติประมาณ 2-5 ชั่วโมง และตื่นขึ้นมาตอนกลางคืนกลางดึก เนื่องจากหายใจไม่ออก เหนื่อยหอบ มักเป็นอยู่ประมาณ 15-20 นาที อาการจะลดลงเมื่อนั่ง ซึ่งเป็นผลจากการเพิ่มปริมาตรของเลือด ขณะเข้าสู่หัวใจจากการดูดซึมกลับของน้ำบริเวณที่บวมตามส่วนห้อยต่ำที่สะสมอยู่ในเวลากลางวัน หัวใจห้องล่างซ้ายที่ล้มเหลวไม่สามารถทนต่อปริมาตรของเลือดที่มากเกินไปได้ ทำให้เพิ่มความดันในหลอดเลือดดำของปอด จากการศึกษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 1,032 ราย พบอาการหอบเหนื่อยเป็นพัก ๆ ในตอนกลางคืนร้อยละ 61.7 (Smith et al., 2002) และจากการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 159 ราย พบว่ามีอาการหอบเหนื่อยเป็นพักๆ ในตอนกลางคืน ร้อยละ 23 (Caruana, Petrie, Davie, & McMurray, 2000) อาการหายใจลำบากเป็นพักๆ ในตอนกลางคืนอาจมีผลต่อไปคือ เกิดภาวะปอดบวมน้ำอย่างเฉียบพลัน (acute pulmonary edema) ซึ่งเกิดจากการเพิ่มความดันในหลอดเลือดดำของปอด ร่วมกับหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลวเมื่อสารน้ำเข้าไปในถุงลมปอด การแลกเปลี่ยนก๊าซก็จะถูกขัดขวางร่วมกับการที่ปอดยืดขยายได้ไม่ดีจากภาวะปอดบวมน้ำ อาจเกิดขึ้นเองหรือเกิดจากการออกแรงเพิ่มขึ้นทันทีทันใด อาการหอบเหนื่อยมักเกิดร่วมกับมีเสมหะเป็นฟองสีชมพูปน หรือมีอาการหายใจผิดปกติแบบหยุดเป็นพักๆ (Cheyne -Stoke respiration) โดยมีลักษณะการหายใจหอบเร็ว (hyperpnea) แล้วค่อยๆ ช้าลงจนหยุดหายใจแล้วเริ่มหายใจใหม่เป็นเช่นนี้สลับกัน

1.3.1.2 อาการเจ็บหน้าอกในท่านอนราบตอนกลางคืน กลไกการเกิดคล้ายกับอาการหายใจลำบากในตอนกลางคืน จากการตอบสนองของหัวใจห้องล่างซ้ายต่อปริมาตรเลือดที่มากเกินไป เนื่องจากการดูดซึมกลับของน้ำจากการบวมทำให้เกิดอาการปวดแทนที่จะหายใจไม่ออก

1.3.1.3 อาการไอ เป็นอาการสำคัญซึ่งเกิดจากหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลว ผู้ป่วยอาจบ่นไอแห้งๆ ระคายคอและต้องใช้แรงไอ มักเกิดขึ้นในเวลากลางคืน การไอกลางคืนร่วมกับอาการหายใจลำบาก การไอเป็นเลือด เสมหะเป็นฟองสีชมพูซึ่งเกิดขึ้นในภาวะน้ำปอดอย่างเฉียบพลันหรือเป็นผลจากเอ็มโบลายไปอุดปอด (pulmonary emboli) อาการนี้มักพบเสมอในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

1.3.1.4 อาการของสมองขาดออกซิเจน (Cerebral hypoxia) เกิดจากปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจล่างซ้ายต่อ 1 นาทีลดลง ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ ส่งผลให้สมองไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ เกิดความวิตกกังวล หงุดหงิด กระสับกระส่าย ความจำเสื่อม ฝันร้าย นอนไม่หลับ ซึ่งอาจเกิดจากการระบายอากาศไม่เพียงพอและคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง

1.3.1.5 อาการอ่อนเพลียและกล้ามเนื้ออ่อนแรง จากภาวะเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่างไม่เพียงพอ และการขนส่งของของเสียจากการเผาผลาญของร่างกายได้ช้า จึงทำให้ผู้ป่วยอ่อนเพลียได้ง่าย (Siva & Noble, 1999) นอกจากนี้การนอนหลับและพักผ่อนไม่เพียงพออาจทำให้อ่อนเพลียมากขึ้น จากการสำรวจผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 11,062 ราย พบอาการอ่อนเพลียร้อยละ 68 (Cleland et al., 2002)

1.3.1.6 อาการแสดงทางระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยทั่วไปมักพบชีพจรเบาเร็วเป็นการตอบสนองต่อการทำงานของประสาทอรีเนอร์จิคและอัตราการเต้นของหัวใจจะลดลงมาเท่าเดิมได้ช้า แม้ได้พักเนื่องจากการเพิ่มของปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจล่างซ้าย 1 นาที ในการตอบสนองต่อการออกแรงจะกระทำได้จากหัวใจต้องบีบตัวเร็วขึ้น ค่าความต่างระหว่างความดันซีสโตลิคกับความดันไดแอสโตลิค (pulse pressure) แคบชีพจรเต้นแรงและเบาสลับกัน (pulsus alternans) เป็นอาการแสดงของหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลว (Siva & Noble, 1999) จากการศึกษาผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวจำนวน 1,032 ราย พบว่าชีพจรอยู่ในช่วง 77-123 ครั้งต่อนาที (Smith, Poses, McClish, Huber, Clemo, Alexander, et al., 2002) ฟังเสียงหัวใจจะได้ยินเสียงควบ (เสียบ S_3 และ S_4) เป็นอาการเริ่มแรกของภาวะหัวใจล้มเหลว เมื่อหัวใจห้องล่างไม่สามารถยืดขยายต่อไป และผนังของหัวใจสั่นสะเทือนขณะรับเลือดเมื่อหัวใจคลายตัว (Siva & Noble, 1999)

1.3.2 ภาวะหัวใจห้องล่างขวาวาย มีดังนี้

1.3.2.1 อาการบวมที่ส่วนล่างของร่างกาย เช่น ขา แผ่นหลัง บวมแน่นที่ท้อง น้ำหนักเพิ่มมากขึ้น เกิดจากการคั่งของน้ำในหลอดเลือดทั่วร่างกาย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงการทำงานของไต เมื่อปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจห้องล่างซ้ายใน 1 นาทีลดลง ทำ

ให้เลือดไปเลี้ยงไตลดลง อัตราการกรองที่ไตลดลง เกิดการคั่งของโซเดียม และน้ำ และจากการที่เลือดไปเลี้ยงไตลดลงอย่างต่อเนื่องจะกระตุ้นการทำงานของระบบเรนนิน แอนจิโอเทนซิน อัลโดสเตอโรน (rennin-angiotensin-aldosterone) โดย อัลโดสเตอโรนจะยิ่งกระตุ้นทิวบูลของไตให้เก็บน้ำและโซเดียมมากขึ้น ทำให้เกิดอาการบวม เมื่อความเข้มข้นของโซเดียมในน้ำนอกเซลล์เพิ่มขึ้น แรงดันออสโมติคของพลาสมาจะเพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งจะกระตุ้นไฮโปทาลามัสให้หลั่งฮอร์โมนที่ยับยั้งการขับปัสสาวะ (antidiuretic hormone [ADH]) ส่งเสริมให้ทิวบูลดึงน้ำไว้ ปัสสาวะจึงออกน้อย อย่างไรก็ตามอัลโดสเตอโรตมีผลทำให้เกิดอาการบวมได้มากกว่าฮอร์โมนเอดีเอช (พิกุล บุญช่วง, 2541; วิเชียร ทองแตง, 2543; Watson, Gibbs, &Lip, 2000) จากการศึกษาเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว 159 ราย พบมีอาการบวม ร้อยละ 68 (Caruana, Petrie, Davie, & McMurray, 2000) จากการสำรวจผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 11,062 ราย มีอาการบวมที่ข้อเท้าร้อยละ 55 (Cleland et al., 2002) ตรวจร่างกายพบ อาการบวมน้ำ (edema) เกิดเมื่อมีน้ำคั่งนอกเซลล์ มากกว่า 5 ลิตร มักบวมเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ภาวะที่มีน้ำในเยื่อบุช่องท้อง (ascites) และภาวะน้ำอยู่ในช่องเยื่อหุ้มปอด (hydrothorax) มักพบในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยพบที่ปอดทั้ง 2 ข้าง ถ้าพบข้างเดียวมักพบปอดข้างขวา (Watson, Gibbs, &Lip, 2000)

1.3.2.2 แรงดันหลอดเลือดดำที่คอสูง (jugular venous pressure [JVP]) สูงเกิน 4 ซม. เหนือมุมกระดูกสันอกเนื่องจากเลือดที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจทางห้องบนไม่สามารถไหลเข้าได้สะดวก เพราะความดันในห้องหัวใจล่างขวาสูง โดยขณะตรวจจัดให้ผู้ป่วยนอนหัวใจสูง 15-45 องศา การตรวจหลอดเลือดดำที่คอสูง ในทางปฏิบัติขาดความแม่นยำ เช่นในภาวะหัวใจข้างซ้ายล้มเหลวแต่หลอดเลือดดำที่คออาจไม่สูง (Siva & Noble, 1999)

1.3.2.3 ตับโต และอาจมีอาการปวดท้องจากการที่เลือดไม่สามารถไหลกลับเข้าหัวใจได้ ทำให้เลือดคั่งตามอวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะตับ และอาจมีเลือดคั่งในตับมากจนเนื้อตับขาดออกซิเจน เกิดเนื้อตับตายและกลายเป็นพังผืดแข็งที่เรียกว่า ตับแข็งจากโรคหัวใจ (cardiac cirrhosis) ตรวจได้โดยใช้มือ 2 ข้างกดท้องบริเวณใต้ชายโครงขวานาน 1 นาที ถ้าหลอดเลือดดำที่คอสูงกว่าเดิม 2 ซม. ถือว่ามีหัวใจขวาล้มเหลวหรือมีการคั่งของน้ำที่ตับมักคลำได้ก่อนที่จะเกิดอาการบวมน้ำ (edema) ถ้าเกิดขึ้นเร็วมักจะกดเจ็บแต่ถ้าโตเรื้อรังก็กดไม่เจ็บ (Siva & Noble, 1999)

1.4 การแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจึงมีการแบ่งระดับความรุนแรงเพื่อเป็นแนวทางในการจัดการรักษาและให้การพยาบาล การแบ่งระดับความรุนแรงตามระยะของ

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา หรือแบ่งตามระดับความรุนแรงของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก จากการประชุมของ American College of Cardiology ในปี ค.ศ. 2001 แบ่งระยะของภาวะหัวใจล้มเหลว โดยแบ่งเป็น 4 ระยะดังนี้

ระยะ A ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว แต่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพที่ชัดเจนและไม่มีความผิดปกติของการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ เยื่อหุ้มหัวใจหรือลิ้นหัวใจ ตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน ได้รับยารักษาโรคหัวใจ มีประวัติครอบครัวเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจพิการ ผู้ที่ดื่มสุราเป็นประจำ

ระยะ B ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของหัวใจ แต่ยังไม่มีอาการหรืออาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวคือ หัวใจล่างซ้ายโต และขยายใหญ่ ผู้ป่วยลิ้นหัวใจพิการ ชนิดตีบหรือรั่ว ผู้ป่วยที่เคยเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายมาก่อน

ระยะ C ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของหัวใจและกำลังมีหรือเคยมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว ตัวอย่าง ผู้ป่วยที่มีอาการหอบเหนื่อยเนื่องมาจากหัวใจล่างซ้ายผิดปกติ ช่วงหัวใจบีบตัวผู้ป่วยที่ไม่มีอาการใดๆ หลังได้รับการรักษาด้วยยา (NYHA class I)

ระยะ D ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของหัวใจขั้นรุนแรง ซึ่งเป็นผู้ป่วยในระยะสุดท้ายมีอาการแม้ในขณะพัก แม้ได้รับการรักษาทางยาอย่างเต็มที่และต้องรับการรักษาพิเศษเพิ่มเติม ตัวอย่าง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย หรือเข้า-ออกโรงพยาบาลบ่อยครั้งติดๆ กัน ผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหัวใจบีบตัว (mechanical circulatory assist device) หรือให้ยาช่วยการบีบตัวของหัวใจทางหลอดเลือดอย่างต่อเนื่อง (inotrope) หรือผู้ป่วยที่รอเปลี่ยนหัวใจ

การจำแนกระยะของภาวะหัวใจล้มเหลวดังกล่าว ระยะของโรคจะไม่กลับคืนสู่ระยะต้นๆ ซึ่งจะมีความแตกต่างกับการจัดกลุ่มตามความรุนแรง ของ The New York Heart Association ได้จำแนกตามความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ดังนี้ (Watson, Gibbs, &Lip, 2000)

Class I มีกิจกรรมของร่างกายได้ตามปกติในแต่ละวัน ไม่แสดงอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว

Class II ไม่มีอาการขณะพักแต่เมื่อปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจะอ่อนเพลีย ใจสั่น หรือมีอาการหายใจลำบาก

Class III มีกิจกรรมของร่างกายเพียงเล็กน้อย เกิดอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวเมื่อผู้ป่วยพักอาการต่างๆ จะหายไป

Class IV มีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวขณะพัก

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้เกณฑ์ของ The New York Heart Association (NYHA)

1.5 การวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลว

การวินิจฉัยโรคสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท (ประสาท เหล่าถาวร และคณะ, 2541; สมจิต หนุเจริญกุล, 2544; ทรงขวัญ ศิลารักษ์, 2544; รังสฤษฎ์ กาญจนะวนิชย์, 2546) ดังนี้

1.5.1 Non- invasive methods ได้แก่ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจนับเม็ดเลือดแดง การตรวจสารประกอบชีวเคมีในเลือด การตรวจปัสสาวะ การตรวจภาพถ่ายทรวงอก การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (Echocardiography) การตรวจสมรรถภาพร่างกายด้วยการออกกำลังกาย (Exercise stress test) การตรวจทางนิวเคลียร์เพื่อประเมินการทำงานของหัวใจ (Radionuclide angiography)

1.5.2 Invasive method ได้แก่ การตรวจสวนหัวใจ (cardiac catheterization) เป็นการประเมินความผิดปกติของหัวใจโดยการนำสายสวนหัวใจผ่านทางหลอดเลือด และวัดแรงดันในห้องหัวใจโดยตรง และการตรวจโดยใช้สายสวนเข้าหัวใจ (Swan-Ganz Ballon thermodilution) โดยการสอดสายสวนเข้าทางหลอดเลือดดำเข้าไปยังเส้นเลือดแดงพัลโมนารี (pulmonary artery) ทำให้ทราบถึงสมรรถภาพของหัวใจห้องล่างทั้งข้างซ้ายและข้างขวา และระบบไหลเวียน

1.6 การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

เป้าหมายหลักของการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจวายล้มเหลวเรื้อรังมีหลักการเช่นเดียวกับการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน คือ เพิ่มประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจ และลดการทำงานของหัวใจ (ประสาท เหล่าถาวร และคณะ, 2541; สมจิต หนุเจริญกุล, 2544; ปิยมิตร ศรีธารา, 2544; รังสฤษฎ์ กาญจนวนิชย์, 2546) ดังนี้

1.6.1 กำจัดสาเหตุที่ชักนำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น การติดเชื้อ ภาวะโลหิตจาง เป็นต้น

1.6.2 แก้ไขสาเหตุที่แท้จริงที่ทำเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น การผ่าตัดแก้ไขความพิการของลิ้นหัวใจ

1.6.3 ควบคุมภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ให้รุนแรงมากขึ้นโดย

1.6.3.1 ลดการทำงานของหัวใจ กระทำได้โดย

1.6.3.1.1 การลดปริมาตรเลือดก่อนหัวใจบีบตัว (Preload) ทำได้โดยการให้ยาขับปัสสาวะ ซึ่งยาจะเพิ่มการขับน้ำและโซเดียมออกทางไตทำให้ปริมาตรเลือดในระบบไหลเวียนลดลง ลดปริมาตรเลือดก่อนหัวใจบีบตัว ลดการคั่งของเลือดในปอด มีการจำกัดน้ำ

และเกลือโซเดียม พร้อมทั้งจัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าศีรษะสูง เพื่อช่วยลดการคั่งของเลือดในหลอดเลือดฝอยของปอดและลดการไหลกลับของเลือดเข้าสู่หัวใจ

1.6.3.1.2 การลดแรงต้านในขณะหัวใจบีบตัว (Afterload) โดยการให้ยาขยายหลอดเลือด เช่น ไนโตรกลีเซอรีน (nitroglycerine) ไฮดราลาซีน (hydralazine) เป็นต้น และในปัจจุบันมีการนำยากลุ่ม Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor มาใช้ในการรักษาผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว

1.6.3.1.3 การลดความต้องการใช้ออกซิเจนของร่างกายโดยการพักผ่อนทั้งทางร่างกายและจิตใจเพื่อรักษาพลังงานของผู้ป่วยโดยให้ใช้น้อยที่สุดและเกิดประโยชน์มากที่สุด

1.6.3.2 เพิ่มประสิทธิภาพในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ โดยให้ยาดิจิตาลิส (digitalis) โดปามีน (dopamine) และโดบิวทามีน (dobutamine) เนื่องจากยาจะช่วยเพิ่มแรงบีบตัวของหัวใจ ทำให้ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจและปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีเพิ่มขึ้นและให้ออกซิเจน ซึ่งจะช่วยให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจนเพิ่มขึ้น จึงช่วยให้หัวใจบีบตัวได้ดีขึ้น

1.6.3.3 ส่งเสริมสุขภาพร่างกายโดยการให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ

ผลกระทบของภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจึงมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ ครอบครัวสังคม และเศรษฐกิจ ดังต่อไปนี้

1. ด้านร่างกาย จากภาวะของโรคทำให้เกิดอาการหอบเหนื่อย อาการอ่อนเพลียหรือเหนื่อยล้า บวม ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมหรือทำกิจวัตรประจำวันได้ลดลง การนอนหลับพักผ่อนน้อยลง และไม่มีประสิทธิภาพ(Nordgren and Soresen, 2003: Evangelista et al., 2000: Watson, Gibbs and Lip, 2000: Barnes et al., 2006: Zambroski et al., 2005: Maneesilp, 1999:Chatvichai, 2003: Friedman, 1997)

2. ด้านจิตใจ นอกจากข้อจำกัดจากอาการทางกายซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าแล้วผู้ป่วยยังมีอาการสับสน และความจำลดลง ทำให้การสื่อสารของผู้ป่วยกับผู้คนรอบข้างลดลง การติดต่อกับสังคมจึงลดลง ยิ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปัญหาทางจิตมากขึ้น และเครียดที่ต้องเป็นภาระ

ให้กับครอบครัว และรู้สึกไม่มีศักดิ์ศรี รวมทั้งความกดดันทางด้านจิตใจจากการที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค

3. ด้านครอบครัว เกิดภาระกับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยทั้งในเรื่องการจัดหาอาหารเฉพาะโรคและดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน บางครั้งผู้ป่วยอาจมีอาการสับสนทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดตามไปด้วย ซึ่งถ้าผู้ดูแลสามารถดูแลเรื่องอาหาร การรับประทานยา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งเสริมการเกิดโรคจะช่วยลดอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยได้ กล่าวได้ว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (ฉัตรวลัย ใจอารีย์, 2533: เยาวภา บุญเที่ยง, 2545)

4. ด้านสังคม จากอาการหอบเหนื่อยและเหนื่อยล้า ผู้ป่วยบางรายมีอาการบวมทำให้สูญเสียภาพลักษณ์ ทำให้ผู้ป่วยขาดการติดต่อปฏิสัมพันธ์กับสังคม นอกจากนี้จากปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลงทำให้ผู้ป่วยสับสน และความจำลดลงรวมถึงซึมเศร้าดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ทำให้การติดต่อกับสังคมลดลง จากการศึกษาของ Riedinger และคณะ (2002) ที่ซึ่งทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหญิงที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเปรียบเทียบกับประชากรหญิงที่ไม่มีปัญหาสุขภาพพบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตด้านกิจกรรมสังคมของผู้ป่วยหญิงที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่ำกว่าปกติและต่ำกว่าประชากรหญิงโดยทั่วไป

5. ด้านเศรษฐกิจ จากภาวะเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ทำให้ขาดรายได้ สำหรับผู้ป่วย นอกจากนี้ยังต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นเป็นภาระแก่ผู้ดูแลและกระทบกระเทือนถึงการพัฒนาประเทศจากการต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษา และสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ซึ่งจะเป็นกำลังของประเทศ

2. ผลกระทบของภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจึงมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ ครอบครัวสังคม และเศรษฐกิจ ดังต่อไปนี้

2.1 ด้านร่างกาย จากภาวะของโรคทำให้เกิดอาการหอบเหนื่อย อาการอ่อนเพลียหรือเหนื่อยล้า บวม ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมหรือทำกิจวัตรประจำวันได้ลดลง การนอนหลับพักผ่อนน้อยลง และไม่มีประสิทธิภาพ(Nordgren and Soresen, 2003: Evangelista et al., 2000: Watson, Gibbs and Lip, 2000: Barnes et al., 2006: Zambroski et al., 2005: Maneesilp, 1999:Chatvichai, 2003: Friedman, 1997)

2.2 ด้านจิตใจ นอกจากข้อจำกัดจากอาการทางกายซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าแล้วผู้ป่วยยังมีอาการสับสน และความจำลดลง ทำให้การสื่อสารของผู้ป่วยกับผู้คนรอบข้างลดลง การติดต่อกับสังคมจึงลดลง ยิ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปัญหาทางจิตมากขึ้น และเครียดที่ต้องเป็นภาระให้กับครอบครัว และรู้สึกไม่มีศักดิ์ศรี รวมทั้งความกดดันทางด้านจิตใจจากการที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค

2.3 ด้านครอบครัว เกิดภาระกับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยทั้งในเรื่องการจัดหาอาหารเฉพาะโรคและดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน บางครั้งผู้ป่วยอาจมีอาการสับสนทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดตามไปด้วย ซึ่งถ้าผู้ดูแลสามารถดูแลเรื่องอาหาร การรับประทานยา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งเสริมการเกิดโรคจะช่วยลดอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยได้ กล่าวได้ว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (ฉัตรวลัย ใจอารีย์, 2533: เยาวภา บุญเที่ยง, 2545)

2.4 ด้านสังคม จากอาการหอบเหนื่อยและเหนื่อยล้า ผู้ป่วยบางรายมีอาการบวมทำให้สูญเสียภาพลักษณ์ ทำให้ผู้ป่วยขาดการติดต่อปฏิสัมพันธ์กับสังคม นอกจากนี้จากปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลงทำให้ผู้ป่วยสับสน และความจำลดลงรวมถึงซึมเศร้าดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ทำให้การติดต่อกับสังคมลดลง จากการศึกษาของ Riedinger และคณะ (2002) ที่ซึ่งทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหญิงที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเปรียบเทียบกับประชากรหญิงที่ไม่มีปัญหาสุขภาพพบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตด้านกิจกรรมสังคมของผู้ป่วยหญิงที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่ำกว่าปกติและต่ำกว่าประชากรหญิงโดยทั่วไป

2.5 ด้านเศรษฐกิจ จากภาวะเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ทำให้ขาดรายได้ สำหรับผู้ป่วย นอกจากนี้ยังต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นเป็นภาระแก่ผู้ดูแล และกระทบกระเทือนถึงการพัฒนาประเทศจากการต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาและสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ซึ่งจะเป็นกำลังของประเทศ

3. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว

เนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรงและคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก หากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามแนวทางการรักษา อาการของโรคอาจไม่ดีขึ้นหรือกำเริบรุนแรงจนถึงแก่ชีวิตได้ พบว่ามีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ต้องกลับเข้าพักรักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วย

ภาวะหัวใจล้มเหลว โดยปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวมีอาการกำเริบและกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ การรับประทานอาหารไม่เหมาะสม การรับประทานยาไม่ถูกต้อง การไม่มาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ การออกกำลังหรือการมีกิจกรรมต่างๆ ที่ไม่เหมาะสม หรือแม้กระทั่งผู้ป่วยไม่สามารถจดจำและจัดการกับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากภาวะหัวใจล้มเหลวได้ (สมจิต หนุเจริญกุล, 2541; Smeltzer & Bare, 2004) ซึ่งผลการวิจัยพบว่า วิธีการเหล่านั้นพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญยิ่งในการผลักดันให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ ซึ่งก็คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ หรือลุกลามรุนแรงมากขึ้น และเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ดังนั้นแนวทางการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวจึงได้แก่

3.1 การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจถึงสาเหตุ กลไกการเกิดอาการของโรค การรักษาที่ได้รับและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ และรุนแรงมากขึ้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1.1 พยาบาลควรสอนให้ผู้ป่วยได้เข้าใจถึงโรคของตนเอง เริ่มตั้งแต่การแนะนำรูปร่างและหน้าที่ของหัวใจโดยใช้ภาพประกอบ ชี้ให้เห็นว่าหัวใจของผู้ป่วยมีความผิดปกติที่ตำแหน่งใด เช่น ลิ้นหัวใจ ผนังกั้นห้องระหว่างหัวใจ หรือหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ เป็นต้น และผลจากการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ควรให้ผู้ป่วยได้รู้จักอาการแรกของภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น น้ำหนักเพิ่ม ผิวหนังตึง ข้อเท้าบวม ไอบ่อยขึ้น รู้สึกเพลีย และการทำกิจวัตรประจำวันช้าลง

3.1.2 พยาบาลควรสอนรู้จักใช้ยา ฤทธิ์ข้างเคียงของดิจิตาลิส เช่นรู้สึกหัวใจเต้น หรือหัวใจกระโดด เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน มีปัญหาเรื่องการมองเห็น ชีพจรไม่สม่ำเสมอ เป็นต้น และฝึกให้ผู้ป่วยฝึกจับชีพจรของตนเอง

3.1.3 พยาบาลควรให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร และเครื่องดื่มที่เหมาะสม เช่นการรับประทานอาหารรสจืด งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นต้น

3.1.4 พยาบาลควรแนะนำให้ผู้ป่วยทราบถึงปัจจัยที่ชักนำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว เช่นการออกกำลังมากเกินไป การเปลี่ยนแปลงอารมณ์ที่รุนแรง เช่น อารมณ์โกรธ เป็นต้น

3.1.5 พยาบาลควรประเมินประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ และระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยเพื่อที่จะให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางกายที่ถูกต้อง และเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน โดยครอบคลุมในเรื่องความถี่ ความหนัก และ

ระยะเวลาของการมีกิจกรรมทางกาย และมีการสังเกตอาการผิดปกติขณะที่มีกิจกรรมทางกาย และหลังมีกิจกรรมทางกาย เป็นต้น

3.2 การสนับสนุนด้านจิตใจ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จะมีผลกระทบในด้านของจิตใจ คือเกิดความวิตกกังวล กลัว เครียด ซึ่งผลของสภาวะจิตใจที่เกิดขึ้นนี้มีผลต่อร่างกายของผู้ป่วย ส่งผลทำให้โรคดำเนินไปได้เร็วยิ่งขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องได้รับการสนับสนุนประคับประคองด้านจิตใจไปพร้อมกับการดูแลด้านร่างกาย พยาบาลต้องอาศัยกระบวนการ ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทางด้านจิตใจ และพิจารณากระบวนการในการนำมาใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายโดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย การพูดคุยและกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก รับฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยวิตกกังวลและให้ความห่วงใย การร่วมกันแก้ไขปัญหาและให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง (วนิดา อินทราชา, 2538; สุรินทร์ ทองยิ้ม, 2544; นุชรัตน์ ฉัตรวิชัย, 2545, สายรุ้ง บัวระพา, 2547) นอกจากนี้ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รู้จักดูแลตนเองอย่างพอเพียงและต่อเนื่อง เพื่อลดการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

4. **คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ** (Health-Related Quality of Life)

คุณภาพชีวิต เป็นเป้าหมายหลักในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ทุกกลุ่มอายุ เป็นเรื่องสำคัญในการดำเนินชีวิตและเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนปรารถนา รวมทั้งยังเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาประชากรของประเทศต่างๆ โดยเชื่อในแนวคิดที่ว่า ถ้าบุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี การพัฒนาในด้านต่างๆ ก็จะทำได้ดี และรวดเร็วขึ้น ดังนั้นในปัจจุบัน พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพได้ตระหนัก และให้ความสนใจเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยเชื่อว่า คุณค่าของการพยาบาลมิใช่อยู่ที่การช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตเท่านั้น แต่อยู่ที่การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพหรือมีความพึงพอใจในชีวิตด้วย แนวคิดคุณภาพชีวิตจึงเป็นแนวคิดที่ได้รับความสนใจอย่างกว้างขวาง แต่เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นคำที่มีพื้นฐานเป็นนามธรรม เป็นทฤษฎีที่กว้างและครอบคลุมหลายๆ แนวคิด (Feinstein, 1987 cited in Moons, 2004: Ferrans et al., 2005) เป็นเสมือนการรับรู้ของบุคคลภายใต้บริบททางวัฒนธรรมและระบบคุณค่าที่คนผู้นั้นอาศัยอยู่ และมีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย การคาดหวัง มาตรฐาน และสิ่งที่เกี่ยวข้องกับคนผู้นั้น (กิติกร มีทรัพย์ , 2537 อ้างถึงใน ศิริพร เหลียงกอบกิจ, 2542) ครอบคลุมถึง ภาวะการทำหน้าที่ ภาวะสุขภาพ ความสุข ความผาสุก ความพึงพอใจในชีวิต การปรับตัวทางจิตสังคม (Moons, 2004: Ferrans et al., 2005) ซึ่งแตกต่างกันไปตามกาลเวลา สถานที่ วัฒนธรรม จริยธรรม ศาสนา ความเชื่อ

ตลอดจนการรับรู้และการให้ความสำคัญของแต่ละบุคคล ประกอบด้วย กาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (สมพันธ์ หิญชีระนันท์, 2539) ดังนั้นจึงเป็นการยากที่จะให้คำจำกัดความของคำว่าคุณภาพชีวิตได้ชัดเจนและแน่นอน อีกทั้งยังเป็นการยากในหาเครื่องชี้วัดที่ครอบคุลมและนำไปใช้ในทางการปฏิบัติ (Ferrans et al., 2005)

นับตั้งแต่ ค.ศ. 1948 องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของคำว่าสุขภาพดีว่า ไม่ได้หมายถึงเพียงแค่ปราศจากโรคเท่านั้น แต่ต้องรวมทั้งมีสุขภาพจิตดี สุขภาพกายดี และสามารถอยู่ร่วมในสังคมได้อย่างมีความสุขด้วย (WHO, 1947 cited in Moons, 2004) อีกทั้งสุขภาพยังเป็นผลลัพธ์ทางการพยาบาล ซึ่งเป็นหนึ่งในองค์ประกอบของทฤษฎีทางการพยาบาลที่ประกอบด้วย คน สิ่งแวดล้อม และ พยาบาล ดังนั้นคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-related quality of life) จึงกลายมาเป็นสิ่งสำคัญที่ใช้ในการปฏิบัติและในการศึกษาวิจัย ในด้านการวัดผลกระทบจากการเจ็บป่วย ติดตามและทดสอบผลสัมฤทธิ์ของการรักษารวมทั้งวิเคราะห์สาเหตุของโรคและความเจ็บป่วย ซึ่งมีความเฉพาะในแต่ละโรค (สมชาย สุขสิริเสรีกุล, 2539: Wenger Mattson and Furberg et al., 1984: Calvert and Freemantle, 2003: Moons, 2004) โดยเฉพาะในโรคเรื้อรังซึ่งมีการดำเนินของโรคอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะของโรคในทุกๆ วัน เป้าหมายหลักในการรักษาจึงไม่จำกัดอยู่ที่การลดอัตราการเสียชีวิตแต่หากเป็นการดูแลเพื่อไม่ให้โรคกำเริบ ลดอาการหรือความรุนแรงของการเจ็บป่วย และให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ ทั้งนี้เพราะปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของบุคคล การมีสุขภาพดี จึงหมายถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย (Denham, 1991 อ้างถึงใน เบญจวรรณ บุณรัตนาภรณ์, 2540) นอกจากนี้ทอร์รานซ์ (Torrance, 1987 อ้างถึงใน สมจิต หนุเจริญกุล, 2537) ชี้ให้เห็นว่าภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ และมีผลต่อคุณภาพชีวิต กล่าวคือ ความเจ็บป่วยทำให้เกิดพยาธิสภาพและมีการทำหน้าที่ทางกายผิดปกติ จึงทำให้คุณภาพชีวิตเสื่อมลง ดังนั้นภาวะสุขภาพจึงสามารถใช้เป็นข้อบ่งชี้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลได้

4.1 ความหมายของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ากล่าวถึงคำว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไว้ต่างๆ กันดังนี้

ในปี 1982 Keplan และ Bush ได้นำคำว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมาใช้เพื่อให้มองเห็นลักษณะเฉพาะของคุณภาพชีวิตที่ได้รับอิทธิพลจากภาวะสุขภาพ ซึ่งมีความหมายแตกต่างจากคำว่าคุณภาพชีวิตที่ใช้กันอยู่แต่เดิม เนื่องจากเห็นว่าคำว่าคุณภาพชีวิตที่ใช้กันอยู่เดิมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพโดยตรง เช่น ภูมิอากาศ สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย ภาวะเศรษฐกิจ การเข้าถึงการใช้ทรัพยากร หลังจากนั้นก็ได้มีผู้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไว้แตกต่างกันไป

ได้แก่

National Institute of Health, U.S. Department of Health and Human Services (1990) ให้ความหมายของคำว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพว่า เป็นช่วงเวลาที่มีค่าของชีวิต ซึ่งสามารถคงสภาวะการทำหน้าที่ การรับรู้และโอกาสทางสังคม โดยปราศจากอิทธิพลของโรค อุบัติเหตุ จนทำให้ต้องเข้ารับการรักษา

Ware and Sherbouren (1992) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ประกอบด้วยหลายมิติ ซึ่งอาจแสดงแทนได้ด้วย ความพึงพอใจในชีวิตของบุคคล โดยสามารถประเมินได้จากภาวะการทำหน้าที่ด้านร่างกาย การรู้คิด อารมณ์ และสุขภาพทางสังคม

Brown, Renwick และ Nagler (1996) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ คือคำที่ใช้เรียกคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเกิดจากผลของการรักษา ซึ่งมักจะใช้ในวงการแพทย์ที่สนใจในคุณภาพชีวิตแต่ในความหมายที่แคบลง

Timothy and Peterson (2004) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิต ซึ่งอาจแทนด้วย ความรู้สึก ทัศนคติ หรือความพึงพอใจของบุคคล ซึ่งปราศจากการรบกวนโดยภาวะของโรค หรือความพร่องจากภาวะสุขภาพ โดยที่คำว่าคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสามารถใช้แทนกันได้

แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพนี้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการศึกษาวิจัยทางด้านสุขภาพโดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพในการดูแล ปัจจัยที่ทำให้มีการนำคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมาใช้นั้นมีหลักฐานจากรายงานการวิจัยขนาดใหญ่ที่เชื่อถือได้พบว่า การวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีความตรงและความเที่ยงซึ่งสามารถบ่งชี้ถึงการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางสุขภาพได้ อีกทั้งยังประสบความสำเร็จในการนำเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งเป็นเครื่องมือที่สามารถอธิบายประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เป็นผลกระทบจากภาวะของโรค และการรักษา ที่สำคัญก็คือผลที่ได้จากการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพนี้สามารถนำมาบูรณาการให้เกิดประโยชน์ในการบ่งชี้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และนำไปสู่การให้การบำบัดอย่างเหมาะสม (Wilson & Cleary, 1995) ถึงแม้ว่าแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ผ่านมาจะมีหลายแนวคิด (Nagi, 1965: Bergner, 1985: Read, Quinn, Hoefer, 1987, Patrick & Bergner, 1990: Verbrugge, 1991 and Johnson & Wolinsky, 1993 cited in Wilson & Cleary, 1995) แต่สิ่งที่เป็นอุปสรรคในการพัฒนาแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพก็คือไม่สามารถอธิบายได้ว่าผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยที่เกิดจากการวัดนั้นมีความแตกต่างหรือเกี่ยวข้องกันอย่างไร แนวคิดโดยส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับการบูรณาการศาสตร์ความรู้ในสองสาขา ได้แก่ รูปแบบของ

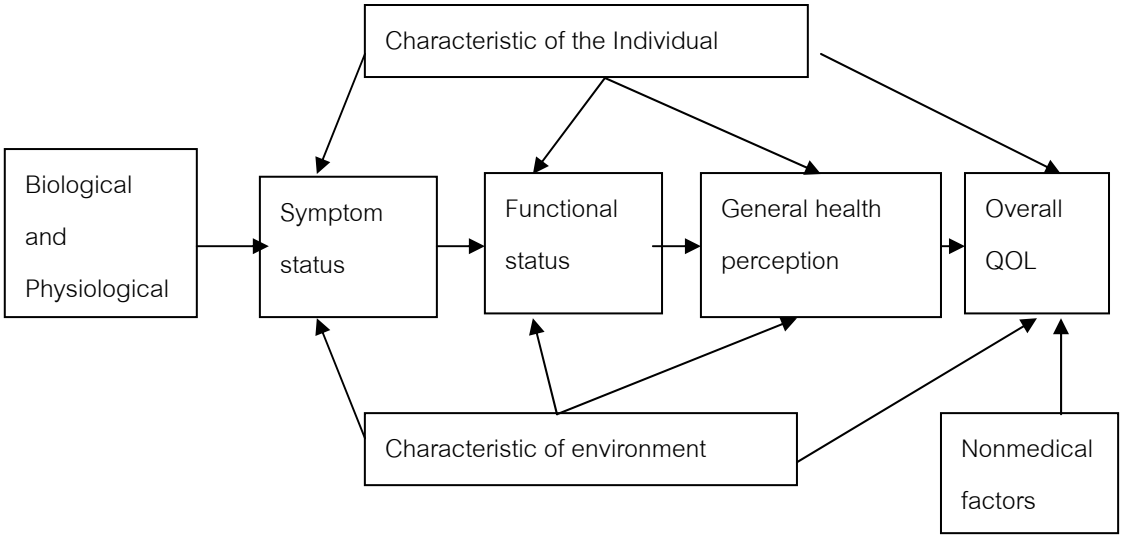
ภาวะสุขภาพซึ่งมีพื้นฐานมาจากนักวิจัยทางวิทยาศาสตร์และอีกรูปแบบหนึ่งคือศาสตร์ความรู้ทางสังคมศาสตร์ ทั้งสองแนวคิดนี้มีรากฐาน วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย และพื้นฐานทางความคิดแตกต่างกันโดยที่ในทางการแพทย์มุ่งเน้นไปที่กระบวนการทางพยาธิสรีรวิทยา สารที่ก่อให้เกิดโรค และผลลัพธ์จากการรักษาเพื่อให้เข้าใจสาเหตุของโรค สามารถให้การวินิจฉัยและรักษาได้อย่างถูกต้อง ซึ่งต้องอาศัยระเบียบวิธีการวิจัยแบบทดลองอย่างแท้จริงเนื่องจากเป็นการศึกษาในระดับโมเลกุล ยีน และกลไกในระดับเซลล์ ในขณะที่ในทางสังคมศาสตร์ คุณภาพชีวิตมุ่งเน้นไปที่ความสามารถในการทำหน้าที่ ความผาสุก ซึ่งแนวทางในการดำเนินการวิจัยคือการวัดความรู้สึกและพฤติกรรมที่ได้รับอิทธิพลจากโครงสร้างทางสังคมและจิตวิญญาณของแต่ละบุคคล ซึ่งมีความหลากหลายและซับซ้อน

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังตามแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Wilson & Cleary (1995) ซึ่งประยุกต์แนวคิดทั้งทางด้านสุขภาพ และสังคมเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม

4.2 แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Wilson & Cleary (1995)

คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงผลกระทบจากโรค และการรักษาที่มีต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งหมายความรวมถึง การทำหน้าที่ของร่างกาย สภาวะอาการ สภาวะทางจิต และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้แก่ 1)ปัจจัยส่วนบุคคล (Individual characteristic) คือปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล พัฒนาการ ซึ่งมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental characteristic) หมายถึง หมายถึงแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยซึ่งได้รับจาก ครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางด้านสุขภาพ หรือแหล่งอื่นๆ รวมทั้งสภาพแวดล้อมทางกายภาพ (Heo, Moser, Riegel et al., 2005: Ferran et al., 2005) 3) ปัจจัยทางสรีระวิทยา (Biological and physiological factors) หมายถึง การทำหน้าที่ของเซลล์ อวัยวะ และระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายซึ่งเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่งค้ำจุนให้สิ่งมีชีวิตมีชีวิตอยู่ได้ 4) ปัจจัยด้านอาการ (Symptoms) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยถึงอาการผิดปกติทางร่างกาย จิตใจ และการรู้คิดที่ผิดปกติไปจากเดิม 5) ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ (Functioning) หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมหรืองานให้บรรลุผลสำเร็จ ได้แก่การปฏิบัติกิจกรรมทางกาย อารมณ์ สังคม การรู้คิด และบทบาทหน้าที่ โดยปัจจัยด้านอาการเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญและมีอิทธิพลในการบ่งชี้ถึงการทำหน้าที่ 6) ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป (General health perception) หมายถึงการรับรู้ถึงองค์ประกอบทั้งหมด

การสังเคราะห์และประเมินภาวะสุขภาพจากปัจจัยทั้งหมด ได้แก่ กระบวนการทางกาย อาการ ความสามารถในการทำหน้าที่ ส่วนปัจจัยที่เป็น Nonmedical factors นั้น ในกรอบแนวคิดของ Wilson & Cleary (1995) นั้นไม่ได้กล่าวถึงไว้



Wilson and Cleary ‘s Health-Related Quality of Life Conceptual Model.

แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Wilson & Cleary (1995) ดังกล่าว ประกอบด้วยตัวแปรจำนวน 7 ตัวซึ่งมีทิศทางความสัมพันธ์กันดังกล่าวคือตัวแปรบางตัวนอกจากจะส่งผลโดยตรงต่อตัวแปรหนึ่งแล้ว ยังส่งผลโดยอ้อมต่อตัวแปรอีกตัวหนึ่งเช่น ปัจจัยด้านสรีรวิทยานอกจากจะส่งผลโดยตรงต่อปัจจัยด้านอาการแล้ว ยังส่งผลต่อภาวะการทำหน้าที่โดยผ่านทางปัจจัยด้านอาการอีกด้วย หรือปัจจัยด้านสรีรวิทยาส่งผลต่อปัจจัยด้านอาการ ปัจจัยด้านอาการมีผลกระทบต่อภาวะการทำหน้าที่ ภาวะการทำหน้าที่ส่งผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปและการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้งหมด อย่างไรก็ตาม Wilson & Cleary กล่าวว่าความสัมพันธ์ดังกล่าวอาจเป็นไปได้ทั้งสองทิศทาง

4.3 การประเมินคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของแบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ คือ แบบสอบถามที่ใช้ได้กับโรคทั่วไป (General quality of life questionnaire) และแบบสอบถามเฉพาะโรค (Disease-specific quality of life questionnaire)

1. แบบสอบถามที่ใช้ได้กับโรคทั่วไปเป็นการประเมินอย่างกว้างๆ ถึงผลกระทบจากโรคหรือการรักษา ไม่ได้มุ่งเน้นที่โรคหรือความเจ็บป่วยใดๆ โดยเฉพาะ สามารถใช้ได้กับบุคคลทั่วไปในทุกรูปแบบ ทุกโรคหรือสถานการณ์ ซึ่งมีข้อดีคือ สามารถนำข้อมูลคุณภาพชีวิตมาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มบุคคล การเจ็บป่วย และการรักษาแต่ละวิธีได้ ส่วนข้อด้อยพบว่าไม่สามารถประเมินถึงรายละเอียดปลีกย่อยของแต่ละโรคหรือการรักษา (Guyatt et al., 1993: Testa and Simonson, 1996)

2. แบบสอบถามเฉพาะโรค แบบสอบถามประเภทนี้จะถูกออกแบบมาเพื่อใช้สำหรับประเมินอาการและคุณภาพชีวิตในโรคนั้นๆ แบบสอบถามเฉพาะโรคสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีการประเมินในส่วนที่มีข้อจำกัดทางกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การดูแลตนเอง ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ความพึงพอใจในชีวิต เป็นต้น แบบสอบถามเฉพาะโรคได้แก่

SOLVD (The study of left ventricular dysfunction) Quality of Life Questionnaire

QLQ-SHF (The quality of life in severe heart failure questionnaire)

CHFQ (The chronic heart failure questionnaire)

MLWHF (Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire)

เครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่รู้จักกันดีและนิยมนำมาใช้ได้แก่ MLWHF (Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire) (Reigel, Moser, Glaser, Carlson and Deaton, 2002) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดย Rector และคณะ ในปี 1984 เพื่อใช้ประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่ University of Minnesota เนื่องจาก Rector เห็นว่าการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ Sickness Impact Profile เป็นการวัดผลกระทบซึ่งเกิดจากการเจ็บป่วยโดยทั่วไป ไม่มีความเฉพาะเจาะจง จึงพัฒนาเครื่องมือMLWHF ขึ้นเพื่อเป็นการวัดผลกระทบจากโรคและการรักษาต่อผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังโดยตรงในด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และทางด้านจิตใจ โดยการศึกษาของ Rector ซึ่งทำการศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 181 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .94 เครื่องมือ MLWHFประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคอร์ทสเกล 6 ระดับ (6-point-Likert scale) ตั้งแต่ 0 (ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเลย) ถึง 5 (มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมากที่สุด) โดยแต่ละด้านประกอบด้วยข้อย่อยๆ คือ ด้านร่างกายประกอบด้วย 8 ข้อย่อย ด้านอารมณ์ประกอบด้วย 5 ย่อย และด้านอื่นๆ (สังคมเศรษฐกิจ) ประกอบด้วย 8 ข้อย่อย โดยมีคะแนนรวมตั้งแต่ 0 ถึง 105 คะแนน คะแนนรวม 0 หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีที่สุด

เนื่องจาก MLWHF (Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire) เป็นเครื่องมือที่มีความเฉพาะและมีความไวในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวโดยไม่ขึ้นกับเวลาที่เปลี่ยนแปลงไป (Bennett et al., 2003)

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังย่อม มีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาถึงปัจจัยส่วนบุคคล ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม กลุ่มอาการไม่สบาย การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปตามกรอบแนวคิดของ Wilson & Cleary (1995) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องซึ่งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังดังนี้

5.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

5.1.1 อายุ ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีความสัมพันธ์โดยตรงกับอายุที่มากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงตามทฤษฎีของวัยชราคือมีการเสื่อมถอยในการทำหน้าที่ของเซลล์ และระบบต่างๆ ของร่างกาย (เกษม อุตวิชัย , 2541 อ้างถึงใน เยาวภา บุญเที่ยง, 2545) ซึ่งมีผลต่อการทำกิจกรรมของบุคคล บุคคลที่มีอายุมากจะมีความสามารถในการทำกิจกรรมทางกายลดลง (Allen, 1990: McArdele et al., 1991: Matteson et al., 1997 อ้างถึงในสายรุ้ง บัวระพา, 2547) แต่เนื่องจาก อายุ ยังเป็นตัวกำหนดบทบาทในสังคม คนที่อายุน้อยหมายถึงอยู่ในวัยกลางคนมีหน้าที่รับผิดชอบต่อครอบครัวและสังคมมากกว่าวัยอื่นๆ และเป็นวัยที่เป็นกำลังของชาติ นอกจากนี้โดยธรรมชาติแล้ววัยนี้การเจ็บป่วยหรือการตายจะเกิดได้น้อยกว่าวัยที่สูงอายุ ดังนั้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วยย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตได้มาก (มนสิน แย้มสกุล, 2542) อีกทั้งอายุของผู้ป่วยยังมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต ที่ส่งผลถึงการปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้น และพบว่าบุคคลที่มีอายุต่างกันจะเลือกวิธีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกันออกไป (ประภา รัตนเมธานนท์) สำหรับในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังจากการศึกษาที่ผ่านมาจึงพบว่ามีทั้งการศึกษา ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอายุมากมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยซึ่งมีอายุน้อยกว่า (สายฝน จับใจ, 2540: Gott, Barnes and Parker et al., 2006: Franzen et al., 2007) ผลการศึกษาดังกล่าวขัดแย้งกับการศึกษาที่พบว่าภาวะ

หัวใจล้มเหลวเรื้อรังจะส่งผลกระทบมากที่สุดแก่กลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อย มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มซึ่งมีอายุมาก (Cline et al., 1999 : Masoudi et al., 2004; Hou et al., 2004 :Gottlieb et al., 2004: Calvert et al., 2005) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทัศนีย์ จินางกูร (2530) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องถาวรซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ มากกว่า 30 ปี โดยให้เหตุผลว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี เป็นวัยที่เริ่มมีกิจกรรมทางกายมากมาย และเป็นวัยที่เริ่มสร้างหลักฐาน การเจ็บป่วยและการรักษามีผลกระทบต่อการสร้างรากฐานชีวิตเป็นอย่างมาก ส่วนผู้ป่วยวัยกลางคนส่วนใหญ่ทำงานมั่นคง เช่น รับราชการ ซึ่งมักได้รับความช่วยเหลือให้ทำงานต่อไป โดยอาจเปลี่ยนแปลงหน้าที่ และในกลุ่มที่ลาออกจากงานโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 50 ปี หรือผู้ที่เกษียณอายุ ถึงแม้จะมีสุขภาพเลวลง และต้องการพักผ่อนแต่ผู้ป่วยก็มีความมั่นคงและมีรากฐานชีวิตที่ดี ในขณะที่การศึกษาของฉัตรวลัย ใจอารีย์ (2533) และประภา รัตนเมธานนท์ (2532) พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Westlake และคณะ (2002) ซึ่งพบว่าอายุไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้

5.1.2 **เพศ** เป็นลักษณะส่วนบุคคล ที่กำหนดบทบาทและบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชนและสังคม อีกทั้งเป็นปัจจัยที่บอกให้ทราบความแตกต่างในด้านพยาธิสรีรวิทยา เช่นในเพศชายภาวะหัวใจล้มเหลวมักเกิดจากภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบ (Heo et al., 2007) เพศชายมีลักษณะรูปร่างทางสรีระที่แข็งแรงกว่าเพศหญิง ถูกกำหนดให้เป็นผู้นำในครอบครัว เมื่อเจ็บป่วยจะรู้สึกสูญเสียความเป็นชาย ต้องพึ่งภรรยา การมองภาพตนเองมักเป็นไปในรูปที่ว่าตนเองมีความเป็นคนน้อยกว่าที่เคยเป็นมาก่อน (ศิริอร สินธุ, 2526 อ้างถึงใน สายฝน จับใจ, 2540) ในเพศหญิงภาวะหัวใจล้มเหลวมักเกิดจากภาวะความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน (Heo et al., 2007) เพศหญิงมีบุคลิกที่อ่อนหวานสังคมกำหนดให้เป็นแม่บ้าน เป็นผู้ที่คอยช่วยเหลือดูแลผู้อื่นแม้ในยามเจ็บป่วยนอกจากจะต้องดูแลตนเองแล้ว ยังต้องดูแลผู้อื่นในครอบครัวด้วย การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเพศชายและเพศหญิงแตกต่างกัน เช่น ศิริลักษณ์ ศรีประสงค์ (2543) ศึกษาการทำกิจกรรมในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระยะ 6 สัปดาห์แรกภายหลังออกจากโรงพยาบาล และความสัมพันธ์ระหว่างการทำกิจกรรม ปัจจัยด้านร่างกาย ปัจจัยส่วนบุคคล และการสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวน 30 คน พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย จากการศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่ผ่านมา พบว่าเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในมิติทางกาย

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความพึงพอใจในชีวิตโดยทั่วไปต่ำกว่า เมื่อเทียบกับเพศชาย (Cline et al., 1999: Riedinger et al.,2001: Friedman ,2003: Nordgren and Sorensen., 2003:Hou et al., 2004: Barnes et al., 2006: Got et al., 2006) ซึ่งขัดซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ ทัศนีย์ จินางกูร (2530) ซึ่งศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องถาวร พบว่าเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าเพศชายทุกด้าน

5.1.3 **รายได้** รายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญในการดำรงชีวิตของคนในสังคมปัจจุบัน เพราะเป็นสิ่งที่ตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นอาหารที่มีคุณค่า ที่อยู่อาศัยในสภาพที่ดี และที่สำคัญคือการรักษาพยาบาล ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิต ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องไปจนตลอดชีวิต ซึ่งค่าใช้จ่ายในการรักษาและติดตามป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคมีราคาค่อนข้างแพง ดังนั้นหากผู้ป่วยมีรายได้ต่ำ ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น อาจทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าต่ำลง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ กังวล ซึมเศร้า เครียดและส่งผลถึงคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง (Stewart, 1989) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ฉัตรวลัย ใจอารีย์ ซึ่งพบว่ารายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง

5.1.4 **ระดับการศึกษา** การศึกษาเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยพัฒนาสติปัญญาของบุคคล ช่วยให้บุคคลรู้จักใช้ความรู้ เข้าใจปัญหาและวิธีการปฏิบัติตัวได้ดีเมื่อเป็นโรค สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ (VenderBurg, 1987 อ้างถึงใน นิธิวดี เมธาจารย์, 2544) จากการศึกษาของ ประภา รัตนเมธานนธ์ (2532) พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัตรวลัย ใจอารีย์ (2533) ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

5.2 ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ

หมายถึง ระดับความสามารถของหัวใจในการบีบเลือดออกไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่างๆ ของร่างกาย พิจารณาจากอัตราส่วนของเลือดที่ถูกบีบออกจากหัวใจเทียบกับปริมาณเลือดที่เหลืออยู่ในห้องหัวใจขณะคลายตัว ซึ่งนำมาใช้ในการประเมินความสามารถในการบีบตัวของหัวใจ จากการศึกษาถึงขนาดของหัวใจห้องล่างในระยะต่าง ๆ ของ cardiac cycle ทำให้ทราบถึงปริมาณเลือดขณะหัวใจคลายตัวเต็มที่ (end-disatolic volume ; EDV) ซึ่งเป็นระยะที่มีปริมาณเลือดอยู่มากในหัวใจห้องล่าง และทราบถึงปริมาณเลือดขณะหัวใจบีบตัวเต็มที่ (end-systolic volume ;

ESV) ซึ่งเป็นระยะที่มีปริมาณเลือดอยู่น้อยในหัวใจห้องล่าง องค์ประกอบที่มีผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจประกอบด้วย (Schactman et al., 1995)

1. Preload หมายถึง ปริมาณเลือดที่อยู่ในห้องล่างในช่วงสุดท้ายของการคลายตัวของหัวใจ ปัจจัยที่มีผลต่อ preload ได้แก่ ปริมาณเลือดที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจ (Venous return), ปริมาณเลือดที่เหลืออยู่ในหัวใจหลังการบีบตัว (End systolic volume) การบีบตัวของหัวใจห้องบนทำให้มีเลือดถูกบีบเข้าสู่หัวใจห้องล่างอีกประมาณ 30% (Atrial systole)

2. After load หมายถึง แรงต้านการไหลของเลือดในขณะหัวใจบีบตัว ซึ่งขึ้นกับการอุดกั้นของทางเดินเลือด แรงต้านของเลือด และการยืดขยายของกล้ามเนื้อหัวใจ

3. Contractility หมายถึง ประสิทธิภาพการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ

4. Heart rate หมายถึง อัตราการเต้นของหัวใจในหนึ่งนาที

การประเมินประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ วิธีที่ใช้ในการประเมินประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ได้แก่ (Seifert, 1994: Schactman et al.,1995)

1. จากอาการทางคลินิก

2. การประเมินจากขนาดของห้องหัวใจจากภาพถ่ายรังสีทรวงอก

3. การวัดระดับ B-type natriuretic peptide ในกระแสเลือด

4. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

5. การวัด Cardiac Output วัดได้โดยการใส่คาสาย Pulmonary artery catheter มีกระบวนการขั้นตอนในการวัด และการคำนวณโดยการใช้เครื่องมือที่อาศัยหลัก Thermodilution

6. การวัดค่า Left Ventricular Ejection Fraction (LVEF) จากการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ หรือการตรวจสวนหัวใจ ค่า LVEF หมายถึง สัดส่วนของปริมาตรเลือดที่ถูกบีบออกจากหัวใจห้องล่างซ้ายในแต่ละครั้ง (Stroke volume) ต่อปริมาตรเลือดที่เหลือค้างอยู่ในหัวใจห้องล่างซ้ายในช่วงสุดท้ายของการคลายตัว (Left ventricular end diastolic volume: LVEDP) ประเมินออกเป็น 4 ระดับ (Danstan and Riddle, 1997) คือ

LVEF	>55%	หมายถึง	ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจปกติ
LVEF	40-55%	หมายถึง	ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจต่ำเล็กน้อย
LVEF	26-39%	หมายถึง	ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจต่ำปานกลาง
LVEF	<25%	หมายถึง	ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจต่ำรุนแรง

ในการวิจัยครั้งนี้เลือกใช้การวัด LVEF ซึ่งเป็นวิธีที่มีความแม่นยำและเป็น Noninvasive method (Logeart et al., 2003) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยศึกษาจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย

5.3 ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม

ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมหมายถึง ความสามารถทางร่างกายของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน มีการแบ่งระดับความรุนแรงเพื่อเป็นแนวทางในการจัดการรักษาและให้การพยาบาล การแบ่งระดับความรุนแรงตามระยะของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา หรือแบ่งตามระดับความรุนแรงของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก จากการประชุมของ American College of Cardiology ในปี ค.ศ. 2001 แบ่งระยะของภาวะหัวใจล้มเหลว โดยแบ่งเป็น 4 ระยะดังนี้

ระยะ A ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว แต่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพที่ชัดเจนและไม่มีความผิดปกติของการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ เยื่อหุ้มหัวใจหรือลิ้นหัวใจ ตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน ได้รับยารักษาโรคหัวใจ มีประวัติครอบครัวเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจพิการ ผู้ที่ดื่มสุราเป็นประจำ

ระยะ B ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของหัวใจ แต่ยังไม่มีอาการหรืออาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวคือ หัวใจล่างซ้ายโต และขยายใหญ่ ผู้ป่วยลิ้นหัวใจพิการ ชนิดตีบหรือรั่ว ผู้ป่วยที่เคยเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายมาก่อน

ระยะ C ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของหัวใจและกำลังมีหรือเคยมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว ตัวอย่าง ผู้ป่วยที่มีอาการหอบเหนื่อยเนื่องมาจากหัวใจล่างซ้ายผิดปกติ ช่วงหัวใจบีบตัวผู้ป่วยที่ไม่มีอาการใดๆ หลังได้รับการรักษาด้วยยา (NYHA class I)

ระยะ D ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของหัวใจขั้นรุนแรง ซึ่งเป็นผู้ป่วยในระยะสุดท้ายมีอาการแม้ในขณะพัก แม้ได้รับการรักษาทางยาอย่างเต็มที่และต้องรับการรักษาพิเศษเพิ่มเติม ตัวอย่าง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย หรือเข้า-ออกโรงพยาบาลบ่อยครั้งติดๆ กัน ผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหัวใจบีบตัว (mechanical circulatory assist device) หรือให้ยาช่วยการบีบตัวของหัวใจทางหลอดเลือดอย่างต่อเนื่อง (inotrope) หรือผู้ป่วยที่รอเปลี่ยนหัวใจ

การจำแนกระยะของภาวะหัวใจล้มเหลวดังกล่าว ระยะของโรคจะไม่กลับคืนสู่ระยะต้นๆ ซึ่งจะมีความแตกต่างกับการจัดกลุ่มตามความรุนแรง ของ The New York Heart Association ได้จำแนกตามความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ดังนี้ (Watson, Gibbs, &Lip, 2000)

Class I มีกิจกรรมของร่างกายได้ตามปกติในแต่ละวัน ไม่แสดงอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว

Class II ไม่มีอาการขณะพักแต่เมื่อปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจะอ่อนเพลีย ใจสั่น หรือมีอาการหายใจลำบาก

Class III มีกิจกรรมของร่างกายเพียงเล็กน้อย เกิดอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว เมื่อผู้ป่วยพักอาการต่างๆ จะหายไป

Class IV มีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวขณะพัก

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้เกณฑ์ของ The New York Heart Association (NYHA)

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสามารถในการทำกิจกรรมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

กิจกรรมคือสิ่งที่บูรณาการไปสู่การมีสุขภาพที่ดี และความผาสุกของบุคคลซึ่งเกิดจากการเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างอิสระเพื่อตอบสนองความต้องการทางกาย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ (Redeker & Mason, 1994 cited in Sriprasong, 2000) ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีข้อจำกัดทางด้านพยาธิสรีรภาพของหัวใจ ทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ส่งผลทำให้เกิดการเสื่อมของอวัยวะต่างๆ และทำให้อาการของโรคหัวใจลุกลามและรุนแรงขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมที่ต่ำจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ลดลง (ประภา รัตนเมธานนท์: กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์: 2532: Juenger et al., 2007: Hobbs, Kenkre and Roalfe et al., 2002: Franzen et al., 2007:Lu et al., 2005: Gott et al., 2006: Cline et al., 1999) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Samranbua (2001) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพโดยองค์รวมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพองค์รวมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ การศึกษาของ Majani et al.,1999 พบว่าผู้ป่วยมีระดับความสามารถในการกิจกรรมในระดับที่ 3และ4 จะมีปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมในระดับ 1 และ 2 ในขณะที่การศึกษาของ Carels (2004) พบว่าระดับความสามารถในการทำกิจกรรมที่ลดลงมีผลน้อยมากต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และการศึกษาของ Westlake et al., 2002 ซึ่งพบว่าระดับความสามารถในการทำกิจกรรมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้โดยเฉพาะในมิติทางกาย

5.4 อาการไม่สบาย

5.3.1 ความหมายของอาการไม่สบาย

ความหมายของ Symptom Clusters มีบุคคลที่ให้ความหมายไว้มากมาย โดยการทบทวนงานวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีความหมายดังนี้

คำว่า Symptom Clusters เป็นคำที่มาจากคำว่า Symptom และคำว่า Cluster นำมารวมกันโดย Longman Dictionary (2003) ได้ให้ความหมายของคำว่า Symptom หมายถึง อาการ ลักษณะ อาการ อาการของโรค และได้ให้ความหมายของคำว่า Clusters หมายถึง กลุ่ม ก้อน พวก จับเป็นกลุ่ม เมื่อนำคำว่า Symptom และ Cluster มารวมกันจะมีความหมายว่า กลุ่มอาการ

Gaston et al. (1999 cited in Dodd, Miaskowski, and Paul, 2001: 466) ได้ให้ความหมายของอาการไม่สบายว่าหมายถึง อาการมากกว่า 3 อาการที่เกิดพร้อมกันและมีความสัมพันธ์กัน แต่ไม่จำเป็นต้องมาจากสาเหตุเดียวกัน โดยพบว่า กลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่อยู่ในระยะลุกลาม มีอาการปวด เหนื่อยล้า และอาการซึมเศร้า ร้อยละ 64 พบอาการปวดร่วมกับอาการซึมเศร้า ร้อยละ 42 พบอาการอ่อนล้าร่วมกับอาการซึมเศร้า

Dodd, Miaskowski, and Paul (2001: 465) ได้ให้ความหมายของอาการไม่สบายว่า หมายถึง อาการตั้งแต่ 2-3 อาการขึ้นไปที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาเดียวกัน ซึ่งอาการเหล่านี้มีความสัมพันธ์กัน โดยที่อาการเป็นการตอบสนองต่อการรักษา หรือ เป็นอาการข้างเคียงจากการรักษา

Kim, McGuire, Tulman & Barsevick, (2005: 270-282) ได้ให้ความหมายของอาการไม่สบายว่า หมายถึง อาการตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป อาการเหล่านี้มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ความสัมพันธ์ระหว่างอาการในกลุ่มอาการเดียวกัน มีความสัมพันธ์กันมากกว่าอาการในกลุ่มอาการอื่น และอาการเหล่านั้นอาจเกิดจากสาเหตุเดียวกันหรือไม่ก็ได้

5.3.2 อาการไม่สบายในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต้องเผชิญกับอาการทางด้านคลินิกซึ่งเกิดจากการที่หัวใจไม่สามารถบีบเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าอาการที่พบได้บ่อยทางด้านร่างกาย (Physical symptom) ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้แก่ อาการหอบเหนื่อยทั้งขณะมีกิจกรรมและขณะพัก อาการเหนื่อยล้า เจ็บแน่นหน้าอก ลดลง บวมบริเวณอวัยวะส่วนปลาย นอนไม่หลับ(Friedman, 1997: Maneesilp, 1999: Evangelista et al., 2000: Watson, Gibbs and Lip, 2000: Nordgren and Soresen, 2003: Zambroski et al., 2005: Barnes et al., 2006) และอาการทางด้านจิตใจและอารมณ์ (Psychological symptom, Emotional symptom) ที่พบได้มากที่สุดคืออาการซึมเศร้าและวิตกกังวล ซึ่งเกิดจาก ความกลัว ความรู้สึกไม่สามารถควบคุมหรือทำนายสถานการณ์ในการเผชิญกับอาการเหนื่อยหอบซึ่งคุกคามชีวิต สูญเสียหน้าที่ ความสามารถในการทำกิจกรรม

ต่างๆ ในชีวิตประจำวันลดลง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (Konstam, Moser and Jong, 2005) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกประเมินอาการไม่สบายในการวิจัย โดยแบ่งเป็นอาการทางกาย ดังนี้คือ อาการเจ็บแน่นหน้าอก อาการหายใจลำบาก อาการเหนื่อยล้า อาการบวม และและอาการใจสั่น และอาการทางด้านจิตใจได้แก่ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการนอนไม่หลับ และอาการเบื่ออาหาร

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย ศึกษาอาการไม่สบายตามแนวคิดของ Lenz et al (1997)โดยทฤษฎี Theory of unpleasant symptom ของ Lenz et al (1997) ได้ให้ความหมายของอาการไม่สบายว่า หมายถึงอาการที่เกิดจากการที่บุคคลต้องเผชิญกับเหตุการณ์อย่างน้อย 1 เหตุการณ์ ซึ่งมีผลกระทบต่อบุคคลทั้ง ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยทำให้บุคคลมีอาการมากกว่า 1 อาการ แต่ละอาการจะมีหลายมิติ (Multidimention) อาการแต่ละอาการสามารถอธิบายสาเหตุตามกลไกทางสรีรวิทยาที่มีความเฉพาะเจาะจงของแต่ละอาการซึ่งแยกจากกันได้ชัดเจน ในขณะเดียวกันจากผลรวมของระบบต่างๆ ของร่างกายที่มีความเชื่อมโยงกันของร่างกาย ทำให้อาการแต่ละอาการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน (Interrelated of symptom) คือเมื่อมีอาการหนึ่งเกิดขึ้น อาการนี้จะเหนี่ยวนำให้เกิดอาการอื่นๆ ตามมา หรืออาจส่งเสริมให้อาการอื่นที่เกิดขึ้นอยู่แล้วมีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งหากบุคคลมีจำนวนของอาการและ/ หรือมีความรุนแรงของอาการมากขึ้นเท่าไร ผลกระทบในด้านต่างๆ ที่ตามมาจะมีความรุนแรงมากขึ้นเป็นหลายเท่าทวีคูณ (Synergistic affect) โดยองค์ประกอบของทฤษฎี ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบดังนี้คือ อาการ (Symptom) ปัจจัยที่มีผลต่ออาการ (Influencing factor) และผลจากอาการ (Consequences of the symptom experience) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกตัวแปรอาการซึ่งในทฤษฎีกล่าวไว้ว่า อาการ (symptom) เป็นศูนย์กลางของทฤษฎี ซึ่งอาการที่ถูกกล่าวถึงในทฤษฎีนี้ได้แก่ อาการหายใจลำบาก ความเหนื่อยล้า อาการคลื่นไส้ และความปวด เช่นอาการหายใจลำบากมักสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามสามารถประยุกต์ใช้ได้กับทุกอาการ ซึ่งทุกอาการจะประกอบด้วย 4 มิติ แต่ละมิติมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน แต่สามารถแยกออกจากกันได้โดยชัดเจน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) มิติด้านความรุนแรง (Intensity) หมายถึงความรุนแรง (Severity) ความแรง (Strenght) หรือจำนวนครั้งของอาการ (Amout of symptom) เป็นมิติที่นิยมใช้กันมากในทางคลินิก และการวิจัยเนื่องจาก เป็นสิ่งที่วัดได้ง่าย ผู้ป่วยมักถูกประเมินในมิตินี้ด้วยคำถามว่า “ปวดมากแค่ไหน” “เหนื่อยมากแค่ไหน”

2) มิติด้านเวลา (Timing) หมายถึง ความถี่ของอาการที่เกิดขึ้นเป็นระยะ (Intermittent) หรือเป็นช่วงความยาวนาน (Duration) ของอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งเกิดขึ้นเป็นระยะๆ แต่ต่อเนื่องกันเป็นเวลานานจนกระทั่งเรื้อรัง แต่อย่างไรก็ตามความรุนแรงในการเกิดอาการแต่ละครั้งก็จะแตกต่างกันไป โดยอาจมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นก็ได้ มิติด้านนี้ยังมีความหมายรวมไปถึงกิจกรรมหรือช่วงเวลาที่สัมพันธ์กับอาการอีกด้วย

3) มิติด้านความทุกข์ทรมาน (Distress) หมายถึง ระดับความทุกข์ทรมานหรือความลำบากของบุคคลจากอาการ ระดับความทุกข์ทรมานหรือการรบกวนที่เกิดขึ้นนี้มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ผู้ป่วยคือผู้รายงานความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากอาการ มิติด้านนี้มีผลต่อการเสาะแสวงหาการบำบัดหรือการรักษาเพื่อรักษาหรือบรรเทาอาการนั้นๆ รวมทั้งมีผลต่อการจัดการอาการของผู้ป่วยเอง จัดเป็นมิติที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตมากที่สุด

4) มิติด้านคุณลักษณะของอาการ (Quality) คุณลักษณะของอาการสามารถรายงานออกมาในลักษณะคำพูดที่ใช้อธิบายลักษณะของอาการนั้นๆ เช่น อธิบายลักษณะอาการหายใจลำบาก ในลักษณะที่แตกต่างกัน เช่น อึดอัด แน่นหน้าอก หรือหายใจไม่พอ เป็นต้น คุณลักษณะของอาการที่กล่าวมานี้ มีความหมายรวมไปถึงตำแหน่ง ระดับความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น รวมถึงกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถบรรเทาอาการนั้นได้ เช่น อาการเหนื่อยล้าจะดีขึ้นด้วยการพักผ่อน เป็นต้น ซึ่งบุคคลผู้ประสบกับอาการนั้นๆ จะอธิบายออกมา คุณลักษณะของอาการนี้มีประโยชน์ในการนำไปใช้ในการแยกแยะพยาธิสภาพของโรคที่เป็นสาเหตุให้เกิดอาการ และการตั้งข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และพยาบาล

5.3.4 การประเมินอาการไม่สบาย

อาการที่ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังต้องประสบประกอบด้วยหลายอาการ ซึ่งอาการนั้นมีหลายมิติ ได้แก่ มิติด้านเวลา มิติด้านความ และมิติด้านความทุกข์ทรมาน (Lenz et al., 1997 cited in Zambroski et al., 2005) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การประเมินกลุ่มอาการไม่สบายนั้นมี 3 วิธีหลักๆ ดังนี้ (Barsevick et al., 2006)

5.3.4.1 การประเมินอาการโดยใช้เครื่องมือการประเมินของแต่ละอาการ ซึ่งปกติแล้วแนวคิดการประเมินนั้น เครื่องมือที่ออกแบบมาเพื่อประเมินอาการมักจะประกอบด้วยหลายมิติ (Multidimentional measure) ทำให้เกิดความยุ่งยากซับซ้อนในการนำไปใช้ เนื่องจากเครื่องมือแต่ละชนิดอาจมีมาตรวัดไม่เหมือนกัน และการวัดหลายๆ อาการ หลายๆ มิติ ทำให้ผู้ป่วยเสียเวลาตอบมาก ผู้ป่วยอาจรู้สึกว่าเป็นภาระจึงไม่เหมาะกับผู้ป่วยบางประเภท หรือการประเมินในเวลาอันจำกัด

5.3.4.2 การประเมินอาการโดยใช้เครื่องมือการประเมินที่ประกอบด้วยหลายๆ อาการ แต่มีมิติของอาการมิติเดียว (Unidimention measure) ซึ่งส่วนใหญ่จะเลือกประเมินมิติด้านความรุนแรง หรือความทุกข์ทรมาน ซึ่งเครื่องมือประเมินกลุ่มอาการด้วยวิธีดังกล่าว จะช่วยให้มีความง่ายและสะดวกในการนำไปใช้ แต่สามารถประเมินได้หลายๆ อาการโดยเน้นประเมินมิติที่มีความสำคัญ

5.3.4.3 การประเมินอาการโดยใช้เครื่องมือประเมิน ที่ประกอบด้วยหลายๆ อาการ หลายๆ มิติ แต่คัดสรรเฉพาะมิติที่มีความสำคัญเท่านั้น เช่น การประเมินอาการในช่วงเวลา 24 ชั่วโมง นอกจากการประเมินมิติด้านความรุนแรงแล้ว อาจมีการประเมินในมิติด้านเวลาหรือความถี่ของการเกิดอาการ หรือการประเมินหลายๆ อาการ ในมิติด้านความรุนแรงและด้านความทุกข์ทรมาน เป็นต้น โดยการประเมินกลุ่มอาการด้วยวิธีดังกล่าวมีหลักการของเครื่องมือการประเมินดังนี้

-แต่ละอาการและมิติต้องมีมาตรวัดเหมือนกัน

-มิติต่างๆ ในแต่ละอาการ ต้องเหมือนกันหรือเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

-ประเมินในช่วงเวลาเดียวกัน

-สอดคล้องกับบริบททางคลินิก

-มีความง่าย สะดวกต่อการนำไปใช้ ไม่ยุ่งยากซับซ้อน

ผู้วิจัยได้นำหลักการประเมินอาการโดยใช้เครื่องมือการประเมินที่ประกอบด้วยหลายๆ อาการ หลายๆ มิติ แต่คัดสรรเฉพาะมิติที่มีความสำคัญ ดังกล่าวเป็นแนวทางในการเลือกเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ในการประเมินอาการในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อาการที่พบได้บ่อยทางด้านร่างกาย (Physical symptom) ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้แก่ อาการหอบเหนื่อยทั้งขณะมีกิจกรรมและขณะพัก อาการเหนื่อยล้า เจ็บแน่นหน้าอก ลดลง บวมบริเวณอวัยวะส่วนปลาย นอนไม่หลับ (Friedman, 1997: Maneesilp,1999: Evangelista et al., 2000:Watson, Gibbs and Lip, 2000: Nordgren and Soresen, 2003: Zambroski et al., 2005: Barnes et al., 2006:) และอาการทางด้านจิตใจและอารมณ์ (Psychological symptom, Emotional symptom) ที่พบได้มากที่สุดคืออาการซึมเศร้าและวิตกกังวล ซึ่งเกิดจาก ความกลัว ความรู้สึกไม่สามารถควบคุมหรือทำนายสถานการณ์ในการเผชิญกับอาการเหนื่อยหอบซึ่งคุกคามชีวิต สูญเสียหน้าที่ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันลดลง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

(Konstam, Moser and Jong, 2005) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกประเมินกลุ่มอาการไม่สบายในการวิจัย โดยแบ่งเป็นอาการทางกาย ดังนี้คือ อาการเจ็บแน่นหน้าอก อาการหายใจลำบาก อาการเหนื่อยล้า อาการบวม และและอาการใจสั่น และอาการทางด้านจิตใจได้แก่ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการนอนไม่หลับ และอาการเบื่ออาหาร ซึ่งเป็นไปตามมิติของอาการที่ต้องการศึกษาตามแนวคิดทฤษฎีอาการไม่สบาย โดยการประเมินอาการไม่สบายนี้ประยุกต์มาจาก Cardiac Symptom Survey (CSS) ซึ่งรายละเอียดของเครื่องมือมีดังนี้

Nieveen (Zimmerman et al., 2002) ได้สร้างแบบประเมิน Cardiac Symptom Survey (CSS) เพื่อนำมาใช้ในการประเมินเปรียบเทียบอาการของผู้ป่วยหลังทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจแบบการผ่าตัดกระดูกสันอกปกติ (Coronary Artery Bypass Graft: CABG) และผู้ป่วยหลังทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่ใช้ในการผ่าตัดที่มีแผลขนาดเล็ก (Minimal Invasive Coronary Bypass: MIDCAB) หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้เวลาพักฟื้นหลังผ่าตัดเพียง 3 วัน อาการในแบบประเมิน Cardiac Symptom Survey (CSS) ประกอบด้วย 10 อาการ ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก (Angina) อาการหายใจลำบาก (Shortness of breath) อาการเหนื่อยล้า (Fatigue) อาการซึมเศร้า (Depression) อาการนอนไม่หลับ (Sleeping problem) อาการปวดแผล (Incision pain) อาการขาบวม (Swelling in legs) อาการใจสั่น (Palpitation) อาการวิตกกังวล (Anxiety) และอาการเบื่ออาหาร (Poor appetite) โดยมีข้อคำถาม 40 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ

1. แบบประเมินด้านอาการ (Evaluation of symptoms) มี 2 มิติ ได้แก่ มิติด้านความรุนแรง คือความรุนแรง (Severity) และมิติด้านเวลา คือ ความถี่ (Frequency) โดยข้อคำถามมีลักษณะเป็นตัวเลขให้เลือกตอบตั้งแต่ 0-10 (Numeric rating scale) โดยปลายสุดของทางด้านซ้าย และขวาจะถูกกำกับด้วยข้อความที่สื่อถึงสิ่งที่ต้องการประเมิน โดยซ้ายมือสุดจะตรงกับตำแหน่ง 0 หมายถึง “ไม่มีอาการ” 1 หมายถึง “มีความรุนแรงหรือความถี่น้อยที่สุด” และด้านขวาสุดจะตรงกับตำแหน่ง 10 หมายถึง “มีความรุนแรงหรือมีความถี่มากที่สุด”

2. แบบประเมินด้านการตอบสนองต่ออาการ (Response to symptoms) คือความรู้สึกเป็นผลกระทบจากการรบกวนจากอาการ ประกอบด้วย การรบกวนกิจกรรมด้านร่างกาย (Physical activity) และการรบกวนความสุขในชีวิต (Enjoyment of life) โดยซ้ายมือสุดจะตรงกับตำแหน่ง 0 หมายถึง “ไม่รบกวนเลย” 1 หมายถึง “รบกวนน้อยที่สุด” และด้านขวาสุดจะตรงกับตำแหน่ง 10 หมายถึง “ รบกวนมากที่สุด”

โดยการคิดคะแนนระดับอาการไม่สบาย ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดนั้น เป็นผลรวมของคะแนนของ อาการปวด อาการหายใจลำบาก อาการเหนื่อยล้า และอาการนอนไม่หลับ ในด้านความรุนแรง ความถี่ การรบกวนกิจกรรมด้านร่างกาย และการรบกวนความสุขในชีวิต ซึ่งคะแนนเฉลี่ยที่น้อยหรือมากนั้น แสดงถึงระดับอาการไม่สบายมีความรุนแรง ความถี่ และการรบกวนความสุขในชีวิต ในระดับต่ำหรือสูง ตามลำดับ ซึ่ง Cardiac Symptom Survey (CSS) ของ Nieveen (Zimmerman et al., 2002) ได้มีการประเมินมิติของแต่ละอาการคล้ายคลึงกับมิติอาการของ Lenz และคณะ (1997) อันได้แก่ มิติด้านความรุนแรง ด้านเวลา และด้านความทุกข์ทรมานจากอาการ ซึ่งเป็นมิติที่มีผลกระทบโดยตรงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย

ในการวิจัยครั้งผู้วิจัยศึกษากลุ่มอาการไม่สบายใน 2 ด้านได้แก่ ด้านความรุนแรงและด้านเวลา เนื่องจากมิติด้านคุณลักษณะของอาการ เป็นการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ และมิติด้านความทุกข์ทรมาน หมายถึง ระดับความทุกข์ทรมานหรือความลำบากของบุคคลจากอาการ โดยระดับความทุกข์ทรมานหรือการรบกวนที่เกิดขึ้นนี้มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ผู้ป่วยคือผู้รายงานความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากอาการ การประเมินกลุ่มอาการไม่สบายในมิตินี้เป็นการประเมินความรู้สึกเป็นผลกระทบจากการรบกวนจากอาการ ได้แก่การรบกวนกิจกรรมร่างกาย และการรบกวนความสุขในชีวิต ซึ่งผู้วิจัยพิจารณาว่ามีความซ้ำซ้อนกับแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเนื่องจาก แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพก็จะประกอบด้วยคำถามซึ่ง ประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ถึงผลกระทบจากอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวและผลจากการรักษาต่อผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในด้านอาการทางด้านร่างกายและอารมณ์อยู่แล้ว

ความสัมพันธ์ระหว่างอาการไม่สบายกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังต้องเผชิญกับหลายๆ อาการ (Nordgren and Soresen, 2003: Walke et al., 2004: Zambroski et al., 2005: Barnes et al., 2006) ซึ่งเกิดจากการตอบสนองต่อภาวะที่หัวใจไม่สามารถบีบเลือดไปเลี้ยงให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย การศึกษาของ Maneesilp (2000) ศึกษาประสบการณ์เหนื่อยหอบ ผลของการเหนื่อยหอบ และวิธีจัดการกับอาการเหนื่อยหอบของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการเหนื่อยหอบทุกวัน ระยะเวลาของการเหนื่อยหอบแต่ละครั้งครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ขณะเหนื่อยหอบผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึก

อ่อนเพลีย อาการร่วมที่พบบ่อยคือ แน่นหน้าอก ร้าวไปที่คอ และใจสั่น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของสมจิตร พึ่งวงศ์สำราญ (2541) ซึ่งศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในระยะก่อนและหลังการขยายหลอดเลือด ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการ ความรุนแรง และความถี่ของการเจ็บหน้าอก ตลอดจนการใช้ยาอมใต้ลิ้นลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p<.05$) และหลังขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนในสัปดาห์ที่ 2, 6 และเดือนที่ 3 กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และเช่นเดียวกันกับการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่าผลกระทบทางกายจากการรายงานของผู้ป่วยเองที่พบมากที่สุดได้แก่ อาการหอบเหนื่อยทั้งขณะมีกิจกรรมและขณะพัก อาการเหนื่อยล้า บวม ไม่สามารถนอนหลับได้อย่างมีประสิทธิภาพและอาการอื่นๆ เช่น ใจสั่น ไอ เจ็บแน่นหน้าอก ซึ่งความถี่ ความรุนแรงที่พบมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง (Watson et al., 2000: Friedman, 2003:Nordgren and Soresen, 2003:: Barnes et al., 2006 :Zambroski et al., 2005) ส่วนอาการทางด้านจิตใจที่พบมากที่สุดได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (Martensson, Karlsson & Fridlund, 1998: Mahoney 2001: Heo et al., 2007) ซึ่งการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีอาการทางด้านจิตใจนี้มีความสัมพันธ์โดยตรงกับระดับความสามารถในการทำกิจกรรมที่ลดลง อาการทางกายที่รุนแรงขึ้น อัตราตาย และคะแนนด้านคุณภาพชีวิตที่ลดลง (Friedman et al., 2001: Vaccarino, et al., 2001: Lainscak & Keber, 2003: Rumsfeld et al: 2003: Gottlieb et al., 2004; Sullivan et al., 2004)

5.5 การสนับสนุนทางสังคม

5.5.1 แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นแนวคิดที่มีโครงสร้างหลายมิติ (Keplan, 1974: House, 1981 อ้างถึงใน มาศอุบล วงศ์พรหมชัย, 2548) แนวความคิดเรื่องนี้มีการศึกษากันมากในต่างประเทศ โดยศึกษาถึงผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาพของมนุษย์ไว้หลายประเด็น ประเด็นสำคัญในวงการแพทย์ คือ การศึกษาถึงผลของการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพอนามัยของมนุษย์ (Tilden, 1985 อ้างถึงใน ฉัตรวลัย ใจอารีย์) เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์ที่มั่นคง มีผลทำให้ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาทและระบบภูมิคุ้มกันโรคทำงานได้ดีขึ้น ส่งผลต่อสุขภาพโดยตรง และการสนับสนุนทางสังคมยังช่วยลดภาวะวิกฤต โดยเป็นตัวช่วยลดความเครียด ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงมีผู้นำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมมาใช้เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพทั้งภาวะปกติ และภาวะเจ็บป่วย (Cohen and Willis, 1985)

5.5.2 เครื่องมือที่ใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคม

Dean and Lin (1977 cited in Linsey, 1992) ได้รวบรวมเครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นที่รู้จักและยอมรับทั้งด้านความตรงและความเที่ยง ซึ่งประกอบด้วยรายละเอียดของเครื่องมือดังต่อไปนี้

5.5.1 Person Resource Questionnaire (PRO) สร้างขึ้นโดย Brandt และ Weinert ในปี 1981 ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. ข้อคำถามเกี่ยวกับสถานการณ์ชีวิตที่ทำให้บุคคลต้องการความช่วยเหลือ เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ของบุคคลและความพึงพอใจในการได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์เหล่านั้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับจำนวนกลุ่มบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือในสถานการณ์ต่างๆ ที่พบในการดำรงชีวิต จำนวน 10 สถานการณ์

2. การวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Weiss ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ การได้รับความใกล้ชิดผูกพัน การได้มีโอกาสเลี้ยงดูหรือช่วยเหลือบุคคลอื่น การมีส่วนร่วมในสังคมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับขวัญกำลังใจทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท 7 ระดับ โดยข้อความด้านบวกจากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน ไปจนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 7 คะแนน ส่วนข้อความด้านลบต้องกลับค่าคะแนน โดยคะแนนที่ได้จะอยู่ในช่วง 25-175 คะแนน คะแนนรวมสูงสุดแสดงถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

5.5.2 Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดยผู้วิจัยที่เป็นพยาบาลในปี ค.ศ. 1981 ตามแนวคิดของ Kahn เพื่อวัดความหลากหลายมิติของโครงสร้างการสนับสนุนทางสังคม เป็นคำถามเกี่ยวกับการปรับตัวหรือการจัดการตนเองแบบสั้นๆ ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1. การประเมินหน้าที่หรือการทำหน้าที่ (Function aspects) คือ ประเมินการได้รับการสนับสนุน 3 ด้าน ได้แก่ ความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด ความเห็นพ้องยืนยันพฤติกรรมของบุคคลและการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ

2. การสูญเสียเครือข่าย (Network loss) คือ การประเมินสมาชิกในเครือข่ายทางสังคมซึ่งเป็นผู้สนับสนุนหรือช่วยเหลือที่สำคัญในปัจจุบันมีจำนวนข้อคำถาม 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับจาก 1 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นจริง ถึง 5 คะแนน หมายถึง เป็นจริงมากที่สุด

5.5.3 Social Support Questionnaire (SSQ) ได้รับการพัฒนาและทดสอบโดย Sarason และคณะ ในปี ค.ศ. 1983 ใช้วัดจำนวนของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับและความพึงพอใจในการสนับสนุนทางสังคมที่มีหรือหามาได้ ซึ่งประกอบด้วยความสัมพันธ์ส่วนบุคคล การปรับตัวหรือการจัดการ และการเปลี่ยนแปลงของชีวิต มี 27 ข้อคำถาม แต่ละข้อคำถามจะประกอบด้วยบุคคลที่สามารถพึ่งพา และความพึงพอใจในการสนับสนุนที่ได้รับ โดยคำตอบจะเป็นมีหรือไม่ และถ้าตอบว่ามี จะต้องประเมินความพึงพอใจในการได้รับการสนับสนุนนั้น เป็นมาตราส่วนประมาณค่าจาก 1 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมาก ถึง 6 คะแนน หมายถึง ไม่พึงพอใจมาก

5.5.4 Inventory of Socially Supportive Behaviors (ISSB) พัฒนาโดย Barera และคณะในปี ค. ศ. 1981 เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความถี่ของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากผู้ที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ เช่น บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก และครอบครัวใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน ผู้รู้จักคุ้นเคย มี 40 ข้อคำถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ในการประเมินความถี่ในเหตุการณ์ระหว่างหนึ่งเดือนที่ผ่านมา จาก 1 คะแนน หมายถึง ไม่ได้รับ ไปจนถึง 5 คะแนน หมายถึงได้รับทุกวัน

5.5.5 Social Support Questionnaire พัฒนาโดย Schaefer และคณะในปี ค. ศ. 1981 มี 2 ส่วนคือ

1. สถานการณ์ 9 สถานการณ์ เพื่อวัดการสนับสนุนด้านวัตถุ
2. จำนวนเครือข่ายที่เฉพาะ เช่น คู่สมรส เพื่อน ความสัมพันธ์ในโรงเรียน หรือที่ทำงาน โดยมี 1 คำถามที่ถามเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และอีก 4 คำถามเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านอารมณ์

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ เอ็นริช (The ENRICHD Social Support Questionnaire: ESSI) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย จันทนา หล่อตะกูล (2549) ซึ่งมีข้อคำถามคำถามทั้งหมด 6 ข้อ มาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1 หมายถึง “ไม่มีเลย” 2 หมายถึง “มีเล็กน้อย” และ 5 หมายถึง “ตลอดเวลา” ลักษณะคำถามโดยส่วนใหญ่ของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของเอ็นริช จะเน้นถึงความรู้สึกของการได้รับความรัก และคุณค่าจากสังคมเพียงมิติเดียวเท่านั้น ซึ่งไม่ได้จำแนกถึงที่มาของการสนับสนุนทางสังคมนั้นว่าได้รับจากครอบครัว เพื่อน หรือบุคคลอื่นๆ ซึ่งการเลือกใช้แบบสอบถามนี้สนับสนุนทฤษฎีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพซึ่งกล่าวว่าการสนันสนุนทางสังคมไม่ได้หมายถึงการที่ผู้ป่วยได้รับบริการทางการแพทย์อย่างดีพร้อมเท่านั้น แต่ยังต้องเน้นถึงความเชื่อของผู้ป่วยต่อบุคคลรอบข้าง

และความสามารถในการตอบสนองสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจากบุคคลเหล่านั้นด้วย เครื่องมือผ่านการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวน 30 คนได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .90 และเก็บข้อมูลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวน 526 คนได้ค่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .875

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ และมีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูสภาพภายหลังการเจ็บป่วย โดยจะทำให้บุคคลเกิดอารมณ์ที่มั่นคงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สามารถคาดการได้ รู้สึกว่าชีวิตยังมีคุณค่า มีผลต่อภาวะสุขภาพทางอ้อม โดยบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด ช่วยให้บุคคลประเมินสถานการณ์ที่คุกคามได้ เกิดขวัญและกำลังใจในการเผชิญกับความเครียด และปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Cohen and Will, 1985: Konstam et al., 2005) ทั้งนี้เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมสามารถทดแทนความรู้สึกสูญเสีย และการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของผู้ป่วยได้ รวมทั้งช่วยให้มีสุขภาพจิตดี สามารถเผชิญหรือควบคุมเหตุการณ์อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย และส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ของการปรับตัวคือคุณภาพชีวิตได้ (ประภา รัตนเมธานนท์, 2532) Hanucharurnkul (1988) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะ ซึ่งได้รับรังสีรักษาจำนวน 112 คน ในโรงพยาบาล 3 แห่งในกรุงเทพฯ ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยโรคหัวใจก็เช่นเดียวกัน การศึกษาพบว่าของ Bennett (1998) และ ฉัตรวลัย ใจอารีย์ (2533) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภา รัตนเมธานนท์ (2532) ซึ่งศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และการศึกษาของ Samranbua (2001) ซึ่งทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญกับภาวะสุขภาพโดยรวม การศึกษาของ Riedinger et al. (2002) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตในระดับ 0.63

5.6 การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป มีผู้ให้ความหมายของการรับรู้ภาวะสุขภาพไว้ดังนี้

5.6.1 ความหมายของการรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นความคิดความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง (ศิริพร ขัมภลิขิต, 2533)

การรับรู้ภาวะสุขภาพนี้ขึ้นกับประสบการณ์ภายในของคนนั้น พฤติกรรม ความตั้งใจ มีความเปรียบเทียบในคนวัยเดียวกันหรือสถานการณ์เหมือนกัน และความเป็นตัวของตัวเองในความพยายามที่จะรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง

การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นความเชื่อของแต่ละบุคคล เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองว่าอยู่ในสภาพดีหรือเจ็บป่วย (Connely and other, 1989)

การรับรู้ภาวะสุขภาพหมายถึง ความคิดความเข้าใจของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพขึ้นอยู่กับระดับของภาวะสุขภาพจริง และการยอมรับในบทบาทของความเจ็บป่วย (Hiatt, Pegla and Borrgen, 1984)

5.6.2 การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ

เนื่องจากการรับรู้ภาวะสุขภาพส่งผลต่อความผาสุกของบุคคล (Wang and Laffy, 2001) และต่อการพฤติกรรมการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี จึงได้มีการศึกษาถึงแนวทางหรือวิธีในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคลในทัศนะต่างๆ มากมาย แนวทางหนึ่งที่ได้รับความสนใจเป็นอย่างมากคือ การประเมินภาวะสุขภาพร่างกายด้วยตนเอง (self assessment of health) ซึ่ง Gulick (1986) ให้คำจำกัดความว่า เป็นการสังเกตตนเอง การรับรู้ต่ออาการที่เกิดขึ้นกับตนเอง รวมทั้งการตัดสินความรุนแรงของอาการเหล่านี้ว่าส่งผลกระทบ และก่อให้เกิดความกดดันต่อตนเองมากเพียงใด อย่างไรก็ตามการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองนี้จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ตามการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง

จากการศึกษางานวิจัยต่างๆ พบว่า การวิจัยหลายงานประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยประเมินจากคำถามรวมเพียง 1-3 คำถาม เช่น งานวิจัยของ น้ำค้าง ว่องเกษฎา (2540) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูญเสียแขนขา โดยประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพด้วยข้อคำถามเพียง 3 ข้อ ซึ่งดัดแปลงจากแบบประเมินของ Lawton, Moss, Fulcomer and Kleban (1982) โดยประเมินภาวะสุขภาพของตนเองตามความคิดเห็น หรือความรู้สึกทั่วไปจากภาวะสุขภาพอยู่ในระดับ ดีมาก ดี พอใช้ หรือไม่ดี

Pender และคณะ (1990) ใช้การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยภาพรวม โดยใช้คำถามเพียง หนึ่งคำถาม เช่น ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพโดยทั่วไปเป็นอย่างไร และมีระดับการตอบเป็น 4 ระดับ คือ ดีมาก ดี ปานกลาง ไมดี และยังมีการวิจัยของหลายท่านที่ใช้แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยใช้คำถามในภาพรวมก็สามารถประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพได้ เช่น ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านอยู่ในระดับใด ดีมาก ดี ปานกลาง ไม่ดี (Frank-Stromborg, et al,

1990: Ferraro, 1980: Melanson, Downe and Wanbolat 1987: Maddox and Douglass, 1973: อารมณ์ วุฒิพฤกษ์ และคณะ 2531 อ้างถึงใน ดวงพร รัตนอมรชัย, 2535)

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของ พวงผกา กรีทอง (2550) ลักษณะเป็น visual analogue scale ความยาว 100 มิลลิเมตรซึ่งบ่งบอกถึงระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของผู้ป่วยด้านซ้ายสุดกำกับด้วยข้อความไม่ดีเลย (0 คะแนน) และด้านขวาสุดกำกับด้วยข้อความดีที่สุด (100 คะแนน)

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม การช่วยเหลือผู้ป่วยแต่ละคนให้สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีความจำเป็นที่พยาบาลจะต้องศึกษาการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนในทางลบคือรับรู้ว่าตนมีสุขภาพไม่ดี จะทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล และความทุกข์ทรมานทางจิตใจตามมา ในขณะที่ในรายที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในทางบวกคือรับรู้ว่ามีภาวะสุขภาพที่ดี จะส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต (นิพนธ์ แจ้งเอี่ยม, 2524) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดย Heo และคณะ (2005) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Rayond และคณะ (1997) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับสูงมีความกดดันทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำและมีภาวะการทำหน้าที่ทางกายอยู่ในระดับสูง

6. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย

ฉัตรวลัย ใจอารีย์ (2533) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง โดยกล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึงความรู้สึกเป็นปกติสุขของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง ซึ่งเป็นผลรวมของการตอบสนองความรู้สึกภายในตัวบุคคล กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งที่มีสาเหตุมาจากโรคหัวใจและโรคของระบบไหลเวียนโดยไม่รวมโรคเลือด และน้ำเหลือง ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาล

รามาธิบดี จำนวน 100 คน ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตของบรุคฮาร์ด (Burkhardt, 1982) ซึ่งผู้วิจัยนำมาดัดแปลง ซึ่งประกอบด้วยเครื่องมือ 3 แบบ คือ แบบวัดความพึงพอใจในวงกว้างของชีวิตแบบ แอล เอส ไอแซด (Life Satisfaction Index: LSI-Z) แบบวัดความพึงพอใจในชีวิตเฉพาะเรื่อง (Domain Satisfaction Rating Scale) และแบบวัดคุณภาพชีวิตโดยรวม (Overall Quality of Life Rating) ผลการศึกษาที่ได้พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ ระดับการศึกษา และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพก็มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพที่ระดับ .001 เช่นเดียวกัน ผลการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุแบบขั้นตอน พบว่า การสนับสนุนทางสังคม และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน เป็นกลุ่มตัวทำนายที่ดีที่สุดสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 46.36

กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์ (2539) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจตามแนวคิดความพึงพอใจในชีวิตกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย หลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ที่มาตรวจตามแพทย์นัดที่คลินิกศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลทรวงอก และโรงพยาบาลศิริราช โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 100 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามความพึงพอใจในชีวิต ของเฟอร์แรนส์และเพาเวอร์ส (Ferrans & Powers, 1985) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในชีวิตโดยรวมหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจค่อนข้างสูง และมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดอยู่ในเกณฑ์ดี ความพึงพอใจในชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิเคราะห์เพิ่มเติมโดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก (79) คน และกลุ่มที่มีอาการเจ็บหน้าอก (21) คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการเจ็บหน้าอกหลังผ่าตัดมีความพึงพอใจในชีวิตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากกลุ่มที่มีอาการเจ็บหน้าอก แต่กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอาการเจ็บหน้าอกมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมดีกว่ากลุ่มที่มีอาการเจ็บหน้าอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในชีวิตกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม พบว่ากลุ่มที่ไม่มีอาการเจ็บหน้าอกมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการเจ็บหน้าอกไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว

ปริศนา อัตถาผล (2543) ศึกษาภาระในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และหาอำนาจทำนายภาระในการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิต โดยใช้กรอบแนวคิดภาระในการดูแลตนเองของโอเบิสท์ (Oberst et al., 1991) และแนวคิดคุณภาพชีวิตของชาน (Zhan, 1992) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียมชนิดโลหะ ที่มารับการตรวจพิเศษศัลยกรรม 1 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 170 คน ผลการวิจัยพบว่า ภาระในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และภาระในการดูแลตนเองสามารถทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจได้ร้อยละ 9

เพ็ญรุ่ง ผลกาญจนากร (2541) ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในระยะก่อนและหลังใส่โครงร่างตาข่ายในหลอดเลือดหัวใจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตสังคม ด้านทั่วไป และในภาพรวมทั้งหมด ของผู้ป่วยในระยะก่อนและหลังใส่โครงร่างตาข่ายในหลอดเลือดหัวใจในสัปดาห์ที่ 2 6 และเดือนที่ 3 โดยใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของ เบอร์กเนอร์ (Bergner, 1987) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการใส่โครงร่างตาข่ายในหลอดเลือดหัวใจที่ โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 34 ราย เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบประเมินผลกระทบจากการเจ็บป่วย (Sickness Impact Profile:SIP) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน และภาพรวมหลังใส่โครงร่างตาข่ายดีขึ้นเป็นลำดับ คือคุณภาพชีวิตในสัปดาห์ที่ 2 6 และเดือนที่ 3 ดีกว่าก่อนใส่โครงร่างตาข่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) คุณภาพชีวิตในสัปดาห์ที่ 6 และเดือนที่ 3 ดีกว่าสัปดาห์ที่ 2 และคุณภาพชีวิตในเดือนที่ 3 ดีกว่าสัปดาห์ที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

ศิริพร เหลียงกอบกิจ (2542) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจโคโรนารีย์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจโคโรนารีย์ก่อนได้รับการรักษาภายหลังได้รับการรักษา ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและตัวแปรอิสระ และศึกษาเปรียบเทียบอัตราผู้ป่วยโรคหัวใจโคโรนารีย์ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ก่อนได้รับการรักษาและภายหลังได้รับการรักษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาที่ศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชะนีนาถ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 150 คน โดยใช้ดัชนีวัดคุณภาพชีวิต SF-36 และดัชนีวัดสุขภาพจิต Thai GHO-30 ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับการรักษา ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตสูงขึ้นจากก่อนได้รับ

การรักษา มีบทบาททางสังคมน้อยลง มีความคิดเห็นด้านสุขภาพว่าจะแย่ลง และปัจจัยด้านระดับความรุนแรงของโรคมีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตในองค์ประกอบด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย และด้านบทบาทสังคม ปัจจัยด้านประวัติเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายมีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตในองค์ประกอบความกระฉับกระเฉง

พรพิมล มาศนรากรณ์ (2544) ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ระหว่างก่อนและ 3 เดือนหลังการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างก่อน และหลังผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ 3 เดือน โดยใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของ เบอร์กเนอร์ (Bergner, 1987) และวัดกระทบจากการเจ็บป่วย (Sickness Impact Profile:SIP) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 40 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ 60-80 ปี การทำหน้าที่ของร่างกายอยู่ในระดับ 3 และมีอาการเจ็บหน้าอกบ่อย มีโรคประจำตัวและมีปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ในช่วงก่อนผ่าตัดพบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตต่ำทั้งโดยรวมและรายด้าน คือด้านร่างกาย ด้านจิตสังคม และด้านการพึ่งพา เมื่อติดตามผู้ป่วยช่วงหลังผ่าตัด 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยเกือบทั้งหมด (ยกเว้น 2 ราย) สามารถกลับไปทำงานเดิมได้ มีการทำหน้าที่ของร่างกายอยู่ในกลุ่ม 1 ผู้ที่มีอาการเจ็บหน้าอกมีน้อย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นกว่าก่อนผ่าตัดทั้งโดยรวมและรายด้าน 3 ด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ยังคงทำหน้าที่ไม่ได้ตามปกติ

6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

Westlake และคณะ (2002) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านประชากร ภาวะการทำหน้าที่ อาการทางระบบประสาท (เป็นลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลซึ่งเป็นผลจากความวิตกกังวล ซึมเศร้า และอาย หรือถูกรบกวนอันเป็นผลเนื่องมาจากความรู้สึกผิด หรือมีอัตมโนทัศน์ในตนเองต่ำ) การสนับสนุนทางสังคม ภาวะทางจิตวิญญาณ และระยะเวลาที่เป็นโรคต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งรอรับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 61 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลได้แก่ SF-36 ผลการศึกษาที่ได้พบว่าภาวะการการทำหน้าที่ (NYHA), ระยะทางที่ผู้ป่วยเดินได้ในเวลา 6 นาที (6-MNWT) และอาการทางระบบประสาทมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย ในองค์ประกอบด้านจิตใจ ปัจจัยด้านประชากร ภาวะการทำหน้าที่ อาการทางระบบประสาท การสนับสนุนทางสังคม

และภาวะทางจิตวิญญาณ และระยะเวลาที่เป็นโรค สามารถอธิบายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในองค์ประกอบด้านร่างกายได้ร้อยละ 44

Zambroski และคณะ (2005) ศึกษาภาระของอาการต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา จำนวนของอาการ ภาระอาการ (ความรุนแรง และความถี่ของอาการ) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีเพศ และอายุต่างกันต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 53 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ The Minnesota Living With Heart Failure ผลการศึกษาที่ได้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์อาการที่เกิดจากภาวะหัวใจล้มเหลว 15.1+ 8 อาการ อาการที่พบได้มากที่สุดคือหายใจลำบาก อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อย ภาวะการทำหน้าที่อยู่ในระดับน้อย มีจำนวนและภาระของอาการมากจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ต่ำ โดยปัจจัยเหล่านี้สามารถทำนายคุณภาชีวิตด้านสุขภาพได้ร้อยละ 67

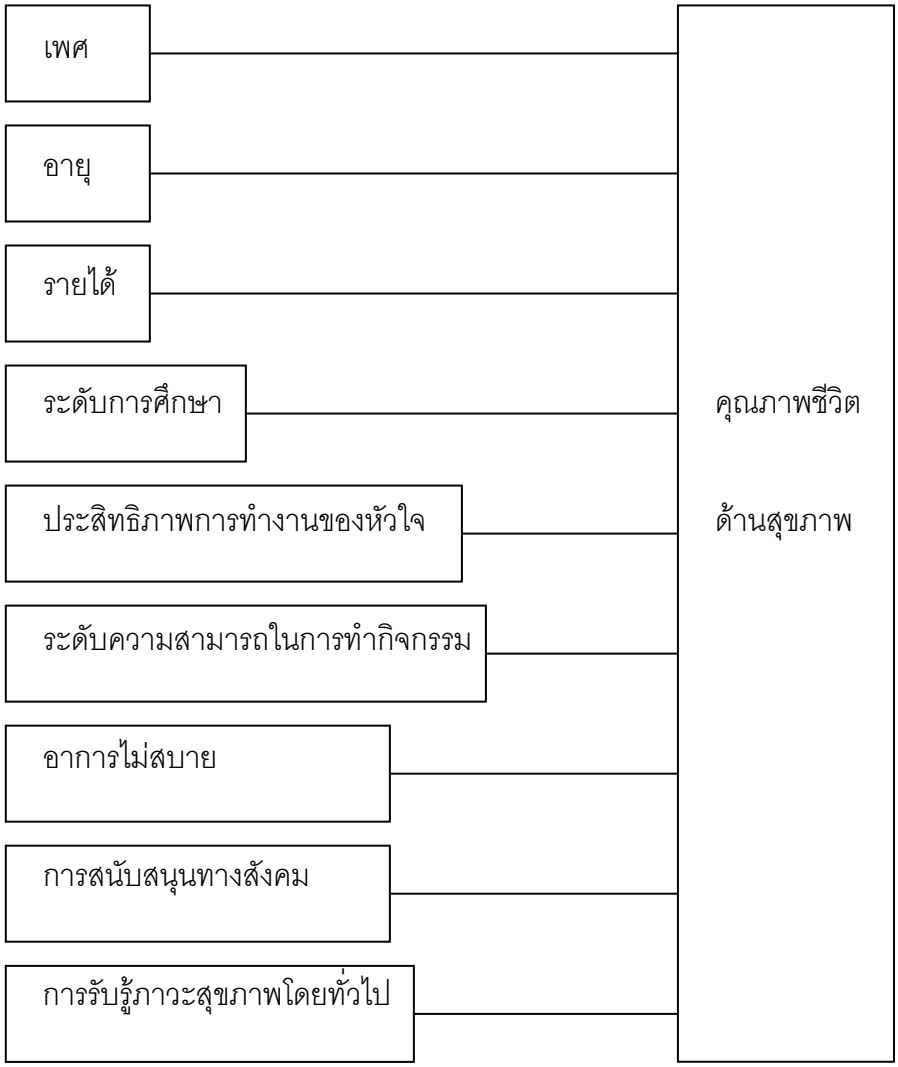
Juenger และคณะ ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเปรียบเทียบกับโรคเรื้อรังชนิดอื่นๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเปรียบเทียบกับบุคคลทั่วไปและบุคคลที่เป็นโรคเรื้อรังชนิดอื่นๆ โดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 205 คนซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวโดยประเมินจาก ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม (NYHA) , ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ (LVEF), ปริมาณออกซิเจนสูงสุด (Peak oxygen uptake) และระยะทางที่เดินได้ในเวลา 6 นาที (6-MNWT) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินได้แก่ SF36 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งมีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมในระดับ III มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าบุคคลทั่วไป บุคคลที่มีภาวะตับอักเสบเรื้อรังชนิด C (Chronic hepatitis C) และโรคไตเรื้อรังซึ่งต้องรับการรักษาโดยการล้างไต

Heo และคณะ (2007) ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังและบุคคลทั่วไป โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ในด้านร่างกาย จิตใจ อาการทางคลินิก และปัจจัยด้านบุคคลในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังและบุคคลทั่วไป โดยใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Wilson & Cleary (1995) เป็นแนวทางในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังจำนวน 90 คน และบุคคลทั่วไปจำนวน 116 คน เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน คือแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ The Minnesota Living With Heart Failure ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่ำกว่าบุคคลทั่วไป ในด้านอาการ

ทางด้านร่างกาย อารมณ์ ภาวะการทำหน้าที่ และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ซึ่งปัจจัยด้านอาการทางร่างกายเป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิตได้ดีที่สุดในทั้งสองกลุ่ม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่ผ่านมา ผู้วิจัยได้ปัจจัยที่คาดว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ และ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม กลุ่มอาการไม่สบาย การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป โดยนำมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ อาการไม่สบาย ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอายุ 20 -59ปีที่เข้ารับการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกที่คลินิกหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาล เขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลพระมงกุฎ โรงพยาบาลราชวิถี เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling) ดังนี้

1. การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้เทคนิคของ Thorndike (1978: 183-184) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณดังนี้

$N > 10K + 50$ (N=จำนวนกลุ่มตัวอย่าง, K= จำนวนตัวแปรที่ศึกษา ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรทั้งหมด 9 ตัว)

$N > 10 (10) + 50 = 140$ ผลจากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 140คน

1. สุ่มสังกัดต่างๆ ของโรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งมี 6 สังกัด ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี โรงพยาบาลสังกัดคณะกรรมการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลสังกัดองค์กรอิสระ โดยใช้การสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ ซึ่งจากการสุ่มได้โรงพยาบาลจากสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาล

สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี และโรงพยาบาลสังกัดคณะกรรมการศึกษาอุดมศึกษา สุ่มสังกัดมา 3 ใน 6 โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ ซึ่งจากการสุ่มได้โรงพยาบาลจากสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี และโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม

2. ทำการสุ่มโรงพยาบาลในแต่ละสังกัดทั้ง 3 สังกัด สังกัดละ 1 โรงพยาบาล โดยเป็นโรงพยาบาลของรัฐที่มีคลินิกหัวใจและหลอดเลือด ดังนี้

2.1 โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานครมี 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลสงฆ์ และโรงพยาบาลราชวิถี สุ่ม 1 ใน 4 โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ ได้โรงพยาบาลราชวิถี

2.2 โรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี คือ โรงพยาบาลตำรวจ ซึ่งมีโรงพยาบาลเดียวจึงไม่ต้องทำการสุ่ม

2.3 โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมมี 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า สุ่ม 1 ใน 3 โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ ได้โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

3. กำหนดคุณสมบัติ (Inclusion criteria) ของตัวอย่าง ดังนี้

1. อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
3. สามารถสื่อสาร อ่าน เขียนภาษาไทยได้
4. ไม่มีความผิดปกติด้านการมองเห็น การได้ยิน หรือประสาทสัมผัสอื่นๆ
5. ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของระบบจิตประสาทโดยดูจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย
6. ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

4. กำหนดเกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) ได้แก่

1. มีอาการด้านร่างกายไม่คงที่คือ มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หรือเหนื่อยหอบมากภายใน 12-24 ชั่วโมงก่อนการเก็บข้อมูล

5. จากโรงพยาบาลแต่ละแห่งทำการสุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังจากการมารับบริการที่คลินิกในวัน และเวลาที่เป็นวันได้รับอนุญาตให้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลของแต่ละ

โรงพยาบาล เลือกตัวอย่างจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยที่มารอรับการตรวจเพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดในแต่ละวัน กำหนดช่วงที่ใช้ในการสุ่มคือ 1 ใน 5 คนจากการจัดลำดับ ให้ได้กลุ่มตัวอย่างวันละ 4-5 คน/ แห่ง โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเวลา 10 สัปดาห์ ในช่วงเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม 2551 โดยวันจันทร์เวลา 8.00-12.00 น.สุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลตำรวจ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 45 คน วันพุธเวลา 8.00-12.00 น. สุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลราชวิถี ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 55 คน วันพฤหัสบดี สุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลพระมงกุฎ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 40 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 140 คน

ผลการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ และระดับความสามารถในการทำกิจกรรมแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังจำนวน 140 คน (n=140)

ลักษณะข้อมูล		จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	59	42.1
	หญิง	81	57.9
อายุ	30-40	3	2.1
	41-50	21	15
	51-60	78	55.7
	มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	38	27.1
อาศัยอยู่กับคู่ครอง	ใช่	105	75
	ไม่ใช่	35	25
อาชีพ	ประกอบอาชีพ	56	40
	เกษตรกรรม	15	10.7
	รับจ้าง	16	11.4
	ค้าขาย	13	9.2
	พ่อบ้าน/ แม่บ้าน	3	2.1
	ธุรกิจส่วนตัว	5	3.5
	รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	4	2.8
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	84	60

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูล		จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา	ไม่ได้รับการศึกษา	24	17.1
	ประถมศึกษา	81	57.9
	มัธยมศึกษา	27	19.3
	ประกาศนียบัตร/ อนุปริญญา	6	4.3
	ปริญญาตรี	2	1.3
รายได้ครอบครัวต่อเดือน	ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	18	12.9
	5,001-10,000	85	60.7
	10,001-20,000	40	28.6
	20,000-30,000	3	2.1
ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ	มากกว่า 55%	49	35
	40-55%	64	46
	26-39	27	20
	น้อยกว่า 25%	0	0
ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม	Class I	31	22.1
	Class II	71	51.7
	Class III	37	21.4
	Class IV	1	0.7

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 5 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 3 ส่วนย่อย คือ

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อได้แก่ เพศ อายุ รายได้ และ ระดับการศึกษา และอาชีพ

ลักษณะของแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป คือ ข้อมูลเกี่ยวกับอายุ รายได้เป็นแบบเติมคำตอบลงในช่องว่าง เพศเป็นข้อความให้เลือก 2 ข้อ ระดับการศึกษาเป็นข้อความให้เลือกตอบ 6 ข้อ ข้อมูลส่วนนี้ผู้ป่วยเป็นผู้บันทึกด้วยตนเอง

2. แบบบันทึกประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ เป็นแบบบันทึกประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจจากการตรวจคลื่นสะท้อนหัวใจ หรือจากการตรวจสวนหัวใจ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ลงบันทึกเองจากการวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย ซึ่งเป็นการบันทึกผลจากการตรวจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนของหัวใจ (Echocardiogram) หรือการสวนหัวใจ (Cardiac catheterization) ของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ โดยบันทึกเป็นค่าตัวเลขร้อยละ

3. แบบบันทึกระดับความสามารถในการทำกิจกรรม ตามเกณฑ์ของ The New York Heart Association (NYHA) ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกเองจากการรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย ที่แพทย์เป็นผู้บันทึกไว้ แบ่งเป็น 4 ระดับได้แก่

ระดับภาวะการทำหน้าที่หรือระดับความสามารถในการทำกิจกรรม ตามเกณฑ์ของ The New York Heart Association (NYHA) สามารถแบ่งได้ดังนี้

Class 1 หมายถึง ไม่จำกัดกิจกรรมที่ทำ และการทำกิจกรรมไม่ทำให้เกิดอาการใจสั่น เหนื่อย หรือเจ็บหน้าอก

Class 2 หมายถึง มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเล็กน้อย การทำกิจวัตรประจำวันอาจทำให้เกิดอาการใจสั่น เหนื่อย หรือเจ็บหน้าอกได้

Class 3 หมายถึง มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมมากขึ้น ในขณะพักไม่มีอาการ แต่กิจกรรมเล็กน้อยทำให้เหนื่อยหอบ ใจสั่น เจ็บหน้าอก

Class 4 หมายถึง ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ ในขณะพักมีอาการเหนื่อยหอบ ใจสั่น เจ็บหน้าอก

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการไม่สบาย เป็นแบบประเมินอาการไม่สบายในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวของ พวงผกา กรีทอง (2550) ซึ่งประยุกต์มาจากแบบประเมิน Cardiac Symptom Survey (CSS) ของ Nieveen (Zimmerman et al., 2002) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย โดย จันทนา หล่อตจะกูล (2549) ประเมินกลุ่มอาการไม่สบายในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ซึ่งข้อ 1-9 เป็นข้อคำถามอาการไม่สบาย 9 อาการ แต่ละอาการแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือมิติด้านความรุนแรง และมิติด้านเวลา โดยข้อคำถามมีลักษณะตัวเลขให้เลือกตอบตั้งแต่ 0-10 (Numeric Rating Scale) โดยปลายสุดของทางด้านซ้ายมือแต่ละข้อจะมีข้อความสื่อถึงสิ่งที่ต้องการประเมินได้แก่ ความถี่ และความรุนแรง โดย 1= มีน้อยที่สุด จนถึง 10

= มีมากที่สุด และข้อที่ 10 เป็นแบบสอบถามแบบเติมคำลงในช่องว่างว่าผู้ป่วยมีอาการอื่นนอกเหนือจาก 9 อาการที่ถามบ้างหรือไม่

โดยการคิดคะแนนระดับกลุ่มอาการไม่สบายในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังนั้นเป็นผลรวมของคะแนนด้านความถี่ และความรุนแรง ของ อาการอาการหอบเหนื่อยทั้งขณะมีกิจกรรมและขณะพัก อาการเหนื่อยล้า เจ็บแน่นหน้าอก อาการใจสั่น บวมบริเวณอวัยวะส่วนปลาย อาการนอนไม่หลับ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล และอาการเบื่ออาหาร ซึ่งแต่ละข้อมีคะแนนที่เป็นไปได้คือ 0 ถึง 10 คะแนน และคะแนนรวมทั้งหมดที่เป็นไปได้คือ 0 ถึง 90 คะแนนในแต่ละมิติคะแนนเฉลี่ยน้อยแปลว่าอาการไม่สบายมีความถี่ และความรุนแรงน้อย คะแนนเฉลี่ยมากแปลว่าอาการไม่สบายมีความถี่และความรุนแรงมาก

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

ใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม เอ็นริช (The ENRICHD Social Support Questionnaire: ESSI) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย จันทนา หล่อตจะกูล (2549) ซึ่งมีข้อคำถามคำถามทั้งหมด 7 ข้อ โดยคำถาม 6 ข้อแรก มาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1 หมายถึง “ไม่มีเลย” 2 หมายถึง “มีเล็กน้อย” และ 5 หมายถึง “ตลอดเวลา” ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนการสนับสนุนทางสังคมดังนี้

ไม่มีเลย หมายถึง ท่านไม่เคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นๆ เลยในความรู้สึกของท่าน (น้อยกว่า 1 วัน/สัปดาห์)

มีบ้างเล็กน้อย หมายถึง ท่านเคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นๆ บ้างเล็กน้อย (1-2 วัน/สัปดาห์)

ปานกลาง หมายถึง ท่านเคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นๆ เป็นบางครั้ง (3-4 วัน/สัปดาห์)

เกือบตลอดเวลา หมายถึง ท่านเคยได้รักการสนับสนุนตามข้อความนั้นๆ บ่อยครั้งแต่ไม่ทุกครั้ง (5-6 วัน/สัปดาห์)

ตลอดเวลา หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นๆ ทุกครั้งในความรู้สึกของท่าน (7วัน/สัปดาห์)

และข้อที่ 7 เป็นคำถามถึง สถานภาพสมรส ให้ผู้ป่วยตอบใช่ หรือไม่

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ใช้แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของพวงผกา กรีทอง (2550) ลักษณะเป็น visual analogue scale ความยาว 10 เซนติเมตรซึ่งบ่งบอกถึงระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของ

ผู้ป่วยด้านซ้ายสุดกำกับด้วยข้อความไม่ดีเลย (0 คะแนน) และด้านขวาสุดกำกับด้วยข้อความดีที่สุด (100 คะแนน)

ส่วนที่ 5 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว Minnesota Living With Heart Failure (MLWHF) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย พวงผกา กรีทอง (2550) ซึ่งประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยซึ่งเป็นผลกระทบจากโรคและการรักษา ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ ประเมินใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย (Physical dimention) ด้านอารมณ์ (Emotional dimention) และด้านเศรษฐกิจและสังคม (Socio-economic dimention) ลักษณะคำถาม ให้เลือกตอบว่า “ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ภาวะหัวใจวาย มีผลกระทบต่อท่านในด้านต่างๆ มากน้อยเพียงใด” คำตอบเป็นลิเคิร์ทสเกล 6 ระดับ (6-Point Likert Scale) ได้แก่

0 = ไม่มี หมายถึง ข้อคำถามเหล่านั้นไม่เกี่ยวกับท่าน หรือไม่มีเรื่องนี้เกิดขึ้นกับท่านเลย

1= แทบจะไม่มีเลย หรือ 1-2 ครั้งใน 1 เดือน

2= มีเล็กน้อย หรือมากกว่า 2-5 ครั้งใน 1 เดือน

3= มีปานกลาง หรือมากว่า 2 ครั้ง ถึง 3 ครั้งต่อสัปดาห์

4= มีมาก หรือมากกว่า 4 ถึง 6 ครั้งต่อสัปดาห์

5= มากที่สุด หมายถึง ทุกวันหรือทุกครั้ง

นำคะแนนซึ่งเป็นคำถามทางลบกลับคะแนน โดยคะแนน 0 หมายถึง มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำที่สุด คะแนน 5 หมายถึงมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมากที่สุด การคิดคะแนนโดยนำผลรวมของคะแนนแบบสอบถามทั้งฉบับ ซึ่งค่าคะแนนที่เป็นไปได้คือ 0 ถึง 105 คะแนน คะแนนรวม 0 หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีที่สุดตามลำดับ เกณฑ์การแปลผล แบ่งออกเป็น 5 ระดับตามเกณฑ์ของ Ware et al และคณะ (1993) ที่ใช้แบ่งระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
0 - 20	มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดีมาก
21 - 42	มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดี
43 - 64	มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพปานกลาง
65 - 76	มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี
77 -105	มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำข้อคำถามของเครื่องมือทั้ง 5 ชุด ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินกลุ่มอาการไม่สบาย แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพนำไปเสนออาจารย์ที่ปรึกษาควบคุมวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมทั้งเนื้อหาและวิธีการใช้ภาษา หลังจากนั้นนำไปปรับปรุงแก้ไขแล้วจึง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องในการใช้ภาษา โดยขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบจำนวน 5 คนดังนี้

1.1 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจจำนวน 3 คน

1.2 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 คน

1.3 พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจจำนวน 1 คน

ตัดสินโดยถือเกณฑ์ความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิร้อยละ 80 หรือ 4 ใน 5 คน ผลการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิพบว่า ข้อคำถามทั้งหมดอยู่ในเกณฑ์การยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิคือร้อยละ 80 และให้ข้อเสนอแนะในการปรับลักษณะการใช้ภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้นในบางข้อ โดยสำหรับแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 4 คนให้ข้อเสนอแนะในการปรับข้อคำถามให้เหลือ 6 ข้อ โดยตัดข้อคำถามข้อที่ 7 ซึ่งถามว่าปัจจุบันคุณแต่งงานแล้วหรืออาศัยอยู่กับคู่ครองของคุณ

2. การหาความเที่ยง (Reliability) แบบประเมินอาการไม่สบาย แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาที่ได้ปรับปรุงแล้ว นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี ในเดือน พฤษภาคม 2551 แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปหาความเชื่อมั่นโดย การคำนวนหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค(Cronbach' Alpha Coefficient) แบบสอบถามแต่ละชุดมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคจากการนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 30 คน และการใช้กับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยจำนวน 140 คนดังรายละเอียดในตารางที่ 2

แบบสอบถาม	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค	
	ทดลองใช้ (30 คน)	กลุ่มตัวอย่างจริง (140 คน)
แบบประเมินกลุ่มอาการไม่สบาย	.88	.73
แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม	.83	.72
แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	.81	.71

โดยมีเกณฑ์การพิจารณาดังนี้ จากการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบวัดที่มีอยู่แล้ว ผู้วิจัยนำมาดัดแปลงเพื่อให้เหมาะสมกับงานวิจัยควรมีความเที่ยง .80 ขึ้นไป (Burn & Grove, 2001) ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนของแบบประเมินกลุ่มอาการไม่สบายและแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมมีค่าความเที่ยงมากกว่า .80 แต่เมื่อนำไปใช้จริงมีค่าความเที่ยง .73 และ 72 ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากค่าความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างมีค่าน้อย ส่วนแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ซึ่งเป็นแบบประเมินที่มีเพียง 1 ข้อ จึงไม่สามารถหาค่าความเที่ยงได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยนำหนังสือขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย จากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเสนอ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลแต่ละแห่งขอความร่วมมือในการทำวิจัย

1.2 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัยกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนก และเจ้าหน้าที่คลินิกหัวใจและหลอดเลือดของแต่ละโรงพยาบาล

2. ขั้นดำเนินการ

2.1 สำรวจแฟ้มประวัติข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกหัวใจและหลอดเลือดของแต่ละโรงพยาบาลล่วงหน้าก่อนจะเป็นวันที่อนุญาตให้เก็บข้อมูล

ในแต่ละโรงพยาบาล เพื่อเป็นการตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด

2.2 เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่คัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยเมื่อพบผู้ป่วยครั้งแรก ผู้วิจัยแนะนำตัว ขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายถึงสิทธิ์ที่ผู้ป่วยสามารถปฏิเสธหรือไม่ให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ และรับรองว่าจะไม่มีผลต่อการบริการ หรือการบำบัดที่ผู้ป่วยจะได้รับแต่อย่างใด

2.3 หากผู้ป่วยยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยให้อ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลและหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.4 ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วนจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง แต่จะอ่านข้อคำถามให้ในกรณีที่ไม่สามารถอ่านแบบสอบถามด้วยตนเองได้ โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยระหว่างตอบแบบสอบถาม สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

2.5 ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามยังไม่เสร็จสมบูรณ์ แต่ถึงคิวเข้ารับการตรวจจะให้กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการตรวจก่อน และขอความร่วมมือให้ช่วยตอบแบบสอบถามให้เสร็จสมบูรณ์หลังจากได้รับการตรวจเรียบร้อยแล้วขณะมารับยาที่ห้องจ่ายยา

2.6 เมื่อได้รับแบบสอบถามคืน ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม หากไม่ครบถ้วน แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามให้เสร็จสมบูรณ์

2.7 ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

2.8 เก็บรวบรวมข้อมูลจนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด จำนวน 150 คน จึงนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจากโรงพยาบาล ตำรวจ โรงพยาบาลพระมงกุฎ โรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งได้ตระหนักถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย ในการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่บังคับ โดยคัดเลือกกลุ่ม

ตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด สร้างสัมพันธภาพ พร้อมทั้งแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์และผลกระทบจากการวิจัยในครั้งนี้ และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที โดยการตอบแบบสอบถามนั้น ไม่มีถูกหรือผิด และไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาล และเมื่อผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยมอบเอกสารให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีการบังคับใดๆ คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างของผู้ป่วยเป็นความลับ และเสนอผลการวิจัยโดยภาพรวมทั้งหมดเท่านั้น ไม่มีการระบุชื่อของผู้ป่วย ในระหว่างการตอบแบบสอบถาม หากไม่ต้องการทำต่อจนเสร็จสามารถยกเลิกการทำแบบสอบถามได้ทุกเมื่อ โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบาย และไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการแต่อย่างใด ในระหว่างสัมภาษณ์หากมีข้อสงสัยใดๆ สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ตามขั้นตอนดังนี้

1. นำแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของคำถามแต่ละฉบับ พร้อมทั้งกำหนดรหัสข้อมูล โดยใช้โปรแกรมการวิเคราะห์สำเร็จรูป SPSS/PC (Statistic package for social science/ Personal computer) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่

2.1 เพศ ระดับการศึกษาโดยใช้ความถี่และร้อยละ

2.2 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ และประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และค่าพิสัย

2.3 ศึกษาอาการไม่สบาย การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยใช้ค่าค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.4 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร อายุ รายได้ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ อาการไม่สบาย การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยใช้ค่า สัมประสิทธิสหสัมพันธ์เพียร์สัน

2.5 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยใช้การวิเคราะห์แบบ (Eta)

ใช้เกณฑ์ในการแปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ดังนี้ Hinkle, Wiersma and Jurs (2003)

ค่า r	ระดับความสัมพันธ์
0.0-0.3	มีความสัมพันธ์กันต่ำมาก
0.3-0.5	มีความสัมพันธ์กันต่ำ
0.5-0.7	มีความสัมพันธ์กันปานกลาง
0.7-0.9	มีความสัมพันธ์กันสูง
0.9-1	มีความสัมพันธ์กันสูงมาก

3. กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบทั้งหมด ที่ระดับ .05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ อาการไม่สบาย ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 140 คน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงมหานคร

ตอนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านบุคคลได้แก่ อายุ เพศ รายได้ ระดับการศึกษา ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม อาการไม่สบาย การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร

ตอนที่ 1 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร (n=140 คน)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังรายด้านและโดยรวม จำนวน 140 คน (n=140)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	ช่วงคะแนน	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านร่างกาย	1-40	23.88	5.29	ปานกลาง
ด้านอารมณ์	1-25	17.89	3.19	ดี
ด้านเศรษฐกิจและสังคม	1-40	27.69	4.59	ดี
รวม	1-105	69.39	11.58	ดี

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานครมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ =69.39, SD=11.58) เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =23.88, SD=5.29) คุณภาพชีวิตด้านอารมณ์อยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ =17.89, SD=3.19) และคุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจและสังคมอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ =27.69, SD=4.59)

ตอนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านบุคคลได้แก่ อายุ เพศ รายได้ ระดับการศึกษา ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม อาการไม่สบาย การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพรายด้านและโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 140 คน (n=140)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	ค่าสัมประสิทธิ์ Eta	P-value
ด้านร่างกาย	.376	.147
ด้านอารมณ์	.318	.033
ด้านเศรษฐกิจและสังคม	.482	.300
โดยรวม	.498	.203

จากตารางที่ 3 พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร รายด้านและโดยรวม จำนวน 140 คน (n=140)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	ค่าความสัมพันธ์	P-value
ด้านร่างกาย	-.396	.000
ด้านอารมณ์	-.375	.000
ด้านเศรษฐกิจและสังคม	-.227	.007
โดยรวม	-.373	.000

จากตารางที่ 4 พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างรายได้กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร รายด้านและโดยรวมจำนวน 140 คน (n=140)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	ค่าความสัมพันธ์	P-value
ด้านร่างกาย	.231	.006
ด้านอารมณ์	.243	.004
ด้านเศรษฐกิจและสังคม	.130	.126
โดยรวม	.232	.006

จากตารางที่ 5 พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจและสังคม

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์อีตา (Eta) ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพรายด้านและโดยรวม ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 140 คน (n=140)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	ค่าสัมประสิทธิ์ Eta	P-value
ด้านร่างกาย	.332	.228
ด้านอารมณ์	.338	.311
ด้านเศรษฐกิจและสังคม	.289	.147
โดยรวม	.505	.212

จากตารางที่ 6 พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ประสิทธิการทำงานของหัวใจ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพรายด้านและโดยรวม ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 140 คน (n=140)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	ค่าความสัมพันธ์	P-value
ด้านร่างกาย	.719	.000
ด้านอารมณ์	.577	.000
ด้านเศรษฐกิจและสังคม	.617	.000
โดยรวม	.722	.000

จากตารางที่ 7 พบว่า ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสามารถในการทำกิจกรรม กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 140 คน (n=140)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์ Eta	P-value
ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม (NYHA)	.762	.725

จากตารางที่ 8 พบว่าระดับความสามารถในการทำกิจกรรมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ.05

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่าง อาการไม่สบายจำแนกเป็นรายด้านและโดยรวมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพรายด้านและโดยรวม ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 140 คน (n=140)

อาการไม่สบาย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ				P-value
	ด้านร่างกาย	ด้านอารมณ์	ด้านเศรษฐกิจและสังคม	โดยรวม	
อาการทางกาย					
ความถี่	-.702	-.549	-.520	-.654	.000
ความรุนแรง	-.651	-.517	-.503	-.630	.000
อาการทางด้านจิตอารมณ์					
ความถี่	-.576	-.637	-.379	-.588	.000
ความรุนแรง	-.588	-.631	-.380	-.593	.000
อาการไม่สบายโดยรวม					
ความถี่	-.728	-.683	-.510	-.710	.000
ความรุนแรง	-.715	-.657	-.512	-.705	.000

จากตารางที่ 9 พบว่าอาการไม่สบายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพรายด้านและโดยรวม ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 140 คน (n=140)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	ค่าความสัมพันธ์	P-value
ด้านร่างกาย	.104	.221
ด้านอารมณ์	.335	.000
ด้านเศรษฐกิจและสังคม	-.106	.059
โดยรวม	.070	.412

จากตารางที่ 10 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้านอารมณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพรายด้านและโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 140 คน (n=140)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	ค่าความสัมพันธ์	P-value
ด้านร่างกาย	.481	.000
ด้านอารมณ์	.602	.000
ด้านเศรษฐกิจและสังคม	.237	.005
โดยรวม	.455	.000

จากตารางที่ 11 พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ อาการไม่สบาย ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้คือ

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ กลุ่มอาการไม่สบาย ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

มีสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ประสิทธิภาพทำงานของหัวใจ ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม กลุ่มอาการไม่สบาย การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 เพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเรื้อรัง

1.2 อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

1.3 รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

1.4 ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

1.5 ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

1.6 อาการไม่สบายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

1.7 ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

1.8 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

1.9 การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่เกิดจากโรคหัวใจและระบบไหลเวียน ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร ที่เกิดจากโรคหัวใจและระบบไหลเวียนที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ซึ่งมารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัดอย่างต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลราชวิถี โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

1. อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
3. สามารถสื่อสาร อ่าน เขียนภาษาไทยได้
4. ไม่มีความผิดปกติด้านการมองเห็น การได้ยิน หรือประสาทสัมผัสอื่นๆ
5. ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย
6. ไม่เคยได้รับการวินิจฉัย หรือมีความผิดปกติของระบบจิตประสาทโดยดูจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย

และมีกำหนดเกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) ได้แก่

1. มีอาการด้านร่างกายไม่คงที่คือ มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หรือเหนื่อยหอบมากภายใน 12-24 ชั่วโมงก่อนการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วย 5 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบประเมินกลุ่มอาการไม่สบาย ส่วนที่ 3 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป และส่วนที่

5 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นแบบวัดที่มีอยู่แล้ว ผู้วิจัยนำไปหาความเที่ยงโดยทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่โรงพยาบาลราชวิถี ในเดือน พฤษภาคม จำนวน 30 คน พร้อมทั้งนำแบบสอบถามส่วนที่ 2-5 ไปคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินอาการไม่สบาย แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เท่ากับ .88, .83 และ .81 ตามลำดับ และเมื่อนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 140 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .73, .72 และ .71 ตามลำดับ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 11 ซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดย เพศ ระดับการศึกษาโดยใช้ความถี่และร้อยละ อายุ รายได้ และประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และค่าพิสัย ศึกษา กลุ่มอาการไม่สบาย การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยใช้ค่าค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร อายุ รายได้ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ อาการไม่สบาย การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิสหสัมพันธ์เพียร์สัน ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยใช้การวิเคราะห์แบบ (Eta)

สรุปผลการวิจัย

1.คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานครอยู่ในระดับค่อนข้างดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 69.39 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.58)

2. อายุและอาการไม่สบายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้องรังในเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r=-.373 และ -.705 ตามลำดับ)

3. รายได้ ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r=.232, .722 และ .455 ตามลำดับ)

4. เพศ ระดับการศึกษา ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม และการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยซึ่งอภิปรายได้ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเฉลี่ยเท่ากับ 69.39 และเมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพรายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านเศรษฐกิจและสังคม พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิดด้านสุขภาพในด้านเศรษฐกิจและสังคม และด้านอารมณ์ มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้านร่างกาย เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าในด้านร่างกาย อาการที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมาก (มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.0-3.6 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน) ได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังทำให้ต้องนั่งพักหรือนอนพักในช่วงกลางวัน ทำให้การเดินขึ้นบันไดได้ลำบาก ทำให้การทำงานในบ้านหรือรอบๆ บ้านได้อย่างลำบาก และมีความยากลำบากในการทำกิจกรรมกับบุคคลในครอบครัวและเพื่อนๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ (Oka et al., 1993) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังจะมีประสบการณ์จากการมีอาการขณะที่มีกิจกรรมทางกายที่พบได้บ่อยคือ อาการเหนื่อยหอบ เหนื่อยล้า และเจ็บหน้าอก ความรุนแรงของอาการมีผลกับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ไม่กล้าทำกิจกรรมใดๆ เพราะเกรงว่าจะส่งผลทำให้เกิดอาการเช่นที่เคยเป็น (ชวนพิศ ทำนอง, 2527) ซึ่งอาการเหล่านี้คุกคามชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง และมีผลต่อการดำเนินชีวิตมากที่สุด จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่มีค่าน้อยกว่าด้านอื่นๆ

เมื่อพิจารณาคะแนนคุณภาพชีวิตในด้านอารมณ์รายข้อ อาการที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.3-4.2 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน) ได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังทำให้รู้สึกว่าเป็นภาระของครอบครัว หรือเพื่อน ทำให้รู้สึกว่าสูญเสียการควบคุมตนเอง ทำให้รู้สึกวิตกกังวล และทำให้รู้สึกซึมเศร้าสลดหดหู่ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาเช่นกัน ทั้งนี้เนื่องจากความกลัว ความรู้สึกไม่สามารถควบคุมหรือทำนายสถานการณ์ในการเผชิญกับอาการเหนื่อยหอบซึ่งคุกคามชีวิต สูญเสียหน้าที่ ความสามารถในการ

ทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันลดลง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (Konstam, Moser and Jong, 2005) ส่งผลถึงสภาพจิตใจของกลุ่มตัวอย่างให้มีความรู้สึกดังกล่าว

เมื่อพิจารณาคะแนนคุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจและสังคม พบว่าอาการที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.4-4.6 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน) ได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังส่งผลให้ ทำให้มีกิจกรรมทางเพศได้อย่างลำบาก ทำให้รับประทานอาหารที่ชอบได้น้อยลง ทำให้คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ปัสสาวะบ่อย หรืออาการไม่สบายอื่นๆ ซึ่งเป็นผลจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาโรคหัวใจ สอดคล้องกับการดำเนินโรคของภาวะหัวใจล้มเหลว ส่งผลกระทบต่อสภาวะการทำหน้าที่ทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยอาจรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์จากอาการบวมบริเวณอวัยวะส่วนล่างของร่างกาย ทำให้ลดบทบาทของตนเองในครอบครัวและสังคมลง หรือไม่สามารถทำตามบทบาทในครอบครัวในฐานะสามีหรือภรรยา พ่อแม่ และไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมได้อย่างเหมาะสม (เพ็ญรุ่ง ผลกาญจนากร, 2541) นอกจากนี้ยังต้องปรับตัวกับภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา เช่น ยาขับปัสสาวะ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยต้องปัสสาวะบ่อย ยาดิจิทาลิสที่มีอาการข้างเคียงทำให้คลื่นไส้ อาเจียน และเบื่ออาหาร

ถึงแม้ว่าการครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี แต่การศึกษาของ Calvert et al., 2005, Masoudi et al., 2004, Hoe et al., 2004 และ Gottlieb et al., 2004 พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมากที่สุดจากภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้แก่กลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุค่อนข้างน้อย ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 50 ปี นอกจากนี้การศึกษาในประเทศไทยยังพบว่าไม่เพียงแต่ อายุ และเพศเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อาชีพ ระดับการศึกษา และรายได้ก็มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเช่นเดียวกัน (มนสิน แย้มสกุล, 2542)

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ อาการไม่สบาย ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร

2.1 เพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร

ผลการศึกษาพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า เพศมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านอารมณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าสัมประสิทธิ์อีต้า (Eta) เท่ากับ .318 ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเพศหญิงมักมีความเสี่ยงต่อการเผชิญกับภาวะทางจิตอารมณ์และต้องการการสนับสนุนจากสังคมมากกว่าเพศชาย ในขณะที่เพศชายมักต้องเผชิญกับภาวะซึมเศร้าและมีปัญหาในการปรับตัวมากกว่าเพศหญิง (Heo et al.,2007) แต่เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตในด้านร่างกาย แล้วพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สายรุ้ง บัวระพา (2547) ที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของ Friedman (2003) ที่พบว่าเพศชายและเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน

2.2 อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร

จากการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (r=-.373) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุเพิ่มขึ้นจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลง และเมื่อพิจารณารายด้านก็ยังพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r=-.396) ระหว่างอายุกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้านร่างกายมีค่ามากกว่าด้านอื่น ทั้งนี้เนื่องจาก วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงตามทฤษฎีของวัยชราคือ มีการเสื่อมถอยในการทำหน้าที่ของเซลล์ และระบบต่างๆ ของร่างกาย (เกษม อุตวิชัย, 2541 อ้างถึงใน เยาวภา บุญเที่ยง, 2545) ซึ่งบุคคลที่มีอายุมากจะมีความสามารถในการทำกิจกรรมทางกายลดลง (Allen, 1990: McArdele et al., 1991: Matteson et al., 1997 อ้างถึงใน สายรุ้ง บัวระพา, 2547) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สายฝน จับใจ, 2540: Gott, Barnes and Parker et al., 2006: Franzen et al., 2007 ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอายุมากมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อย แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Cline et al., 1999 : Masoudi et al., 2004; Hou et al., 2004 :Gottlieb et al., 2004: Calvert et al., 2005 ที่พบว่าภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังจะส่งผลกระทบมากที่สุดแก่กลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อย อาจเป็นเพราะใน

การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 50 ปี ซึ่งยังเป็นวัยที่ผ่านประสบการณ์การทำงานมาเป็นระยะเวลาสมควร อีกทั้งยัง อยู่ในวัยที่กำลังจะเกษียณอายุการทำงาน หรือมีบุตรหลานที่กำลังสร้างครอบครัวการเจ็บป่วยซ้ำเติม จึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า

2.3 รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ผลการศึกษาพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับต่ำมาก (r=.232) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ที่มีรายได้มากกว่ามีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีรายได้ต่ำกว่า ทั้งนี้เนื่องจากรายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญในการดำรงชีวิตของคนในสังคมปัจจุบันเพราะเป็นสิ่งที่ตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นอาหารที่มีคุณค่า ที่อยู่อาศัยในสภาพที่ดี และที่สำคัญคือการรักษาพยาบาล ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิต ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องไปจนตลอดชีวิต ซึ่งค่าใช้จ่ายในการรักษาและติดตามป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคมีราคาค่อนข้างแพง ดังนั้นหากผู้ป่วยมีรายได้ต่ำ ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น อาจทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าต่ำลง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ กังวล ซึมเศร้า เครียดและส่งผลถึงคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง (Stewart, 1989) ผลการวิจัยที่ได้สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัตรวลัย ใจอารีย์ ซึ่งพบว่ารายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง ถึงแม้ว่าเมื่อพิจารณารายด้านรายได้จะไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านเศรษฐกิจและสังคม ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าทั้งนี้เนื่องจากในสังคมไทยการใช้จ่ายในด้านสุขภาพได้รับการเกื้อหนุนจากบุตรหลานและนโยบายของรัฐบาล จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องวิตกกังวลกับการใช้จ่ายในด้านนี้

2.4 ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร

ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ ทำให้ระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของประภา รัตนเมธานนธ์ (2532) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่มี

การศึกษาต่ำ และขัดแย้งกับการศึกษาของ ฉัตรวลัย ใจอารีย์ (2533) ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

2.5 ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร

ผลการศึกษาพบว่า ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง (r=.722) กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังทั้งโดยรวมและมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจที่ต่ำจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ลดลง ซึ่งสอดคล้องตรงกับหลักการทางสรีรวิทยา นั่นคือ ผู้ที่มีประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจต่ำ หัวใจจะมีความสามารถในการสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่างของร่างกายได้น้อย ทำให้มีอาการทางด้านร่างกายอื่นๆตามมาเช่น มีการคั่งของน้ำที่ปอดมาก ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซบริเวณถุงลมปอดไม่ดี ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบาก สอดคล้องกับหลายๆการศึกษาที่พบว่าประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้งทางด้านอาการทางกาย (Cline et al., 1999: Juenger et al., 2002; Riegel et al., 2002: Clark et al., 2003; De Jong et al., 2004; Carels et al., 2004) และอาการทางด้านจิตอารมณ์โดยเฉพาะอาการซึมเศร้า (Elatre et al., 2003)

2.6 ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร

ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมเป็นตัวแปรซึ่งใช้ในการแบ่งภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งได้มาจากการวัดระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตประจำวัน (AHA, 2006) จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังส่วนใหญ่มีภาวะการทำหน้าที่ หรือระดับความสามารถในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับ 2 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.7 รองลงมาได้แก่ ระดับ 3 และระดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 26.4 และ 22.1 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษามลฤดี บุราณ (2548) ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจโดยส่วนใหญ่มีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับ 2 จากการศึกษาของ Majani และคณะ (1999) พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ที่มีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับ 3 และ 4 จะประสบกับปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับที่ 1 และ 2 โดยระดับความสามารถในการทำกิจกรรมที่ไม่รุนแรงจะส่งผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติ

กิจกรรมพื้นฐานของชีวิตได้ ทำให้มีการปรับตัวทางด้านอารมณ์ที่ดี และสามารถจัดการกับความเครียดได้ดี จึงส่งผลต่อสภาพจิตใจตามไปด้วย

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ค่าสัมประสิทธิ์ Eta เท่ากับ .762 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับ ที่ 2 (ร้อยละ (51.7) นอกจากนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่า ในการเก็บข้อมูลระดับความสามารถในการทำกิจกรรมครั้งนี้ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย ที่ไม่เป็นเวลาปัจจุบัน จึงอาจมีความคลาดเคลื่อนจากการรับรู้ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยเอง

2.7 อาการไม่สบายมีความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร

ผลการศึกษาพบว่าอาการไม่สบายมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูง (r=-.705) กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังต้องเผชิญกับหลายๆ อาการ (Nordgren and Soresen, 2003: Walke et al., 2004: Zambroski et al., 2005: Barnes et al., 2006) ซึ่งเกิดจากการตอบสนองต่อภาวะที่หัวใจไม่สามารถบีบเลือดไปเลี้ยงให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ซึ่งอาการ ความรุนแรง และความถี่ ที่พบมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง (Watson et al., 2000: Friedman, 2003:Nordgren and Soresen, 2003:: Barnes et al., 2006 :Zambroski et al., 2005) โดยในการศึกษาครั้งนี้พบว่า อาการที่ทางกายที่พบมากที่สุดได้แก่ อาการอ่อนล้าหรือเหนื่อยมาก และอาการทางด้านจิตใจคือ ความรู้สึกเป็นกังวลหรือเครียด รองลงมาคือมีปัญหาในการนอนหลับ สอดคล้องกับการศึกษาของManeesilp (2000) ศึกษาประสบการณ์เหนื่อยหอบ ผลของการเหนื่อยหอบ และวิธีจัดการกับอาการเหนื่อยหอบของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการเหนื่อยหอบทุกวัน ระยะเวลาของการเหนื่อยหอบแต่ละครั้งครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ และผลการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่าความถี่ ความรุนแรงของ อาการหอบเหนื่อยทั้งขณะมีกิจกรรมและขณะพัก อาการเหนื่อยล้า บวม ไม่สามารถนอนหลับได้อย่างมีประสิทธิภาพและอาการอื่นๆ เช่น ใจสั่น ไอ เจ็บแน่นหน้าอก ที่พบมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง (Watson et al., 2000: Friedman, 2003:Nordgren and Soresen, 2003:: Barnes et al., 2006 :Zambroski et

al., 2005) ส่วนอาการทางด้านจิตใจที่พบมากที่สุดได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (Martensson, Karlsson & Fridlund, 1998: Mahoney 2001: Heo et al., 2007) ซึ่งการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีอาการทางด้านจิตใจนี้มีความสัมพันธ์โดยตรงกับ ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมที่ลดลง อาการทางกายที่รุนแรงขึ้น อัตราตาย และคะแนนด้านคุณภาพชีวิตที่ลดลง (Friedman et al., 2001: Vaccarino, et al., 2001: Lainscak & Keber, 2003: Rumsfeld et al: 2003: Gottlieb et al., 2004; Sullivan et al., 2004)

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่มีอาการไม่สบายมากกว่า 1 อาการโดยมีอาการเฉลี่ย 5.7 อาการ โดยในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มอาการทางกายที่ถูกเลือกมากที่สุด รวมทั้งมีความถี่และความรุนแรงของอาการมากที่สุด ได้แก่ อาการอ่อนล้าหรือเหนื่อยมาก รองลงมาได้แก่ อาการหายใจขัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Friedman, 1997: Maneesilp, 1999: Evangelista et al., 2000: Watson, Gibbs and Lip, 2000: Nordgren and Soresen, 2003: Zambroski et al., 2005: Barnes et al., 2006 ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต้องเผชิญกับอาการทางด้านคลินิกมากกว่า 1 อาการ ซึ่งเกิดจากการที่หัวใจไม่สามารถบีบเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย กลุ่มอาการที่พบได้บ่อยทางด้านร่างกาย (Physical symptom) ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้แก่ อาการหอบเหนื่อยทั้งขณะมีกิจกรรมและขณะพัก อาการเหนื่อยล้า เจ็บแน่นหน้าอก ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มอาการที่ถูกเลือกมากที่สุดได้แก่ อาการอ่อนล้าหรือเหนื่อยมาก ส่วนรองลงมาคืออาการหายใจขัด ซึ่งผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าการศึกษาครั้งนี้เป็นการสอบถามอาการในขณะที่กลุ่มตัวอย่างมารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก และถามถึงอาการในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมาใน 1 เดือน ที่ผ่านมา ซึ่งอาการของโรคอยู่ในภาวะสงบอาการที่กลุ่มตัวอย่างนึกถึงมากที่สุด จึงเป็นอาการอ่อนล้าหรือเหนื่อยมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Maneesils (1999) และ Samranbau (2001) ซึ่งกล่าวว่าอาการหายใจขัด หรือหายใจลำบากเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหัวใจโดยเฉพาะผู้ป่วยซึ่งอยู่ในระยะเริ่มมีอาการหรือพัฒนาไปสู่อาการของภาวะหัวใจล้มเหลว

อาการใจสั่นเป็นอาการที่กลุ่มตัวอย่างเลือกร้อยละ 62.9 ซึ่งจากการดำเนินโรคของภาวะหัวใจล้มเหลวทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะได้เนื่องจากความผิดปกติของหัวใจส่วนต่างๆ ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุทั้งที่เป็นความผิดปกติจากหัวใจเอง เช่น โรคลิ้นหัวใจผิดปกติ โรคหลอดเลือดหัวใจ (Phonphet, 2001) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ พิษจากยาต้านหัวใจเต้นผิดจังหวะ digitalis และภาวะที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากโรคหัวใจเช่น ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำในร่างกาย นอกจากนี้ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะยังมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ และอาการหายใจขัด

อีกด้วย (Maneesilp, 1999) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาเช่น การศึกษาในกลาสโกว์ (Glasgow) ประเทศสก็อตแลนด์พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการหัวใจห้องบนเต้นเร็วจำนวนมากกว่าร้อยละ 60

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62.1 มีอาการเจ็บหน้าอกทั้งนี้เนื่องจากการดำเนินของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซึ่งนำไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลว และภาวะหัวใจล้มเหลวก็ทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงเซลล์ หรือกล้ามเนื้อหัวใจได้เพียงพอจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีอาการเจ็บหน้าอก

อาการบวมที่ขาเป็นอาการที่กลุ่มตัวอย่างมีรายงานอาการร้อยละ 27.9 ซึ่งเป็นอาการของภาวะหัวใจห้องขวาล้มเหลวทำให้เกิดอาการบวมที่ส่วนล่างของร่างกาย เช่น ขา แผ่นหลัง บวมแน่นที่ท้อง น้ำหนักเพิ่มมากขึ้น เกิดจากการคั่งของน้ำในหลอดเลือดทั่วร่างกาย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงการทำงานของไต (พิกุล บุญช่วง, 2541; วิเชียร ทองแตง, 2543; Watson, Gibbs, &Lip, 2000) แต่ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีรายงานอาการเพียงร้อยละ 27.9 ซึ่งผู้วิจัยวิเคราะห์ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก อาการบวมที่ส่วนล่างของร่างกายนั้นเป็นอาการที่บ่งบอกถึงอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งค่อนข้างรุนแรงผู้ป่วยที่มีอาการบวมมักมีอาการเหนื่อยหอบร่วมด้วยซึ่งต้องเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในเพื่อรักษาภาวะน้ำเกิน จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีรายงานอาการบวมที่ขาค่อนข้างน้อย

อาการทางด้านจิตอารมณ์ที่ถูกเลือกมากที่สุด รวมทั้งมีความถี่และความรุนแรงมากที่สุดในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ อาการรู้สึกกังวลหรือเครียด รองลงมาได้แก่ มีปัญหาในการนอนหลับ หดหู่หรือเศร้าหมอง ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาเช่นกัน ทั้งนี้เนื่องจากความกลัวความรู้สึกไม่สามารถควบคุมหรือทำนายสถานการณ์ในการเผชิญกับอาการเหนื่อยหอบซึ่งคุกคามชีวิต สูญเสียหน้าที่ ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันลดลง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (Konstam, Moser and Jong, 2005) ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดและวิตกกังวล นอกจากนี้อาการนอนไม่หลับก็เป็นอาการที่พบได้บ่อย โดยจากการศึกษาของ Riedinger, et al. (2004) พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการทำกิจกรรมอยู่ในระดับ 2-4 (NYHA Class II-IV) มีรายงานอาการที่ไม่สามารถนอนหลับได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ถูกรบกวนโดยอาการหายใจลำบาก ต้องปัสสาวะในเวลากลางคืนจากการรับประทานยาขับปัสสาวะหรือเกิดจากความวิตกกังวลหรือเครียด

ร้อยละ 35.7 ของกลุ่มตัวอย่างมีรายงานอาการเบื่ออาหาร ซึ่งนอกจากจะเกิดจากพยาธิสรีระวิทยาของภาวะหัวใจห้องขวาล้มเหลวทำให้เลือดไม่สามารถไหลเข้าหัวใจห้องขวาได้ดี ผลที่

ตามมาคือตับโต ทำให้แน่นท้อง ปวดท้องและเบื่ออาหาร (Siva & Noble, 1999) ยังเกิดจากอาการเหนื่อยล้า หายใจขัด (Lennie et al., 2006) และจากการต้องรับประทานอาหารที่จำกัดเกลืออีกด้วย

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีอาการอื่น นอกเหนือจากที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ในแบบสอบถาม ได้แก่ อาการปากแห้ง เหงื่อออก รู้สึกไม่มีสมาธิ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Zambroski และคณะ (2005) ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวนอกจากต้องเผชิญกับอาการทางคลินิกที่พบได้บ่อยในทางทฤษฎีแล้วอาการดังกล่าวก็ยังเป็นอาการที่พบได้บ่อยเช่นเดียวกัน

2.8 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร

ผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r=.412) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Westlake และคณะ (2002) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่ครอง (ร้อยละ 75) และมีระดับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ($\overline{x}$ =20.16) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ (r=.335) กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านอารมณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ สายรุ้ง บัวระพา (2547) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางกายในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ทั้งนี้เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับโรคที่เป็นอยู่ได้ โดยเฉพาะทางด้านจิตอารมณ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต Riedinger et al. (2002) และช่วยลดความกดดันทางอารมณ์ ความวิตกกังวลของผู้ป่วย (Taylor, 2005) อีกทั้งลักษณะของสังคมไทยซึ่งเป็นสังคมแบบเครือญาติมีความใกล้ชิดผูกพัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกันตลอดเวลา สามารถช่วยให้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถเผชิญกับปัญหาในชีวิตประจำวัน และสามารถปรับตัวกับภาวะหรือโรคที่เขาประสบได้ Lynch (1990) กล่าวว่าบุคคลซึ่งมีสถานภาพหย่าร้าง เป็นหม้าย หรือยังไม่เคยแต่งงาน มีโอกาสที่จะเสียชีวิตจากโรคหัวใจมากกว่าบุคคลที่อยู่ในสถานภาพสมรส แต่อย่างไรก็ตามการสนับสนุนจากระบบสาธารณสุข และนโยบายของรัฐบาลในด้านการเงินในการช่วยเหลือทางด้านสุขภาพก็มีส่วนช่วยในการช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยด้วย

2.9 การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร

ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ (r=.455) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่รับรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ และการยอมรับในบทบาทของความเจ็บป่วย (Hiatt, Pegla and Borrgen, 1984) ของตนเองว่าอยู่ในสภาพดีส่งผลต่อความผาสุกของกลุ่มตัวอย่าง และทำให้สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต (นิพนธ์ แจ้งเอี่ยม, 2524) สอดคล้องกับการศึกษาของ Heo และคณะ (2005) ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Rayond และคณะ (1997) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับสูงจะมีความกดดันทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยที่พบว่า อายุ เพศ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ กลุ่มอาการไม่สบาย และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นควรมีการนำข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้มาเป็นแนวทางในการวางแผน และหาวิธีบำบัดทางการพยาบาล (Nursing intervention) เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว และวิชาชีพพยาบาลในโอกาสต่อไป ในที่นี้ผู้วิจัยขอเสนอแนะการนำผลการวิจัยข้อนี้ไปใช้ดังนี้

1. จากผลการวิจัยที่พบว่า อายุและเพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ดังนั้นพยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญของความแตกต่างของปัจจัยทั้งสองข้อนี้ ถึงแม้ว่าตัวแปรเพศจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตเฉพาะในด้านอารมณ์ แต่เนื่องจากการดำเนินโรคของภาวะหัวใจล้มเหลวย่อมส่งผลต่อบุคคลที่มีอายุและเพศแตกต่างกัน นอกจากนี้เพศชายและเพศหญิงยังมีความแตกต่างกันในเรื่องการปรับตัวต่อภาวะโรคที่เป็นแตกต่างกันอีกด้วย ดังนั้นในการให้พยาบาลจึงต้องคำนึงถึงลักษณะส่วนบุคคล เช่นในกลุ่มผู้ป่วยที่สูงอายุจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มักได้รับผลกระทบจากภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า เพื่อให้สามารถเข้าถึงความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคนและตอบสนองได้อย่างถูกต้อง

2. จากผลการวิจัยที่พบว่า ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง พยาบาลควรให้ความตระหนักและ

ประเมินผลกระทบจากภาวะหัวใจล้มเหลวในกลุ่มผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดกลุ่มอาการไม่สบายต่างๆ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แต่ก็ต้องไม่ลืมว่าถึงแม้ผู้ป่วยจะมีประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจอยู่ในระดับดีก็อาจจะเกิดกลุ่มอาการไม่สบายได้มากเช่นเดียวกันโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวชนิดการคลายตัวผิดปกติ (Diastolic heart failure)

3. จากผลการวิจัยที่พบว่า กลุ่มอาการไม่สบายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง พยาบาลควรตระหนักและส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเฝ้าระวังอาการผิดปกติของตัวเอง ทั้งกลุ่มอาการทางกายและกลุ่มอาการทางด้านจิตอารมณ์ เริ่มตั้งแต่การแนะนำรูปร่างและหน้าที่ของหัวใจโดยใช้ภาพประกอบ ชี้ให้เห็นว่าหัวใจของผู้ป่วยมีความผิดปกติที่ตำแหน่งใด เช่น ลิ้นหัวใจ ผนังกั้นห้องระหว่างหัวใจ หรือหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ เป็นต้น พยาบาลควรสอนให้ผู้ป่วยได้เข้าใจถึงโรคของตนเอง และผลจากการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ควรให้ผู้ป่วยได้รู้จักอาการแรกของภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น น้ำหนักเพิ่ม ผิวหนังตึง ข้อเท้าบวม ไอบ่อยขึ้น รู้สึกเพลีย และการทำกิจวัตรประจำวันช้าลง ฤทธิ์ข้างเคียงของดิจิตาลิส เช่นรู้สึกหัวใจเต้น หรือหัวใจกระโดด เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน มีปัญหาเรื่องการมองเห็น ชีพจรไม่สม่ำเสมอ และฝึกให้ผู้ป่วยฝึกจับชีพจรของตนเอง ให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร และเครื่องดื่มที่เหมาะสม เช่นการรับประทานอาหารรสจืด งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งตัวผู้ป่วยเองจะเป็นผู้ทราบดีที่สุดก่อนที่อาการของโรคจะรุนแรงขึ้น ทั้งนี้เพื่อป้องกันภาวะรุนแรงกะทันหันของโรค นอกจากนี้ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอยู่แล้วพยาบาลควรมีการให้ Nursing intervention เพื่อลดความถี่ ความรุนแรง และแนวทางการจัดการกับอาการเหล่านั้น ในระยะยาวควรมีการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังโดยทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary health care team) เพื่อส่งเสริมให้ผู้สามารถอยู่กับภาวะของโรคและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

4. จากผลการวิจัยที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง พยาบาลควรให้การสนับสนุนด้านจิตใจ เนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จะมีผลกระทบในด้านของจิตใจ คือเกิดความวิตกกังวล กลัว เครียด ซึ่งผลของสภาวะจิตใจที่เกิดขึ้นนี้มีผลต่อร่างกายของผู้ป่วย ส่งผลทำให้โรคดำเนินไปได้เร็วยิ่งขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องได้รับการสนับสนุนประคับประคองด้านจิตใจไปพร้อมกับการดูแลด้านร่างกาย พยาบาลต้องอาศัยกระบวนการ ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทางด้านจิตใจ และพิจารณากระบวนการในการนำมาใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยการสร้างสัมพันธ

ภาพที่ดีกับผู้ป่วย การพูดคุยและกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก รับฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยวิตกกังวล และให้ความห่วงใย การร่วมกันแก้ไขปัญหาและให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง (วนิดา อินทราชา, 2538; สุรินทร์ ทองยิ้ม, 2544; นุชรัตน์ ฉัตรวิชัย, 2545, สายรุ้ง บัวระพา, 2547) นอกจากนี้ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รู้จักดูแลตนเองอย่างพอเพียงและต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อลดการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. จากผลการวิจัยที่พบว่ากลุ่มอาการไม่สบายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ควรมีการศึกษาว่ากลุ่มอาการไม่สบายมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยอย่างไร และควรมีการศึกษาอาการที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้มากที่สุด เพื่อนำผลการศึกษามาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมในการจัดการกับอาการ

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กัลยา วานิชบัญชา. 2546. การใช้ SPSS for windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล เวอรชั่น 7-10. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : ซี เค แอนท์ เอส โฟโต้สตูดิโอ.

กุสุมา คุววัฒน์นสัมฤทธิ์ . 2539. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เกษม รัตนสุมาวงศ์. 2544. Pathophysiology of Congestive Heart failure. ในถาวร สุทธิไชยากุล (บรรณาธิการ), Cordiology 2001, กรุงเทพฯ : แซดเอ็น กราฟฟิคเฟรส จำกัด.

จิราพร ศิริรัตน์. 2543. การศึกษาประสบการณ์เกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ฉัตรวลัย ใจอารีย์. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชวนพิศ ทำนอง. 2527. ผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อความสามารถในการออกกำลังและการทำกิจกรรมในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลอายุรศาสตรและศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เดือนฉาย ชยานนท์. 2538. หัวใจวาย. ใน วิทยา ศรีมาดา (บรรณาธิการ), ตำราอายุรศาสตร์ 2, กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ยูนิตี้พับลิเคชั่น.

ทรงขวัญ ศิลารักษ์. 2544. การวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลว. ใน ถาวร สุทธิไชยกุล (บรรณาธิการ), Cardiology 2001. กรุงเทพมหานคร : แซดอีเอ็นกราฟิค เพรส.

ทัศนีย์ จินางกูร. 2530. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องแบบถาวร. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

นิธิวดี เมธาจารย์. 2544. ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อประสิทธิภาพการใช้ออกซิเจนสูงสุดและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. 2545. ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : บริษัท ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.

เบญจวรรณ คุณรัตนาภรณ์. 2540. คุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนในเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประภา รัตนเมธานนท์. 2532. การศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประสาท เหล่าถาวร, ชาญ ศรีรัตนสถาว, ธณรัตน์ ชุนงาม และ ขจร ขาวไพศาล. 2541. การรักษาภาวะหัวใจวาย. ในถาวร สุทธิไชยากุล (บรรณาธิการ), Cardiology 1998, กรุงเทพมหานคร : แซดอีเอ็นกราฟิกเฟรส.

ปริศนา อัตถาผล. 2543. ภาระในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พิกุล บุญช่วง. 2541. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. พิมพ์ครั้งที่ 2. โครงการตำรา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พุทธชาติ สมณา. 2548. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต . สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เพ็ญรุ่ง ผลกาญจนากร. 2541. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในระยะก่อนและหลังใส่โครงร่างตาข่ายในหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ผ่องพรรณ อรุณแสง. 2548. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น : หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

มนสิน แย้มสกุล. 2542. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจากการสูบบุหรี่. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาเอกโรคติดเชื้อ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

มลฤดี บุราณ. 2548. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มาศอุบล วงศ์พรหมชัย. 2548. ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เยาวภา บุญเที่ยง. 2545. การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพ และการกับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ราชบัณฑิตยสถาน. 2549. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร.

รังสฤษฎ์ กาญจนวณิชย์. 2546. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง. ในวุฒิ เดช โอภาส และ อภิชาติ สุคนธสรรพ์(บรรณาธิการ), อายุรกรรมประยุกต์ เล่ม 1, เชียงใหม่ : ไอ แอม ออแกไนเซอร์ แอนด์ แอ๊ดเวอร์ไทซิ่ง.

วันดี โตสุขศรี. 2539. ความสามารถในการดูแล ความเครียดและภาระในการดูแลของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศิริพร เหลียงกอบกิจ. 2542. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจโคโรนารีย์. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาเอกโรคติดเชื้อ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร. 2545. ความหวัง ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. 2546. หัวใจล้มเหลว. ใน วิทยา ศรีมาดา (บรรณาธิการ), ตำราอายุรศาสตร์ 4, กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน.

สมจิตร พึ่งวงศ์สำราญ. 2541. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในระยะก่อนและหลังขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมจิต หนุเจริญกุล. 2537. การพยาบาลโรคหัวใจขาดเลือด. ใน สมจิต หนุเจริญกุล (บรรณาธิการ), ตำราอายุรศาสตร์, กรุงเทพมหานคร : วีเจพริ้นติ้ง.

สมจิต หนุเจริญกุล. 2544. การพยาบาลอายุรศาตร์ เล่ม2. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : วี เจ พริ้นติ้ง.

สมชาย สุขสิริเสรีกุล. 2539. หลักการและการประยุกต์ใช้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 4(3) : 213-223.

สมนพร บุณยะรัตนเวช. 2543. เคล็ดลับการรักษา Congestive Heart Failure. ในวิทยา ศรีมาดา (บรรณาธิการ), เคล็ดลับในการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรม, 39-54. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมพันธ์ หิญชีระนันท์. 2539. การพยาบาลเพื่อคุณภาพชีวิต. วารสารพยาบาล 45 (4) : 21-27.

สายฝน จับใจ. 2540. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สายรุ้ง บัวระพา. 2547. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และกิจกรรมทางภายในผู้ป่วยหัวใจเรื้องรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

Artinian, N. T., & Duggan, C. H. 1995. Sex differences in patients after coronary artery bypass surgery. Heart Lung 24(6): 483-494.

Barnes, S., Gott, M., Payne S., Parker, C., Seamark,D., Gariballa, S., & Small, N. 2006. Prevalence of symptoms in a community based sample of heart failure patients. Journal of pain and symptom management 32(3): 208-116.

Barsevick, A. M., Whitmer, K., Nail, L. M., Beck, S. L. 2006. Symptom cluster research conceptual, design, measurement and analysis issue. Journal of pain and symptom management 31(1): 85-93.

Bennett, S. J., Barker, S. L., & Huster, G. A. 1998. Quality of life in women with heart failure. Health Care Women International 19(3): 217-229.

Bennett, S. J. 2003. Comparison of quality of life measure in heart failure. Nursing Reasearch 52(4): 207-216.

Brauwald, E. 2000. Heart failure. In E. Braunwald et al. (Eds), Ltarrisons, Principle of Internal Medicine, pp 1318-1329. New York: Mc Graw –Hill.

Burkhardt, C. S. 1985. The impact of arthritis on quality of life. Nursing Research 31(1): 11-16.

Calvert. J. M., & Freemantle, N. 2003. Use of health-related quality of life in prescribing research. Part 1: Why evaluated health-related quality of life?. Journal of Pharmacy and Therapeutic 28: 513-521.

Carelock, J., & Clack, A. P. 2001. Heart failure: Pathophysiologic mechanism. American Journal of Nursing 101(12): 26-32.

Clack, D. O., Tu, W., Weiner, M., & Murray, M. D. 2003. Correlated of health-related quality of life among lower income, urban adult with chronic heart failure. Heart & Lung 32(6): 391-401.

Cline, M. J. C., Willenhemer, B. R., Erharal, R. L., Wiklund, I., & Israellson, Y. A. B. 1999. Health-related quality of life in elderly patients with heart failure. Scandinavian Cardiovascular Journal 33: 271-285.

Cohen, S., & Willis, T. A. 1985. Stress, social support and buffering hypothesis. Psychological Bulletin 98(10): 310-357.

Danstan, J. L., & Riddle, M. M. 1997. Rapid recovery management: the effects on the patients who has undergone heart surgery. Heart & Lung 25(2): 98-107.

Denollet, J., & Brutsaert, D. L. 1998. Personality disease severity and the risk of long-term cardiac events in patients with a decreased ejection traction after myocardial infarction. Circulation 97: 167-173.

Ekman, I., Fagerberg, B., Londmand, B. 2002. Health-related quality of life and sense of coherence among elderly patients with serve chronic hart failure in comparison with healthy controls. Heart Lung 31: 94 -101.

Elatre, W., Aria, L., Cayasoo, R., Huiskes, B. L., Beckwith, K., & Heywood, D. J.T. 2003. Depression in heart failure patients: prevalence, association with functional status, hospital readmission, and mortality. Journal of Cardiac Failure 9(5): 73.

Evangelista, S. L., Dracup, K., & Doering, V. L. 2000. Treatment seeking delays in heart failure patients. Journal of Heart Lung Transplant 19: 932-938.

Ferrans, E. C., Zerwic, J. J., Wilbur, E. J., Larson, L. J. 2005. Conceptual model of health-related quality of life. Journal of Nursing Scholarship 37(4): 336-342.

Francis, G. S., Gassler, J.P.,& Sonnenblick, E. H. 2001. Pathophysiology and diagnosis of heart failure. In V. Fusster, R. W. Alexander , & R. A. O' Rouke (Eds), The heart, pp 665-685. New York: Mcuraw-Hill.

Franzen, K., Savman,B. U., Blomgvist, K. 2007. Predictors for health related quality of life in persons 65 years or older with chronic heart failure. European Journal of Cardiovascular Nursing 6: 112-120.

Friedman, M. M. 1997. Older adults' symptoms and their duration before hospitalization for heart failure. Heart Lung 26: 169-176.

Friedman, M. M., Griffin, A. J., Rochester, & Buffalo. 2001. Relationship of physical symptoms and physical functioning to depression in patients with heart failure. Heart Lung 30: 98- 104.

Friedman, M. M. 2003. Gender difference in the health related quality of life of older adults with heart failure. Heart lung 32(5) : 320-327.

Gott, M., Barnes, S., Parker, C., et al. 2006. Predictors of the quality of life of older people with heart failure recruited from primary care. Age and Ageing 35: 172-177.

Gottlieb, S. S., et al. 2004. The influence of age, gender, and race on the prevalence of depression in heart failure patients. Journal of the American College of Cardiology 43(9): 661-670.

Guyatt, G. H. 1993. Measurement of health-related quality of life in heart failure. JACC 22: 185A-191A.

Hanucharurnkul, S. 1988. Social support, self care, and quality of life in cancer patients recieving radiotherapy in Thailand. Docteral dissertation. College of Nursing Wayne state Univesitys Detroit, MI.

Heo, S., Moser, K. D., Riegel, B., Hall, A. L., Christman, N. 2005. Testing a published model of hearth-related quality of life in heart failure. Journal of Cardiac Failure 11(5): 372-379.

Hinkle, D. E., Wiersma, W. & Jurs, S. G. 2003. Applied Statistics for the Behavioral Sciences. 3rded. Boston: Allyn and Bacon.

Hobbs, F.D.R., Kenkre, J. E., Roalfe, A. K., Davis, R. C., Hare, R., Davies, M. K. 2002. Impact of heart failure and left ventricular systolic dysfunction on quality of life: a crossectional study comparing common chronic cardiac and medical disorders and representative adult population. European Heart Journal 23: 1867-76.

Hou, N., Chui, M. A., Eckert, G. J., Olidridge, N. B., Murray, M. D., & Bennet, S. J. 2004. Relationship of age and sex to health related quality of life. American Journal of Critical Care 13: 153-165.

Johansson, P., Anabranch, M., Dahlstrom, U., Brosfrom, A. 2004. Measurement of health-related quality of life in chronic heart failure, from a nursing perspective-a review of literature. European Journal of Cardiovascular Nursing 3: 7-20.

Juenger, J., Schellberg, D., Kraemer, S., Haunstetter, A., Zuwick, C., Herzog, W., Hass,M. 2002. Health related quality of life in patients with congestive heart failure: comparison with other chronic disease and relation to functional variables. Heart 87: 235-241.

Konstam, V., Moser, D. K., & Jung, J. D. M. 2005. Depression and anxiety in heart failure: review article. Journal of Cardiac Failure 11(6): 455- 463.

Kubo, S. H., Schuman, S. Starling, R. C., Jessup, M., Wenthworth, D., & Burkhoff, D. 2004. Development and validation of a patients questionnaire to determine New York Heart Association Classification. Journal of Cardiac Failure 10(3): 228-235.

Lainscak, M., & Keber, I. 2003. Patient's view of heart failure: from the understanding to the quality of life. European Journal of Cardiovascular Nursing 2(4): 275-281.

Lip, G.Y., Gibbs, C. R., Beevers, D. G. 2000. ABC of heart failure: A etiology. British Medical Journal 320: 04-107.

Lenz, E. R., Pugn, L. C., Milligan, R. A., Giff, A. G., & Suppe, F. 1997. The middle range theory of unpleasant symptoms: an update. Advances in Nursing Science 17 (3): 1-13.

Logeart, D., et al. 2003. Doppler echocardiography was more accurate than B-type natriuratic peptide assay for detecting CHF in acute dyspnea. ACP Journal Club 139: 22.

Lortajakul, C. 2006. The development of quality of life instrument in Thai patients with post myocardial infarction. Docteral dissertation. Adult Nursing, Faculty of Graduated Studies, Chulalongkorn University.

Mahoney, J. S. 2001. An ethnographic approach to understanding the illness experience of patients with congestive heart failure and their family members. Heart & Lung 30(6): 429-436.

Majani, G., Pierobon, A., Callegari, S., Opacich, C., Cobelli, C., et al. 1999. Relationship between psychological profile and cardiological variables in chronic heart failure. The role of patients subjectivity. European Heart Journal 20(21): 1579-1586.

Manssilp, W. 2000. Dyspnea experience, dyspnea outcomes and management strategies of dyspnea. Master' thesis. Adult Nursing, Faculty of Graduated Studies, Mahidol University.

Maor, Y., Cohen., Y., Olmer., L., and Mozes, B. 1999. Factors assosiaetd with health indicators in patients undergoing coronary artery bypass surgery. Chest 116(6): 1570-1574.

Masnaragorn, P. 2000. Comparison of quality of life in coronary artery disease patients between before and three months after coronary bypass graft. Master's thesis. Adult Nursing, Faculty of Graduated Stadies, Mahidol University.

Masoudi, F. A., Rumsfeld, J. S., Havranek, E. P. House, J. A. Peterson, E. D., Krumholz, H. M., et al. 2004. Age, functional capacity, and health-related quality of life in patients with congestive heart failure. Journal of Heart Failure 10(5): 368 373.

Matensson, J., Karlsson, J. E., & Fridlund, B. 1998. Female patients with congestive heart failure: How they conceive their life situation. Journal of Advanced Nursing 28: 1216-1224.

Mcmahon, K. A., Lip, G.Y.H. 2002. Psychological factors in heart failure: A review of the literature. Archives of Internal Medicine 162: 509-516.

Meeberg, G. A. 1993. Quality of life: A concept analysis. Journal of Advanced Nursing 18(1): 32-38.

Moons, P. 2004. Why call it health related quality of life when you mean perceived health status?. European Journal of Cardiovascular Nursing 3: 275-277.

Nordgren, L., Sorenson, S. 2003. Symptoms experience in the last six months of life in patients with end-state heart failure. European Journal of Cardiovascular Nursing 2: 213-217.

Oka, R. K., Stott, N. A., Dae, M. W., Haskel, W. L., and Gortner, S. R. 1993. Daily physical activity levels in congestive heart failure. Ameriacan Journal of Cardioogy 71(15): 921-925.

Padilla, G.V., & Grant, M. 1985. Quality of life as a cancer nursing outcome variable. Advancing in Nursing Science 8(1): 45-60.

Parmley, W. W. 1989. Pathophysiology and current therapy of congestive heart failure. Journal of American College of Cardiology 13(4): 771-789.

Phonphet, J. 2001. Thestudy of factors affecting the health status in patients with coronary artery disease at Phathalung Hospital . Master' s Thesis. Adult Nursing Faculty of Graduated Studies, Mahidol University.

Piano, M. R., Boudmass, M., & Schwertz, D. W. 1998. The molecular pathophysiology of heart failure. Heart & Lung 27(1): 3-19.

Poirrier, G. P., & Oberliether, M. G. 1999. Clinical pathways in nursing: A guide to managing care from hospital to home untied states. Spring house corporation.

Rich, M. W. Becham, V., Wittenberg, C., Leven, C., Freedland, K. E., & Carnet, R. M. 1995. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. Journal of General Internal Medicine 8(11): 585-589.

Riedinger, M. S., Dracup, K. A., Brecht, M. L. 2002. Quality of life in women with heart failure, normative groups, and patients with other chronic condition. American Journal of Critical Care 11(3): 211-219.

Riegel, B., Moser, K. D., Glaser, D., et al. 2002. The Minnesota Living with Heart Failure questionnaire. Nursing Research 51(4): 209-217.

Rumsfeld, S. J., Itavvnnek, E., Masoudi, A. F., Peterson, Jones, P., Tooley, E. J., Krumhole, M. H., Spus, A. J. 2003. Depressive symptoms are the strongest predictors of snort term declines in health status in patients with heart failure. Journal of the American College of Cardiology 42(10): 1811-1817.

Samranbua, A. 2001. Factor Influencing Holistic Health of Post Cardiac Valvular Replacement Patients. Master' s Thesis. Adult Nursing, Faculty of Graduated Studies, Mahidol University.

Schactman, M., Scott, C., Silva, V.M., & Wolff, C. A. 1995. Hemodynamic monitoring. Texas: Skidmor-Roth Publishing Inc.

Seifert, P. C. 1994. Cardiac surgery. St. Louis: Mosby.

Siva, A., Noble, M. 1999. Crash Course Cardiology. London: Moshy.

Sousa, H. K., & Willianson, A. 2003. Symptom status and health-related quality of life; clinical relevance. Journal of Advanced Nursing 42(6): 571-577.

Sriprasong, S. 2000. A study of the level of activity during the first six weeks after discharge of patients with myocardial infarction. Master' s Thesis. Adult Nursing, Faculty of Graduated Studies, Mahidol University.

Stewart, A. L., et al. 1989. Functional status and well-being of patients with chronic conditions. JAMA 262(7): 907-913.

Stewart, S., MacIntyte, K., Capewell, S., McMurray, JJV. 2003. Heart failure and the aging population: an increasing burden in 21ST century?. Heart 89: 49-53.

Strike, J .J. M. H., Denollet, J., Lousberg, R., and Honig, A. 2003. Compaing symptoms of depression and anxiety as predictors of cardiacevents and increased health care condumption after myocardial infarction. Journal of American College Cardiology 42: 1801-1807.

Testa, Ma., Simonson, Dc. 1996. Assessment of quality of life outcomes. N Engl J Med 334: 835 -840.

Thondike, R. M. 1978. Correlation procedures for research. USA: A Halsted Press Book.

Twibell, R., Siela, D., and Mahmooddi, M. 2003. Subjective perceptions and physiological variables during weaning from mechanical ventilation. American Journal of Critical Care 12(2): 101-112.

Vaccarino, V., Kasl, S. V., Abramson, J., & Krumholz, H. M. 2001. Depressive symptoms and riak of functional decline and death in patients with heart failure. Journal of American College of Cardiology 38: 199-205.

Walke, L. M., Gallo, T.W., Tinetti, E. M., Fried, R. T. 2004. The burden of symptoms among community dwelling older persons with advanced chronic disease. Archive Intern Med 164: 2321-2324.

Watson R.D.S., Gibbs C.R., Lip, G.Y.H. 2000. ABC of heart failure, Clinical Features and complications. BMJ 320: 236 – 239.

Wenger, N.K., Mattson, M. E., Furberg, C. D., et al. 1984. Assesment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies. American Journal Cardiology 54: 508-913.

Westlake, C., Dracup K., Crasser, J., Livingstone, N., Heywood, T., Hushes, B. L., et al. 2002. Correlate of health–related quality of life in patients with heart failure. Heart Lung 31: 85-93.

Wilson, I. B., Cleary, P. D. 1995. Linkink clinical variables with HRQOL: A conceptual model of outcomes. Journal of American Heart Association 273(1): 59-65.

Zambroski, C. H., Moser, D. K., Bhat, G., Ziegler, C. 2005. Impact of symptom prevalence and symptom burden on quality of life in patients with heart failure. European Journal of Cardiovascular Nursing 4: 198-206.

Zhan, L. 1992. Quality of life: conceptual and measurement issue. Journal of Advanced Nursing 17(7): 795-800.

Zimmerman, L., Barnason, S., Bery, B. A., Catin, S. S., & Nieveen, J. 2002. Comparison of recovery patterns for patients undergoing coronary artery bypass grafting and minimally invasive direct coronary artery bypass in the early discharge period. Progress in Cardiovascular Nursing 17: 132-14.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

ผศ.ดร. จอนผะจง เพ็งจาด	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
อาจารย์ จริยา ตันติธรรม	พยาบาลผู้ชำนาญการทางคลินิก ประจำหอ ผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ คณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
อาจารย์ ดร. เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นางสาวพัชนี ร่มตาล	หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ สถาบันทรวงอก
นางโสภิณ ศรีสุวรรณวัฒนา	หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

ภาคผนวก ข
จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
และจดหมายขอความร่วมมือในการทำวิจัย

ที่ ศธ 0512.11/ คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพ ฯ 10330

มกราคม 2551

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นางสาวนิตยา ศรีสุข นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์ นพ. องค์การ เรืองรัตนอัมพร เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์จริยา ตันติธรรม เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญชัย)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน อาจารย์ จริยา ตันติธรรม
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร 0-2218-9813
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม รองศาสตราจารย์ นพ. องค์การ เรืองรัตนอัมพร
ชื่อนิสิต นางสาวนิตยา ศรีสุข 08-6504-9934

ที่ ศธ 0512.11/ คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพ ฯ 10330

มกราคม 2551

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก

เนื่องด้วย นางสาวนิตยา ศรีสุข นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์ องค์การ เรืองรัตนอัมพร เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ บุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้ นางสาว พัชนี ร่มตาล หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญชัย)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางสาว พัชนี ร่มตาล
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร 0-2218-9813
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม รองศาสตราจารย์ นพ. องค์การ เรืองรัตนอัมพร
ชื่อนิสิต นางสาวนิตยา ศรีสุข

ที่ ศธ 0512.11/ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพ ฯ 10330

กุมภาพันธ์ 2551

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

เนื่องด้วยนางสาวนิตยา ศรีสุข นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์ นพ. องค์การ เรืองรัตนอัมพร เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 40 คน ณ คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสำรวจอาการโรคหัวใจ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ทั้งนี้นิสิตจะประสานงานเรื่อง วันและเวลาในการเก็บข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวนิตยา ศรีสุข ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญชัย)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร 0-2218-9813
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม รองศาสตราจารย์ นพ. องค์การ เรืองรัตนอัมพร
ชื่อนิสิต นางสาวนิตยา ศรีสุข 08-6504-9934

ที่ ศธ 0512.11/ คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพ ฯ 10330

กุมภาพันธ์ 2551

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน นายแพทย์ใหญ่ (สบ 8) โรงพยาบาลตำรวจ

เนื่องด้วยนางสาวนิตยา ศรีสุข นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง“ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์ นพ. องค์การ เรืองรัตนอัมพร เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 40 คน ณ คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสำรวจอาการโรคหัวใจ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ทั้งนี้นิสิตจะประสานงานเรื่อง วันและเวลาในการเก็บข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวนิตยา ศรีสุข ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญชัย)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร 0-2218-9813
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม รองศาสตราจารย์ นพ. องค์การ เรืองรัตนอัมพร
ชื่อนิสิต นางสาวนิตยา ศรีสุข 08-6504-9934

คณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยกรมแพทย์ทหารบก
ชั้น 5 อาคารพระมงกุฎเกล้าเวชวิทยา วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า
317 ถนน ราชวิถี เขต ราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ (662)354-7600-28 ต่อ 94270 โทรสาร (662)354-9011

ที่ ๕๐๑ /2551

วันที่ ๒๙ เมษายน 2551

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัย

เรียน นางสาวนิตยา ศรีสุข นศ.ป.โท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย - แบบรายงานสรุปผลการวิจัย

ตามที่ ท่านได้ส่งโครงการวิจัย เรื่อง "ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง" [Factors Associated with Health - Related Quality of Life in Patients with chronic heart Failure.] เพื่อพิจารณาระเบียบวิธีวิจัย และจริยธรรมจากคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก เพื่อประกอบการพิจารณา สนับสนุนการเก็บข้อมูล นั้น คณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก อนุมัติเมื่อวันที่ 22 เมษายน 2551 เมื่อท่านได้ทำวิทยานิพนธ์เสร็จสิ้นลง กรุณาส่งวิทยานิพนธ์ของท่านและแบบรายงานสรุปผลการวิจัย มายังคณะอนุกรรมการฯ 1 ชุด

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

พันเอกหญิง

(เยาวนา ธนะพัฒน์)

ประธานคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก

รายงานความก้าวหน้าโครงการวิจัยโครงการวิจัย ใช้แบบฟอร์ม RF14, รายงานการแก้ไขเพิ่มเติมโครงร่างการวิจัยใช้แบบฟอร์ม RF06, รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ใช้แบบฟอร์ม RF19, รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ชนิดร้ายแรงใช้แบบฟอร์ม RF20, รายงานสรุปผลการวิจัย ใช้แบบฟอร์ม RF16

เอกสารรับรองโครงการวิจัยที่เกี่ยวกับการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี

เอกสารเลขที่ 052 / 2551

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย) " ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง "

(ภาษาอังกฤษ) " Factors associated with health-related quality of life in patients with chronic hearth failure "

ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสาวนิตยา ศรีสุข

ตำแหน่ง -

สังกัดหน่วยงาน นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลราชวิถี เมื่อวันที่ 17 เดือน เมษายน พ.ศ. 2551

ลงนาม .....

(นายแพทย์อุดม ไกรฤทธิชัย)

รักษาราชการแทนหัวหน้ากลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ

ลงนาม .....

(นางวารุณี จินารัตน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

ภาคผนวก ค
เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ชื่อผู้วิจัย นางสาวนิตยา ศรีสุข

ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผศ.ดร. ชนกพร จิตปัญญา

ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม รศ.นพ. องค์การเรืองรัตนอัมพร

ใบยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ในเรื่องต่างๆ ดังต่อไปนี้

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ในเรื่องต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. ข้าพเจ้าได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยในเรื่อง วัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย และประโยชน์ของการวิจัยโดยละเอียด

2. ข้าพเจ้าได้รับทราบคำรับรองของผู้วิจัยว่า จะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าไว้เป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบที่เป็นการสรุปผลการวิจัยเท่านั้น

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามใดๆ ที่ข้าพเจ้าไม่สะดวกหรือสะเทือนใจ และยุติการตอบแบบสอบถามเมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลต่อบริการการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าพึงจะได้

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว จนมีความเข้าใจดีทุกประการและได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

.....	.....
สถานที่/วันที่	ลงนามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
.....	.....
สถานที่/วันที่	(นางสาวนิตยา ศรีสุข)
	ลงนามผู้ทำวิจัย
.....	.....
สถานที่/วันที่	(.....)
	ลงนามพยาน

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Participant information sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหล; เรื้อรัง

1.ชื่อผู้วิจัย นางสาว นิตยา ศรีสุข นิสิตสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. สถานที่ปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ ชั้น 3 โรงพยาบาลปิยะเวท ถนน พระรามที่ 9 แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพ 10320
โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-6256536
โทรศัพท์เคลื่อนที่ 086-5049934
E-mail: zomwhan@yahoo.com

3. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมที่ให้แก่ประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย ประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

3.1 โครงการนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

3.2 วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล (เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา) ปัจจัยด้านสรีระวิทยา (ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ) ปัจจัยด้านอาการ (กลุ่มอาการไม่สบาย) ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ (ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (การสนับสนุนทางสังคม) ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

3.3 เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย ที่ผู้วิจัยคาดว่า ความไม่สะดวกที่อาจเกิดขึ้น คือ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาท

3.4 ในการตอบแบบประเมินผู้เข้าร่วมการวิจัย ไม่ต้องระบุ ชื่อ-นามสกุล ในแบบสอบถามจะใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้เข้าร่วมการวิจัย คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ

4. รายละเอียดและขั้นตอนของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้รับการปฏิบัติในงานวิจัยนี้จะคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวโดย

1. อายุตั้งแต่ 20-59 ปี
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
3. สามารถสื่อสาร อ่าน เขียนภาษาไทยได้
4. ไม่มีความผิดปกติด้านการมองเห็น การได้ยิน หรือประสาทสัมผัสอื่นๆ

5. ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

และกำหนดเกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย ได้แก่

1. ได้รับการวินิจฉัย หรือเคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของระบบจิตประสาทโดยดูจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย

2. มีอาการด้านร่างกายไม่คงที่คือ มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หรือเหนื่อยหอบภายใน 12-24 ชั่วโมงก่อนการเก็บข้อมูล

5. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์และโทษเกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

6. ไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ก็ตาม ท่านจะยังคงได้รับการพยาบาลตามปกติ และมีสิทธิบอกเลิกการตอบแบบสอบถามเมื่อใดก็ได้ตามต้องการ ซึ่งจะไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ท่านได้รับอยู่

7. ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทนให้แก่ท่านที่เข้าร่วมในการวิจัย

8. ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถที่จะหยุดเข้าร่วมงานวิจัยนี้ได้ทุกเวลา การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมงานวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆทั้งสิ้นต่อการได้รับบริการในโรงพยาบาล

9. ข้อมูลใดๆที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมวิจัยจะถือเป็นความความลับ และจะไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบนอกเหนือจากคณะผู้วิจัย ข้อมูลโดยภาพรวมและสรุปเพื่อเป็นประโยชน์ทางการศึกษาวิจัย

10. จำนวนของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยประมาณที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ 140 คน

ภาคผนวก ง
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบประเมินสำหรับการวิจัยเรื่อง
“ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง”

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 5 ข้อ โปรดตอบคำถามต่อไปนี้โดยให้ท่านเติมคำตอบ หรือทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องที่ตรงกับตัวของท่านตามความเป็นจริง

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
2. อายุ.....ปี
3. รายได้ครอบครัวต่อเดือน.....บาท
4. ระดับการศึกษา

( ) ประถมศึกษา ( ) มัธยมศึกษา/ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ
( ) อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ( ) ปริญญาตรี
( ) สูงกว่าปริญญาตรี ( ) อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ (ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก)

- ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ เท่ากับ.....
วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ.....

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกระดับความสามารในการทำกิจกรรม (ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก)

-ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับ.....
วัน/เดือน/ปี ที่ประเมิน.....

การวินิจฉัยโรค.....(ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก)

แบบสำรวจอาการโรคหัวใจ

คำชี้แจง : กรุณาใส่เครื่องหมาย • ลงในช่อง ☐ ที่ตรงกับความรู้สึกเกี่ยวกับอาการโรคหัวใจของท่าน

ถ้าท่านตอบ 0 = ไม่มีอาการโรคหัวใจ ท่านไม่ต้องตอบในช่องการประเมินอาการและการตอบสนองต่ออาการนั้น

แต่ถ้าท่านตอบ 1 = มีอาการโรคหัวใจ ขอให้ท่านตอบระดับของความถี่ของอาการความรุนแรงของอาการนั้นๆ ตามความรู้สึกของท่าน โปรดทำเครื่องหมาย X บนตัวเลขที่แสดงระดับตั้งแต่ 1 ถึง 10

โดย 1 = มีน้อยที่สุด, จนถึง 10 = มีมากที่สุด

1. อาการเจ็บหน้าอก

ความถี่ 0___1___2___3___4___5___6___7___8___9___10

ความรุนแรง 0___1___2___3___4___5___6___7___8___9___10

2. อาการหายใจขัด

ความถี่ 0___1___2___3___4___5___6___7___8___9___10

ความรุนแรง 0___1___2___3___4___5___6___7___8___9___10

3. รู้สึกอ่อนล้าหรือไม่มีแรง

4.....

5.....

6.....

7.....

8.....

9. อาการเบื่ออาหาร

ความถี่ 0___1___2___3___4___5___6___7___8___9___10

ความรุนแรง 0___1___2___3___4___5___6___7___8___9___10

10. ท่านยังมีอาการอื่นนอกเหนือจากที่ถามอีกหรือไม่ ? ถ้ามี กรุณาท่านช่วยบอกให้ทราบด้วยว่าคือ

……..

แบบสอบถาม การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อและ X เลือกข้อที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ไม่มีเลข หมายถึง ท่านไม่เคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นๆ เลยในความรู้สึกของท่าน

มีบ้างเล็กน้อย หมายถึง ท่านเคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นๆ บ้างเล็กน้อย

ปานกลาง หมายถึง ท่านเคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นๆ เป็นบางครั้ง

เกือบตลอดเวลา หมายถึง ท่านเคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นๆ บ่อยครั้งแต่ไม่ทุกครั้ง

ตลอดเวลา หมายถึง ท่านเคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นๆ ทุกครั้งในความรู้สึกของท่าน

ข้อความ	ไม่มีเลย 1	เล็กน้อย 2	ปานกลาง 3	เกือบตลอดเวลา 4	ตลอดเวลา 5
1. คุณมีคนที่พร้อมจะรับฟังคุณในเวลาที่คุณต้องการหรือไม่ ?					
2.คุณมีคนพร้อมจะให้คำแนะนำที่ดีเวลาคุณมีปัญหาหรือไม่?					
3. คุณมีคนพร้อมที่จะให้ความรักคุณ และห่วงใยคุณหรือไม่?					
4.					
5.					
6. คุณมีการติดต่อกับคนที่คุณรู้สึกว่าใกล้ชิดเชื่อใจและไว้วางใจมากเท่าที่คุณต้องการหรือไม่					

แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป

คำชี้แจง : แบบสอบถามนี้ ถามความคิดเห็นของคุณเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วๆ ไป ของท่าน ข้อมูลนี้จะช่วยในการบันทึกว่าท่านรู้สึกอย่างไรกับภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของท่านว่าดีเพียงใด

ให้ท่านขีดเครื่องหมาย X ลงบนเส้นตรงข้างล่างตรงบริเวณที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด เส้นนี้แทนความรู้สึกของท่านว่า “ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านโดยรวมเป็นอย่างไรในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา จากไม่ดีเลย (0 คะแนน) จนถึงดีที่สุด (100 คะแนน)

ไม่ดีเลย ดีที่สุด

I I I

0 50 100

แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวล้มเหลว

คำชี้แจง : คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามที่ต้องการทราบว่าภาวะหัวใจวาย มีผลต่อการดำเนินชีวิตและความผาสุกของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มากน้อยเพียงใด

โปรดทำเครื่องหมาย X ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงในชีวิตท่านมากที่สุด

0 = ไม่มี หมายถึง ข้อคำถามนั้นไม่เกี่ยวกับท่าน หรือไม่มีเรื่องนี้เกิดขึ้นกับท่านเลย

1 = แทบจะไม่มีเลย หรือ 1-2 ครั้ง ใน 1 เดือน

2 = มีเล็กน้อยหรือมากกว่า 2-5 ครั้งใน 1 เดือน

3 = มีปานกลางหรือมากกว่า 2 ครั้ง ถึง 3 ครั้งต่อสัปดาห์

4 = มีมาก หรือมากกว่า 4 ครั้งถึง 6 ต่อสัปดาห์

5 = มากที่สุด ทุกวันหรือทุกครั้ง

ท่านคิดว่าในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ภาวะหัวใจวายมีผลกระทบต่อท่านในด้านต่างๆ เหล่านี้ มีมากน้อยเพียงใด	ไม่มี	แทบจะไม่มีเลย	มีเล็กน้อย	มีปานกลาง	มีมาก	มีมากที่สุด
1. เกิดการบวมที่ข้อเท้า/ขา/แข้ง หรือที่อื่นๆ	1	2	3	4	5	6
21. ทำให้คุณรู้สึกซึมเศร้าสลดหดหู่	1	2	3	4	5	6

ภาคผนวก จ
รายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของอาการไม่สบายจำแนกตามอาการของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 140 คน (n=140)

กลุ่มอาการไม่สบาย	จำนวน (คน)	ร้อยละ (n=140)
เจ็บหน้าอก	87	62.1
หายใจขัด	105	75
อ่อนล้าหรือเหนื่อยมาก	135	96.4
หดหู่หรือเศร้าหมอง	84	60
มีปัญหาในการนอนหลับ	96	68.6
บวมที่ขา	39	27.9
ใจสั่น	88	62.9
รู้สึกกังวลหรือเครียด	135	96.4
เบื่ออาหาร	30	35.7

*กลุ่มตัวอย่าง 1 คน สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 12 พบว่า อาการไม่สบายของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานครที่มีความถี่ของการถูกเลือกมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่1) อาการอ่อนล้าหรือเหนื่อยมากและ อาการรู้สึกกังวลหรือเครียดมีกลุ่มตัวอย่างเลือกเท่ากัน 2) อาการหายใจขัด 3) มีปัญหาในการนอนหลับ 4) ใจสั่น และ 5) อาการเจ็บหน้าอก โดยมีความถี่คิดเป็นร้อยละ 96.4, 75, 68.6, 62.9 และ 62.1 ตามลำดับ

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการไม่สบายจำแนกตามอาการความถี่และความรุนแรงของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 140 คน (n=140)

อาการไม่สบาย	$\bar{x}$ (ความถี่)	SD (ความถี่)	$\bar{x}$ (ความรุนแรง)	SD(ความรุนแรง)
เจ็บหน้าอก	1.14	1.16	1.02	1.0
หายใจขัด	2.26	1.77	1.82	1.46
อ่อนล้าหรือเหนื่อยมาก	3.20	1.44	2.88	1.40
หดหู่หรือเศร้าหมอง	1.28	1.30	1.09	1.13
มีปัญหาในการนอนหลับ	1.98	1.88	1.45	1.41
มีอาการบวมที่ขา	.40	.76	.35	.66
ใจสั่น	1.18	1.10	1.19	1.16
กังวลหรือเครียด	2.75	1.38	2.06	.95
เบื่ออาหาร	.76	1.23	.50	.77
กลุ่มอาการทางกาย	8.17	7.26	3.61	3.17
กลุ่มอาการด้านจิตอารมณ์	6.77	4.08	5.10	2.86
โดยรวม	14.94	6.70	12.36	5.24

จากตารางที่ 13 พบว่า อาการไม่สบายของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร เมื่อจำแนกตามความถี่และความรุนแรงพบว่า อาการที่มีความถี่และความรุนแรงมากที่สุดได้แก่อาการอ่อนล้า หรือเหนื่อยมาก โดยมีคะแนนความถี่ของอาการเท่ากับ 3.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.44 คะแนนความรุนแรงของอาการเท่ากับ 2.88 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.40 รองลงมาได้แก่ อาการกังวลหรือเครียดโดยมีคะแนนความถี่เท่ากับ 2.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.38 คะแนนความรุนแรงเท่ากับ 2.06 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .95 ส่วนอาการที่มีความถี่และความรุนแรงน้อยที่สุดคือ อาการบวมที่ขา โดยมีคะแนนความถี่เท่ากับ .40 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .76 คะแนนความรุนแรงเท่ากับ .76 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .66 เมื่อจำแนกตามรายด้านพบว่าอาการทางกายมีความถี่และความรุนแรงมากกว่ากลุ่มอาการทางด้านจิตอารมณ์ โดยมีคะแนนความถี่เท่ากับ 8.17 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.26 และคะแนนความรุนแรงเท่ากับ 3.61 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.17 และอาการไม่สบายของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมมีความถี่เท่ากับ 14.94 ส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐานเท่ากับ 6.70 คะแนนความรุนแรงเท่ากับ 12.36 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.24 ตามลำดับ

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคมจำแนกตามรายด้าน และโดยรวม ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 140 คน (n=140)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน	$\bar{X}$	SD
การสนับสนุนทางสังคม	1-30	20.16	2.72

จากตารางที่ 14 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานครได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.16 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.72 ตามลำดับ

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 140 คน (n=140)

การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป	ช่วงคะแนน	$\bar{X}$	SD
โดยรวม	0-100	73.19	9.92

จากตางรางที่ 15 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานครมีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 73.19 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.92

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวนิตยา ศรีสุข เกิดเมื่อวันที่ 6 มีนาคม พ.ศ. 2524 ที่จังหวัดตรัง สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ เมื่อปีการศึกษา 2547 ต่อมาได้เข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2551 ปัจจุบันเป็นพยาบาลประการจำหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจโรงพยาบาลปิยะเวท