

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

นนทกร คำนงค้

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่


คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

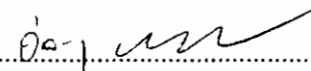
เมษายน 2558

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

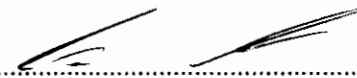
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ นนทกร ดำรงค์ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

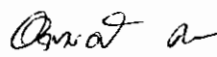
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

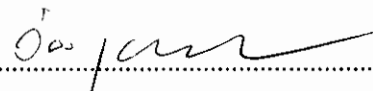

..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ คีแนน)

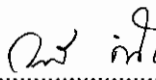

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

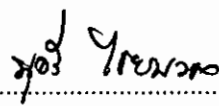

..... ประธาน
(ดร. โยทะกา กคพงษ์)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ คีแนน)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วารี กังใจ)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพา


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ 28 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2558

ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ ดีนาน อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ได้เสียสละเวลาในการให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำในการแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ของวิทยานิพนธ์ด้วยความละเอียด เอาใจใส่ดูแลเป็นอย่างดี ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างมาก จึงขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์ทั้งสองอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ดร.โยทะกา ภคพงศ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ กรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ที่กรุณาให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำ และวิจารณ์ผลงานวิจัยรวมทั้งให้คำแนะนำและแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาทุก ๆ ท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ นอกจากนี้ยังได้รับความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการ คณะกรรมการวิจัย พยาบาล รวมทั้งบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่านในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ที่ทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นไปโดยสะดวก และขอขอบพระคุณ ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ ที่เสียสละเวลาในการทำวิจัยครั้งนี้ ทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการต่อการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยและศึกษาวิจัยต่อไป

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณมารดาและครอบครัวของข้าพเจ้า ที่ดูแล เลี้ยงดู ปลูกฝัง ผู้วิจัยเป็นอย่างดี ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ และความใฝ่รู้ในการศึกษาทุก ๆ ครั้ง ประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบเป็นความกตัญญูทดแทนบุญคุณ บูรพาจารย์ เพื่อน ๆ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ผู้วิจัยเป็นผู้มีการศึกษาและประสบความสำเร็จตราบนานทุกวันนี้ ขอให้ผลงานที่มีคุณค่านี้เกิดประโยชน์แก่ทุก ๆ ท่าน ที่จะนำไปพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายหรือผู้ป่วยอื่น ๆ ให้สามารถดูแลตนเองและปัญหาที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตต่อไปอย่างดีและมีความสุข

นนทกร ดำนังค์

55920255: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้ใหญ่; พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คำสำคัญ: การรับรู้ความรุนแรงของโรค/ พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม/ ภาวะซึมเศร้า/ การปฏิบัติหน้าที่/ ผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

นันทกร คำนงค์ : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (FACTORS RELATED TO FUNCTIONAL PERFORMANCE AMONG REHOSPITALIZED HEART FAILURE PATIENTS) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: อภรณ์ คีนาน, Ph.D., วัลภา คุณทรงเกียรติ, พย.ค. 89 หน้า. ปี พ.ศ. 2558.

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม ภาวะซึมเศร้าและการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จำนวน 80 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติหน้าที่ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของโรค แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม และแบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($r_s = .33, p = .003$) พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม ($r_s = .36, p = .001$) และภาวะซึมเศร้า ($r_s = -.45, p < .001$)

ผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพสามารถส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย โดยส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม และป้องกันหรือลดภาวะซึมเศร้า

55920255: MAJOR: ADULT NURSING; M.N.S (ADULT NURSING)

KEYWORDS: PERCEIVED SEVERITY/ EATING BEHAVIOR AND WATER/FLUID
RESTRICTION / DEPRESSION/ FUNCTIONAL PERFORMANCE/ HEART
FAILURE PATIENTS

NONTAKORN DAMNONG: FACTORS RELATED TO FUNCTIONAL
PERFORMANCE AMONG REHOSPITALIZED HEART FAILURE PATIENTS. ADVISORY
COMMITTEE: APORN DEENAN, Ph.D., WANLAPA KUNSONGKEIT, Ph.D. 89 P. 2015.

This descriptive correlational study was aimed to analyze the relationship between perceived severity, eating behavior and water/fluid restriction, depression and functional performance among rehospitalized heart failure patients. Eighty heart failure patients were recruited according to the inclusion criteria and by simple random sampling technique from a cardiovascular outpatient department of Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital. Data were collected by interviewing questionnaires including the demographic questionnaire, the Functional Performance questionnaires, the Perceived Severity of Heart Failure questionnaires, the Eating Behavior and Water/Fluid Restriction questionnaires, and Depression Scale. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and Spearman's Rank Correlation Coefficients. Factors related to functional performance among rehospitalized heart failure patients were perceived severity ($r_s = .33$, $p = .003$) eating behavior and water limitation ($r_s = .36$, $p = .001$) and depression ($r_s = -.45$, $p < .001$).

From the results of this study, nurses and health care providers can improve functional performance of heart failure patients by helping them understand the severity of their heart condition, promoting their eating behavior and water/fluid restriction, and prevention or manage depression.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ฌ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัยและเหตุผลสนับสนุน.....	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	8
ขอบเขตของการวิจัย.....	10
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	10
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
ภาวะหัวใจวายที่กลับเข้มารักษาซ้ำในโรงพยาบาล.....	12
การกลับเข้มารักษาซ้ำในโรงพยาบาล.....	22
การปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย.....	23
แนวคิดสามัญสำนึกเกี่ยวกับความเจ็บป่วย.....	25
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย.....	27
สรุปการทบทวนวรรณกรรม.....	37
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	39
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	39
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	41
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย.....	44
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	45
วิธีการรวบรวมข้อมูล.....	46

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	47
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	48
ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง.....	49
ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการ รับประทานอาหารเฉพาะ โรคและจำกัดน้ำดื่ม และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ภาวะหัวใจวายที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล.....	51
ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการ รับประทานอาหารเฉพาะ โรคและจำกัดน้ำดื่ม ภาวะซึมเศร้าและการปฏิบัติหน้าที่ ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับเข้มารักษาซ้ำในโรงพยาบาล.....	53
5 สรุปและอภิปรายผล.....	55
สรุปผลการวิจัย.....	55
การอภิปรายผลการวิจัย.....	56
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	59
บรรณานุกรม.....	61
ภาคผนวก.....	72
ภาคผนวก ก.....	73
ภาคผนวก ข.....	80
ภาคผนวก ค.....	84
ภาคผนวก ง.....	87
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	89

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยภาวะหัวใจวาย และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะหัวใจวายภายใน 1 ปี..... 49
2	ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการปฏิบัติหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายด้าน..... 51
3	ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล..... 52
4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า Skewness, ค่า SD Skewness ค่า Fisher's coefficients การรับรู้ความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม ภาวะซึมเศร้าและการปฏิบัติหน้าที่..... 53
5	ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม ภาวะซึมเศร้า และการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับเขามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล..... 54

สารบัญภาพ

ภาพที่

หน้า

1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	10
-----------------------------	----

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย (Congestive Heart Failure [CHF]) พบได้ในทั่วโลก จากข้อมูลระบาดวิทยาของประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีผู้ป่วยภาวะหัวใจวายถึง 5.3 ล้านคน โดยมีผู้ป่วยภาวะหัวใจวายรายใหม่เพิ่มขึ้นถึง 660,000 รายต่อปี (Marwan & Alaa, 2012) มีการประมาณการว่าอีก 25 ปีข้างหน้าจะมีผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่ต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 8 แสนถึงหนึ่งล้านคนต่อปี (Kim & Han, 2013) และมีการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 1 เดือนถึงประมาณร้อยละ 25 (Yancy et al., 2013) ซึ่งการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายในสหรัฐอเมริกามีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาในปี ค.ศ. 2010 ถึง 1.8 ล้านเหรียญสหรัฐและเพิ่มขึ้นเป็น 40 ล้านเหรียญสหรัฐในปี ค.ศ. 2012 (Yancy et al., 2013) นอกจากนี้ยังพบอัตราการเสียชีวิตหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายภายใน 30 วัน ร้อยละ 10.4 และภายใน 1 ปี ถึงร้อยละ 22 (Loehr, Rosamond, Chang, Folsom, & Chambless, 2008) ส่วนในประเทศไทยปี พ.ศ. 2553 ที่พบว่า มีผู้ป่วยภาวะหัวใจวายจำนวน 844.82 ต่อประชากรแสนรายและอยู่ในลำดับที่ 3 เมื่อจำแนกตามกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่างปี พ.ศ. 2551-2553 (กรมการแพทย์ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข, 2555) และในปี พ.ศ. 2555 พบว่า มีผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเพิ่มขึ้นมากกว่า 17,000 รายที่ต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2555) จากสถิติการให้บริการของแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา (2555) ที่พบว่า มีผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเข้ารับการรักษาเป็นอันดับหนึ่งในห้าอันดับแรกของหน่วยงานแผนกอายุรกรรมและมีผู้ป่วยหัวใจวายที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลในปี พ.ศ. 2554 จำนวน 1,087 ราย ในปี พ.ศ. 2555 จำนวน 922 ราย และในปี พ.ศ. 2554 ที่พบว่า มีอัตราการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจวายถึงร้อยละ 19.04 (หน่วยเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา, 2555)

ภาวะหัวใจวายเป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่เกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของหัวใจ ทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดเพื่อนำออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ไม่สามารถรับเลือดกลับเข้าสู่หัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Smeltzer, Hinkle, Bare, & Cheever, 2010; Yancy et al., 2013) ซึ่งในปัจจุบันมีแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย เช่น การรักษาโดยใช้ยาเพื่อควบคุมบรรเทาอาการ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การลดความรุนแรงของโรค (รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์, 2547; สมาคมแพทย์โรคหัวใจ

แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2551; Smeltzer et al., 2010; Yancy et al., 2013) รวมไปถึงการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย (Grange, 2005) เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต (พวงผกา กรีทอง, 2550; Lee, Yu, Woo, & Thompson, 2005) และการเน้นให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม เช่น รับประทานอาหารที่มีโซเดียมต่ำ จำกัดน้ำดื่ม รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง มาตรฐานตามนัดและพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติของภาวะหัวใจวาย (รพีพันธุ์ สุ่มหิรัญ, 2552; Colonna et al., 2003; Rabelo, Aliti, Domingues, Ruschel, & De Oliveira Brun, 2007)

เนื่องจากการควบคุมการคั่งของโซเดียมและน้ำในร่างกายของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายไม่มีประสิทธิภาพส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบขณะทำกิจกรรมหรือมีการออกแรง แต่เมื่อพักอาการเหนื่อยหอบจะหายไป ถ้าความรุนแรงของภาวะหัวใจวายเพิ่มขึ้นจะพบอาการเหนื่อยหอบขณะพักและอาจเหนื่อยหอบเป็นพัก ๆ ขณะนอนหลับในตอนกลางคืน มีอาการหายใจลำบากนอนราบไม่ได้ บางรายอาจมีอาการไอและอ่อนเพลีย (สมเกียรติ แสงวัฒนา, 2550; Yancy et al., 2013) นอกจากนี้ ในผู้ป่วยภาวะหัวใจวายยังพบอาการบวมตามร่างกาย เนื่องจากเลือดไม่สามารถไหลกลับเข้าสู่หัวใจห้องบนขวามีการขับโซเดียมและน้ำที่ลดลง เกิดการคั่งของเลือดในอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย ทำให้แรงดันในหลอดเลือดสูงขึ้น และน้ำภายในร่างกายจะถูกขับออกนอกหลอดเลือดไปอยู่บริเวณระหว่างเซลล์ทำให้มีอาการบวมกดบุ๋ม (Pitting edema) บริเวณหลังเท้าและข้อเท้า ถ้าภาวะหัวใจวายมีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจวายเพิ่มขึ้น จะพบอาการบวมที่ต้นขา หรือเกิดอาการท้องมานและมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น (รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิช, 2547) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ การที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีความทนในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง เนื่องจากระดับความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Riegel, Cason, & Glaser, 2000; Rockwell & Riegel, 2001) นอกจากนี้ยังพบผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว จากความเครียดที่ไม่สามารถทำกิจกรรมที่ตนเองต้องการได้ (ขจร เพ็ญสุพรรณ, 2545) เกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า (Bekelman et al., 2007; De Jong, Moser, & Chung, 2004) ผู้ป่วยต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่และการดำเนินชีวิต โดยต้องพึ่งพาผู้อื่นและครอบครัว ต้องมีภาระค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

ผลกระทบและปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยภาวะหัวใจวายจะสะท้อนถึงระดับความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้นกับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจที่ลดลง (Ejection Fraction [EF]) (Armola & Topp, 2001; Zaya, Phan, & Schwarz, 2012) ทั้งนี้เกิดจากพยาธิสภาพที่หัวใจโดยผู้ป่วยภาวะหัวใจวายจะมีกลไกการชดเชยโดยการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นส่งผลให้หลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำหดตัว เพิ่มการบีบตัว

ของหัวใจในการกระตุ้นระบบเรนินแองจิโอเทนซินแอลโดสเตอโรน (Renin angiotensin aldosterone system) ส่งผลทำให้กล้ามเนื้อหัวใจหนาตัวขึ้น ถ้ากลไกการชดเชยมีการปรับตัวดำเนินต่อไปเรื่อย ๆ จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งขนาด รูปร่าง และการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้าย เช่น ทำให้ผนังของหัวใจบางลง ขนาดหัวใจโตขึ้น ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552) จากการศึกษาของ Carels (2004) ที่พบว่า ระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้าย (Left Ventricular Ejection Fraction [LVEF]) มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย เมื่อสมรรถภาพการทำงานของหัวใจลดลงจะมีระดับความรุนแรงของโรคมามากขึ้นทำให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายลดลง จากการศึกษาของ Schwarz and Elman (2003) ที่พบว่า ภาวะหัวใจวายมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ และยังเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายได้

การปฏิบัติหน้าที่ (Functional performance) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลในชีวิตประจำวันเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและความผาสุกของร่างกาย (Leidy, 1994) ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่ประกอบด้วย การดูแลร่างกาย การทำกิจกรรมภายในบ้าน การออกกำลังกาย การพักผ่อนและนันทนาการ กิจกรรมทางจิตวิญญาณและกิจกรรมทางสังคม (Leidy & Kneble, 2010) และยังสามารถกำหนดวิธีการรักษา พยากรณ์ภาวะสุขภาพและอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายได้ (Wang, 2004) จากการศึกษาของ Song, Moser, and Lennie (2009) ที่พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเพศหญิงที่มีอาการทางด้านร่างกายจะทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายลดลงและไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Norberg, Boman, and Lofgren (2008) ที่พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่มีการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง จะไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองร้อยละ 75 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Heo, Doering, Widener, and Moser (2008) ที่พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายร้อยละ 94 มีการทำหน้าที่ของผู้ป่วยลดลงทำให้ต้องหยุดทำกิจกรรมทันทีเมื่อเกิดอาการหายใจลำบากและมีอาการอ่อนเพลียในระหว่างการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ได้แก่ เพศ (Riedinger et al., 2001; Song et al., 2009) อายุ (Hou et al., 2004) ระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจ (Heo et al., 2008; Lee et al., 2005) การสนับสนุนทางสังคม (Bennett, Perkins, Lane, Deer, Brater, & Murray, 2001) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Tsay & Chao, 2002) นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะ โรคและจำกัดน้ำดื่ม (Krumholz et al., 2002; Riegel et al.,

2000) ภาวะซึมเศร้า (Tsay & Chao, 2002) มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง

การรับรู้ความรุนแรงของโรคมักมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย จากการศึกษาของ Riegel, Cason, and Glaser (2000) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคจะทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อดำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกาย เนื่องจากการรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นประสบการณ์ ความคิดเห็น ความเข้าใจของบุคคลในการตัดสินใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง (Diefenbach & Leventhal, 1996) ซึ่งผู้ป่วยสามารถประเมินระดับความรุนแรงได้จากอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นกับตนเอง เช่น อาการเหนื่อยหอบ ไอ บวมและความทนในการทำกิจกรรม (Riegel et al., 2000) จากการศึกษาของ Byrne, Waish, and Murphy (2005) ที่พบว่า ถ้าผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคของตนเองที่ถูกต้อง จะสามารถควบคุมความรุนแรงของภาวะหัวใจวายได้ โดยผู้ป่วยจะสามารถประเมินความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นกับตนเอง จากอาการเหนื่อยหอบในระยะเริ่มต้น อาการบวมที่ข้อเท้า หลังเท้า เมื่อผู้ป่วยรู้สึกว่ามีไข้หรือสวมนิ้วแล้วมีอาการค้ำหรือมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นแล้วผู้ป่วยพยายามจะจัดการให้ความรุนแรงของโรคของตนเองลดลง (วันทนา มณีศิลป์, 2543; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2551; British Columbia Ministry of Health Services, 2008; Riegel et al., 2000) และจากการศึกษาของ Caruana, Petrie, Davie, and McMurray (2000) ที่พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเมื่อมีอาการเหนื่อยหอบขณะออกแรงร้อยละ 92 ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายหลีกเลี่ยงที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ และผู้ป่วยร้อยละ 94 จะหยุดทำกิจกรรมทันทีเมื่อมีอาการหายใจลำบากร่วมกับอาการอ่อนเพลีย ในระหว่างการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Heo et al., 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของ วันทนา มณีศิลป์ (2543) ที่พบว่า เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้อาการเหนื่อยหอบของตนเอง ผู้ป่วยจะไม่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถทำงานต่อได้และหยุดทำกิจกรรมต่าง ๆ ในที่สุด ดังนั้น การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่ถูกต้องจึงมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมของผู้ป่วยหัวใจวาย

พฤติกรรมรับประทานเฉพาะโรคและการจำกัดน้ำดื่มมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ซึ่งพฤติกรรมรับประทานอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่ถูกต้อง คือ ควบคุมปริมาณ โซเดียมและน้ำดื่ม ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายควรจำกัดเกลือ โซเดียมให้น้อยกว่า 2 กรัมต่อวัน (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552) ถ้าผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีการรับประทานเกลือ โซเดียมมากกว่า 2 กรัมต่อวัน จะทำให้ระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 90.9 เนื่องจาก โซเดียมมีคุณสมบัติในการดูดน้ำกลับและเพิ่มปริมาณของเหลวในร่างกาย ทำให้เกิดอาการบวมและ

น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น (เจนเนตร พลเพชร, 2546) ส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (เยวภา บุญเที่ยง, 2545) และการศึกษาของ Artinian, Magnan, Sloan, and Lange (2002) ที่พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมต่ำอย่างถูกต้องเพียงร้อยละ 43 และจำกัดน้ำดื่มเพียงร้อยละ 37 ซึ่งผู้ป่วยควรมีการจำกัดน้ำดื่มโดยประมาณ 1,500-2,000 มิลลิลิตรต่อวัน (Colonna et al., 2003; Rabelo et al., 2007) และเพื่อประเมินภาวะน้ำเกินของตนเอง ควรชั่งน้ำหนักของตนเองอย่างสม่ำเสมอ (จารุวรรณ นุ่นลอย, 2552) รวมทั้งหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันและมีโคเลสเตอรอลสูง (Rabelo et al., 2007) การดื่มชา กาแฟและเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นทำให้มีความรุนแรงของภาวะหัวใจเพิ่มมากขึ้น (รังสฤษดิ์ กาญจนะวณิชย์, 2547; Evangelista, Doering, & Dracup, 2000) จากการศึกษาของ Van der Wal et al. (2007) ที่พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายไม่ปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคถึงร้อยละ 51 เนื่องจากรสชาติของอาหาร ซึ่งถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมรับประทานอาหารเฉพาะโรคและการจำกัดน้ำดื่มที่ถูกต้อง จะทำให้สามารถควบคุมอาการและความรุนแรงของภาวะหัวใจวายได้และส่งผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมหรือการปฏิบัติหน้าที่ที่ดีของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ (De Jong et al., 2004) เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่เบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ การรับรู้ ความคิดเป็นไปในทางลบและส่งผลทำให้มีการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ทางด้านร่างกายลดลง เนื่องจากความผิดปกติทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นและความเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติตน เช่นดูแลตนเอง (Aderson et al., 2006) ไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (สุรัชย์ กอบเกื้อชัยพงศ์, 2556) ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ไม่มาพบแพทย์ตามนัด รวมไปถึงไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา (จันทร์เพ็ญ สัมโน, 2551) ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจวายเพิ่มขึ้นและต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลมีผู้ป่วยภาวะหัวใจวายประมาณร้อยละ 9-60 มีอัตราการเสียชีวิตเนื่องจากภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น (Zaya et al., 2012) จากการศึกษาของ Tsay and Chao (2002) พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ($r = -.33, p < .001$) และการศึกษาของ พัชรชนก วิจิธรรมศักดิ์ (2553) ที่พบว่า กลุ่มอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ($r = -.653, p < .01$)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจวายเพิ่มขึ้น มีการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลจำนวนเพิ่มขึ้นและเป็นอันดับหนึ่งในห้าอันดับแรกของหอผู้ป่วยอายุรกรรมของทุก ๆ เดือน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม และภาวะซึมเศร้า เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องตระหนัก เห็นความสำคัญในการดูแลตนเอง เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยสามารถรับรู้

ได้ด้วยตนเองและเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนได้ รวมไปถึงหาวิธีการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้การรับรู้ความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม และภาวะซึมเศร้ายังเป็นสาเหตุสำคัญทำให้ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจวายของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น จนไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่ตนเองต้องการได้ ส่งผลทำให้การปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายลดลงและอาจต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม และภาวะซึมเศร้ากับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ซึ่งผลจากการวิจัยครั้งนี้โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายอย่างต่อเนื่อง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและเป็นแนวทางในการส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่และลดอัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม ภาวะซึมเศร้าและการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

สมมติฐานการวิจัยและเหตุผลสนับสนุน

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้ความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

เหตุผลสนับสนุน

จากแนวคิดสามัญสำนึกเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของ Diefenbach and Leventhal (1996) ที่เชื่อว่าการรับรู้การเจ็บป่วยหรือการรับรู้เกี่ยวกับโรคของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นการรับรู้ข้อมูลต่าง ๆ ทำให้มีความเข้าใจในการเจ็บป่วยของตนเอง แล้วนำมาคิดค้นหาวิธีการจัดการการเจ็บป่วยของตนเองจะทำให้ความรุนแรงของโรคหรือความเจ็บป่วยลดลง เมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีความรู้ มีความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวหรือการปฏิบัติหน้าที่ โดยที่มีการรับรู้

ความเจ็บป่วยของตนเองที่ถูกต้อง จะสามารถลดความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อนและการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล การรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นความคิดเห็น ความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับการประเมินความรุนแรงของภาวะหัวใจวายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง เพื่อดำรงการทำหน้าที่ของร่างกาย ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีความไวต่อการรับรู้ความรุนแรงของโรคของตนเองจะสามารถควบคุมความรุนแรงของภาวะหัวใจวายได้ โดยผู้ป่วยสามารถประเมินความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจากอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้น เช่น อาการเหนื่อยหอบ ไอ บวม ความทนในการทำกิจกรรมลดลง (Riegel et al., 2000) ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงที่ถูกต้อง เช่น อาการเหนื่อยหอบในระยะเริ่มต้น อาการบวมที่เกิดขึ้น (วันทนา มณีศิลป์, 2543) จะทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายสามารถควบคุมระดับความรุนแรงของโรคได้ โดยการค้นหาสาเหตุที่เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการและเมื่อเกิดอาการต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมของตนเองได้ (Caruana et al., 2000; Heo et al., 2008) และการศึกษาของ Krumholz et al. (2002) ที่พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่ถูกต้อง จะมีการปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมกับภาวะหัวใจวายช่วยลดระดับความรุนแรงของโรคและช่วยลดการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

พฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่มมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ จากการศึกษาของ Van der Wal et al. (2007) พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีปัญหาในการปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่และเป็นสาเหตุที่ทำให้ต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลเนื่องจากการรับประทานอาหารที่มีเกลือ โซเดียมและการดื่มน้ำมากเกินไป (สุรัชย์ กอบเกื้อชัยพงษ์, 2556; Bennett, Cordes, Westmoreland, Castor, & Donnelly, 2000; Rabelo et al., 2007) สอดคล้องกับการศึกษาของเขาวภา บุญเที่ยง (2545) ที่พบว่า ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายเพิ่มขึ้นที่เป็นสาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำ เพราะผู้ป่วยไม่มีการจำกัดเกลือจากอาหารและน้ำดื่ม พฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่มที่ไม่ถูกต้อง จะทำให้ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจวายเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยลดลง และต้องกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล

ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ จากการศึกษาของ Tsay and Chao (2002) และ พัทธชนก วิจิธรรมศักดิ์ (2553) พบว่า การปฏิบัติหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เนื่องจากเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าจะส่งผลกระทบต่ออารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีความรู้สึกเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ ขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง (Aderson et al., 2006) ไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (สุรัชย์ กอบเกื้อชัยพงษ์, 2556) และไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา (จันทร์เพ็ญ สมโน, 2551) ทำให้ระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นและการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายลดลงและอาจเป็นสาเหตุของการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะ โรคและจำกัดน้ำดื่ม ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดสามัญสำนึกเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Common-sense model) ของ Diefenbach and Leventhal (1996) ที่เชื่อว่าการรับรู้การเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล เป็นการรับรู้และเข้าใจจากประสบการณ์การเจ็บป่วย ค้นหาวิธีการจัดการการเจ็บป่วยและสามารถจัดการกับปัญหาการเจ็บป่วยของตนเอง แนวคิดสามัญสำนึกเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Common-sense model) มีองค์ประกอบหลัก 4 องค์ประกอบ ดังนี้

1. การได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย เช่น คำแนะนำจากแพทย์หรือบุคลากรทางสุขภาพ จากประสบการณ์การเจ็บป่วยที่ผ่านมา จากการบอกเล่าของผู้ที่เคยมีประสบการณ์

2. การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Illness-representation) เมื่อบุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย เช่น สาเหตุของการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่เป็น การรับรู้ผลกระทบที่ตามมาของการเจ็บป่วย ผลลัพธ์ที่เกิดจากการเจ็บป่วยทั้งระยะสั้นและระยะยาว และวิธีการรักษาที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหายจากอาการเจ็บป่วย ซึ่งการรับรู้การเจ็บป่วยประกอบด้วย ดังนี้

2.1 การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย (Cause) เป็นความเข้าใจของผู้ป่วย ในการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดการเจ็บป่วยหรือการเกิดโรค ซึ่งปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคจะเกี่ยวกับความคิดเห็นของการเจ็บป่วย เช่น ถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารโรคไม่ถูกต้อง อาจทำให้มีความรุนแรงของภาวะหัวใจวายได้

2.2 การรับรู้เกี่ยวกับผลของการเจ็บป่วย (Consequences) การรับรู้ผลลัพธ์ที่ตามมาของการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงผลกระทบของการเจ็บป่วยระยะสั้นระยะยาวส่งผลไปยังคุณภาพชีวิต ภาวะซึมเศร้า หรืออาจมีผลกระทบต่อการปฏิบัติหน้าที่ การทำบทบาทหน้าที่ในชีวิตประจำวัน บทบาทหน้าที่ทางสังคม

2.3 การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Identity) เป็นการรับรู้เรื่องการให้ความหมายของการเจ็บป่วย ความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย วิธีการจัดการการเจ็บป่วยและการรับรู้เกี่ยวกับอาการ

2.4 การรับรู้ระยะเวลาการเจ็บป่วย (Time-line) เป็นการรับรู้ ความเชื่อส่วนบุคคลเกี่ยวกับระยะของการเจ็บป่วย การเจ็บป่วยเป็นแบบเฉียบพลันหรือแบบเรื้อรัง และเวลาของการเกิดอาการแสดงของการเจ็บป่วย

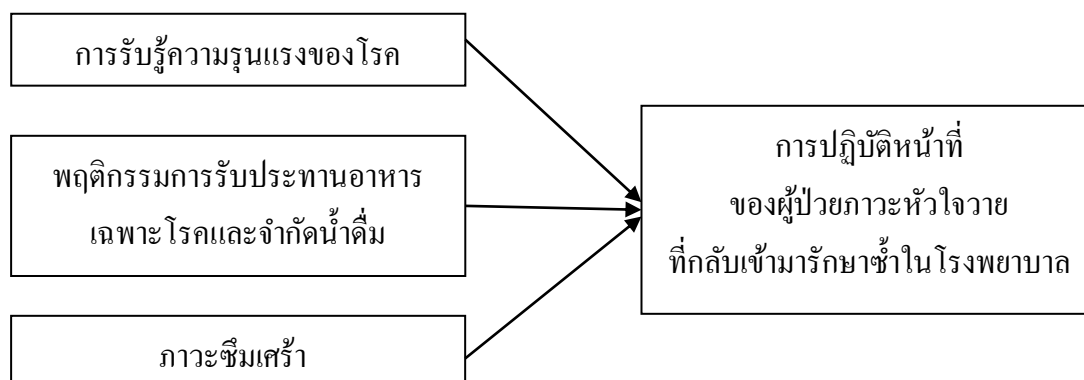
2.5 การรับรู้การปฏิบัติตนและการควบคุมโรค (Controllability) เป็นความเข้าใจเกี่ยวกับในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรค วิธีการจัดการการเจ็บป่วยหรือลดความรุนแรงของการเจ็บป่วย เช่น ถ้ามีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรค การควบคุมน้ำดื่ม รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสามารถลดความรุนแรงของภาวะหัวใจวายได้

3. การเผชิญปัญหา (Coping) ที่ผู้ป่วยตอบสนองต่อการเจ็บป่วย ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยการตัดสินใจจัดการการเจ็บป่วย หลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้โรครุนแรงขึ้นและการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมในการจัดการการเจ็บป่วย ซึ่งนำไปสู่การแก้ปัญหา

4. การประเมินผลลัพธ์ (Appraisal) บุคคลประเมินประสิทธิภาพการเผชิญปัญหาเพื่อนำไปใช้ปรับปรุงและทำให้การปรับเปลี่ยนวิธีการแก้ปัญหาให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

แนวคิดสามัญสำนึกเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Common-sense model) ของ Diefenbach and Leventhal (1996) สามารถนำมาประยุกต์ในการวิจัยครั้งนี้ เมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลต่าง ๆ จากคำแนะนำจากแพทย์หรือนุคลากรทางสุขภาพ จากประสบการณ์ความเจ็บป่วยของตนเองหรือจากคำบอกเล่าของผู้อื่น ทำให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเองที่เกี่ยวกับสาเหตุ อาการแสดง/ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติตน/ การควบคุมโรค การรับรู้ผลลัพธ์ที่ตามมาของการเจ็บป่วย แล้วนำมาคิดหาวิธีการต่าง ๆ ในการจัดการความเจ็บป่วยของตนเอง เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อควบคุมระดับความรุนแรงไม่ให้เพิ่มมากขึ้น สถานะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของภาวะหัวใจวาย รวมทั้งการประเมินผลลัพธ์วิธีการจัดการที่เหมาะสมกับความเจ็บป่วยของตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม ซึ่งอยู่ในองค์ประกอบการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง ภาวะซึมเศร้าอยู่ในองค์ประกอบการเผชิญปัญหาของการเจ็บป่วย กับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับเข้มารักษาซ้ำในโรงพยาบาลซึ่งอยู่ในองค์ประกอบการประเมินผลลัพธ์ของการเจ็บป่วย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับเข้มารักษาซ้ำในโรงพยาบาล สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัยได้ ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับเข้มารักษารักษาในโรงพยาบาล ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ระหว่างวันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2557 ถึงวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2557

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วยตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ดังนี้
ตัวแปรต้น คือ

1. การรับรู้ความรุนแรงของโรค
2. พฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม
3. ภาวะซึมเศร้า

ตัวแปรตาม คือ การปฏิบัติหน้าที่

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับเข้มารักษารักษาในโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจวาย โดยมีสาเหตุมาจากโรคความดันโลหิตสูง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และมีการกลับเข้มารับการรักษาในโรงพยาบาล ด้วยภาวะหัวใจวายจากอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก อ่อนเพลีย และภาวะน้ำเกิน โดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้กำหนดระยะเวลาที่กลับเข้มารักษารักษาในโรงพยาบาลหลังการจำหน่ายภายใน 1 ปี

การปฏิบัติหน้าที่ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายในชีวิตประจำวันเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย

6 ด้าน ดังนี้ การดูแลร่างกาย การปฏิบัติกิจกรรมภายในบ้าน การออกกำลังกาย การพักผ่อนและ นันทนาการ กิจกรรมทางด้านจิตวิญญาณ กิจกรรมทางสังคม ประเมิน โดยแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติหน้าที่ของ พัทธ์ชนก วิถีธรรมศักดิ์ (2553)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความคิดเห็น ความเข้าใจของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเกี่ยวกับการประเมินความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย เช่น ระดับของอาการเหนื่อยหอบ ระดับของอาการบวม และระดับการทำกิจกรรมของตนเอง ประเมิน โดยแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายของ จิราภรณ์ มีชูสิน (2552)

พฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมต่ำ การลดการรับประทานอาหารรสเค็ม การลดอาหารที่มีไขมันสูง การรับประทานอาหารที่มีปริมาณที่เหมาะสม และหลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่เหมาะสมกับภาวะหัวใจวายเช่น กาแฟ ชา เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการจำกัดปริมาณน้ำให้สมดุลกับภาวะหัวใจวาย ประเมิน โดยแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายของ จิราภรณ์ มีชูสิน (2552)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่มีความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ทางลบของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย เช่น รู้สึกเบื่อหน่าย ไม่สนใจ ไม่มีแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จนต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ประเมิน โดยแบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้าของ พัชรวรรณ ศรีคง (2553)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับเข้มารักษาค้ำในโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามหัวข้อต่อไปนี้

1. ภาวะหัวใจวายที่กลับเข้มารักษาค้ำในโรงพยาบาล
2. การกลับเข้มารักษาค้ำในโรงพยาบาล
3. การปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย
4. แนวคิดสามัญสำนึกเกี่ยวกับความเจ็บป่วย
5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย
 - 5.1 การรับรู้ความรุนแรงของโรค
 - 5.2 พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะ โรคและจำกัดน้ำดื่ม
 - 5.3 ภาวะซึมเศร้า

ภาวะหัวใจวายที่กลับเข้มารักษาค้ำในโรงพยาบาล

ภาวะหัวใจวาย (Congestive Heart Failure: Heart failure [CHF]) เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของหัวใจหรือเกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างในการทำหน้าที่ของหัวใจ ทำให้ไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายหรือรับเลือดกลับเข้เข้าสู่หัวใจได้ตามปกติ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2551; ESC Committee for Practice Guidelines, 2012) ดังนั้น การดูแลรักษาต้องมีการรักษาทั้งอาการของภาวะหัวใจวายและโรคที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจวายควบคู่กันไป (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2551; Yancy et al., 2013) และภาวะหัวใจวายยังเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผลกระทบที่สำคัญของภาวะหัวใจวาย คือ การปฏิบัติกิจกรรม การดำรงชีวิตประจำวันและมีข้อจำกัดต่างๆ จากการปฏิบัติหน้าที่ของร่างกาย (Bekelman et al., 2007; Grange , 2005) ส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีการดูแลตนเองลดลงและต้องกลับเข้มารักษาค้ำในโรงพยาบาล (จอม สุวรรณ โณ, เรวดี เพชรศิราสันต์, ปุณยวีร์ ประเสริฐไทย, วงรัตน์ ไสสุข และอรุณศรี จันทรประดิษฐ์, 2551; จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ, 2555)

สาเหตุของภาวะหัวใจวาย

สาเหตุของภาวะหัวใจวาย นิยมแบ่งสาเหตุตามลักษณะของการเกิดภาวะหัวใจวายเพื่อให้มีความเข้าใจง่ายสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ สาเหตุพื้นฐานและสาเหตุที่ชักนำของหัวใจวาย (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550; Fonarow et al., 2008) ดังนี้

1. สาเหตุพื้นฐาน (Underlying cause) ส่วนใหญ่เกิดจากโรคหัวใจชนิดต่าง ๆ ที่มีความรุนแรงหรือการดำเนินของโรคหัวใจที่ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักและมีความผิดปกติในการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ สามารถแยกได้ดังนี้

1.1 ภาวะหัวใจวายที่เกิดจากปริมาตรเลือดที่มีมากเกินไป (Volume overload) หรือหัวใจต้องออกแรงบีบตัวมากเกินไปทำให้ปริมาตรเลือดก่อนหัวใจบีบตัวมากเกินไป จนเลือดที่ออกจากหัวใจหรือ Stroke volume ลดลง เช่น เมื่อเกิดภาวะลิ่มหัวใจรั่ว ทำให้เลือดที่บีบหัวใจกลับเข้ามาที่หัวใจเพิ่มขึ้นในระยะ Diastolic ภาวะนี้เรียกว่า Volume overload ทำให้เกิดการเพิ่ม Diastolic pressure เพิ่ม Diastolic wall stress และยึด Myofibril ทำให้ขนาดห้องหัวใจใหญ่ขึ้นออกข้างนอก (Chamber enlargement หรือที่เรียกว่า Eccentric hypertrophy) และตามมาด้วย Systolic ventricular dysfunction และการที่แรงต้านเลือดที่ออกจากหัวใจห้องล่าง (Afterload) มากเกินไป เช่น Left ventricular outflow tract obstruction ใน Hypertrophic obstructive cardiomyopathy, Aortic stenosis หรือมีการเพิ่ม Vascular resistance เช่น ความดันโลหิตสูง (Hypertension) หรือเรียกว่า Pressuer overload ทำให้เพิ่ม Systolic pressure และ Wall stress เกิดการหนาตัวของ Myofibril ผนังหัวใจหนาขึ้นเข้าข้างใน (Concentric hypertrophy) ตามมาด้วย Diastolic ventricular dysfunction (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550)

1.2 ภาวะหัวใจวายที่เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ (Cardiomyopathy) เป็นภาวะที่มีการขัดขวางของการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจจากพยาธิสภาพที่กล้ามเนื้อหัวใจโดยตรง เช่น กล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction) โรคกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบจากการติดเชื้อต่าง ๆ โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary atery) ทำให้ลดการทำงานของหัวใจในการบีบตัวหรือการคลายตัวโดยตรงมีผลต่อเวเนติเคิลโป่งและมีการบีบตัวของเวเนติเคิลลดลง เกิดความผิดปกติในการบีบตัวของหัวใจ (Systolic dysfunction) ทำให้ปริมาณเลือดออกในหนึ่งนาทีลดลงตามมา (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552; ศิริวัลห์ วัฒนสินธุ์, 2552) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบและภาวะไข้รุ่มมาติก ทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจลดลงจากการอักเสบภายในร่างกาย ส่งผลให้เลือดไม่สามารถไหลเข้าห้องหัวใจล่างขวาได้ จึงเกิดภาวะหัวใจวายและมีเลือดคั่งตามมา

2. สาเหตุชักนำ (Precipitating cause) เป็นสาเหตุที่เกิดขึ้นแล้วส่งผลกระทบต่อการทำงานของหัวใจ โดยผู้ป่วยที่มีหัวใจที่ปกติแต่เกิดโรคหรือมีภาวะซ้ำซ้อนบางอย่างภายในร่างกายทำให้

หัวใจทำงานหนักมากขึ้นจนเกิดภาวะหัวใจวายตามมา สามารถแยกได้ดังนี้

2.1 การอุดตันของหลอดเลือดภายในปอด (Pulmonary embolism) อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีปริมาตรเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาทีน้อยเกินไป ทำให้มีการคั่งของการไหลเวียนของเลือด การนอนนาน ๆ ทำให้เกิดการอุดตันในหลอดเลือดดำที่ขาในอุ้งเชิงกรานลิ่มเลือดที่อุดตัน จะมีการไหลเวียนไปตามกระแสเลือด และมาอุดตันหลอดเลือดที่ปอด ทำให้เพิ่มความดันภายในปอดอย่างเฉียบพลัน เกิดการคั่งของเลือดหัวใจห้องล่างขวาและปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง จึงไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายไม่เพียงพอ

2.2 การติดเชื้อภายในร่างกาย (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550) จะเป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจวาย เนื่องจากภาวะติดเชื้อทำให้มีไข้ หัวใจเต้นเร็วขึ้น มีการใช้พลังงานภายในร่างกายมากขึ้นตามมา ระดับออกซิเจนในเลือดต่ำลง จึงทำให้หัวใจต้องบีบตัวและทำงานหนักมากขึ้น โดยเฉพาะการติดเชื้อที่บริเวณปอด

2.3 ภาวะโลหิตจาง ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจ เมื่อมีภาวะโลหิตจางจะทำให้เกิดภาวะหัวใจวายตามมา เนื่องจากการที่มีภาวะโลหิตจางจะทำให้การขนส่งออกซิเจนไปสู่เซลล์และเนื้อเยื่อต่าง ๆ ลดลง การที่จะเพิ่มออกซิเจนได้เพียงพอต่อความต้องการนั้น หัวใจจะต้องทำงานหนักเพิ่มขึ้นในการบีบตัว เนื่องจากหัวใจมีพยาธิสภาพเดิมอยู่แล้วจึงไม่สามารถรับภาระที่หนักเกินทำให้เกิดภาวะหัวใจวายตามมา

2.4 การเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ สาเหตุที่พบได้บ่อยได้แก่ หัวใจเต้นผิดจังหวะจากการเต้นที่เร็วมากหรือเต้นช้าเกินไป ทำให้การบีบตัวของหัวใจไม่มีความสัมพันธ์กันมีผลทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้นเพื่อเพิ่มปริมาตรเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาที และภาวะต่อมไทรอยด์เป็นพิษทำให้เมตาบอลิซึมของร่างกายสูงขึ้น ทำให้หัวใจเต้นเร็วและทำงานหนักเพิ่มขึ้น

2.5 พฤติกรรมการปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม เช่น การจัดการอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น การไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่มที่ไม่ถูกต้อง การไม่รักษาสมดุลของการทำกิจกรรมตามระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย การพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ เป็นสาเหตุที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของหัวใจทำให้มีการทำงานมากขึ้นและเกิดภาวะหัวใจวายได้ ส่งผลให้มีการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น (จอม สุวรรณ โธ และคณะ, 2551; จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ, 2555; Rabelo et al., 2007)

ชนิด อาการ และอาการแสดงของภาวะหัวใจวาย

การแบ่งชนิดของอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจวาย เพื่อให้มีความสอดคล้อง เข้าใจง่าย ตามอาการ อาการแสดงทางคลินิกได้ชัดเจนและสามารถอธิบายพยาธิสรีรวิทยาได้ตรงกับ อาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้น แบ่งได้เป็น 2 ประเภท (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552; ไพศาล ลีละชัยกุล, 2550; Smeltzer et al., 2010) ดังนี้

1. ภาวะหัวใจซีกซ้ายวาย (Left side heart failure) สาเหตุเกิดจากพยาธิและการเสื่อม สมรรถภาพของหัวใจห้องล่างซ้าย โดยหัวใจห้องล่างซ้ายจะต้องออกแรงต้านในการบีบเลือดออก จากหัวใจเพิ่มขึ้นเพื่อส่งเลือดให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย และทำให้มีการค้างของ ปริมาตรเลือดในหัวใจห้องล่างซ้าย (Left Ventricular End Diastolic Volume [LVEDV]) มากขึ้น ทำให้ความดันในหัวใจห้องบนซ้ายเพิ่มขึ้น และเกิดความดันย้อนกลับไปที่หลอดเลือดดำในปอด (Pulmonary venous pressure) ทำให้เกิดการไหลย้อนของเลือดไปที่ปอดและเกิดภาวะคั่งของเลือด ในปอด (Pulmonary congestion) และหากมีระดับความดันดังกล่าวสูงมากจะทำให้เกิดการรั่วของ เลือดเข้าไปในถุงลม (Pulmonary alveoli) เกิดภาวะน้ำท่วมปอด (Pulmonary edema) ขึ้นเมื่อมี ปริมาตรเลือดในระบบไหลเวียนเลือดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน จนทำให้เวนทริเคิลซ้าย ไม่สามารถปรับชดเชยได้ต่อไป จะเกิดภาวะหัวใจซีกซ้ายวายในที่สุด จะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการที่ แสดงถึงภาวะน้ำท่วมปอด อาการจากปริมาตรเลือดออกจากหัวใจลดลง และอาการแสดงทางระบบ หัวใจและหลอดเลือด ดังนี้

1.1 อาการหอบเหนื่อยหรืออาการหายใจลำบาก (Dyspnea) เป็นอาการที่พบได้บ่อย และเป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (จันทิมา ฤกษ์เดือนฤทธิ์, 2555; สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรัชย์ กอบเกื้อชัยพงศ์ (2556) พบว่า การกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของภาวะหัวใจวายที่รักษาคด้วยอาการเหนื่อยหอบร้อยละ 97.7 อาการหอบเหนื่อยเกิดจากความดันในหลอดเลือดดำของปอดที่เพิ่มขึ้น จะทำให้ปอดขยายตัว ได้ไม่ดี ทำให้ผู้ป่วยต้องออกแรงเพิ่มมากขึ้นในการหายใจ ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก (Dyspnea) ผู้ป่วยบางรายอาจพบอาการหอบเหนื่อยเมื่อออกแรง (Dyspnea on exertion) จะเกิดขึ้นเมื่อมีการออก แรงหายใจ แต่เมื่อพักอาการหอบเหนื่อยจะหายไป หรืออาจพบอาการหอบเหนื่อยในท่านอนราบ (Orthopnea) จะเกิดขึ้นเมื่อนอนราบจะมีอาการหายใจหอบจะทำให้ปอดขยายตัวได้ไม่ดี จากการที่ปอดมีเลือดคั่ง และบวมน้ำทำให้กระบังลมยกสูงขึ้นไปเบียดปอดแต่ถ้านั่งอาการหอบ เหนื่อยจะลดลง โดยมีอาการหอบเหนื่อยเป็นพัก ๆ ในตอนกลางคืน (Paraxymal nocturnal dyspnea) ภาวะนี้เกิดจากการเพิ่มขึ้นของปริมาตรเลือดที่ไหลย้อนกลับจากบริเวณที่บวมตามส่วนต่ำ ที่สะสมในช่วงเวลาตอนกลางวัน ทำให้เวนทริเคิลซ้ายที่วายอยู่แล้วไม่สามารถจัดการกับปริมาตร

ของเลือดมากเกินไป ทำให้ความดันในหลอดเลือดดำที่ปอดเพิ่มขึ้น เมื่อผู้ป่วยเข้านอนหรือมีการนอนราบผู้ป่วยจะนอนหลับสบายในท่านอนราบหนุนหมอนตาม ปกติอยู่ประมาณ 2-5 ชั่วโมง และจะตื่นขึ้นมาในตอนกลางคืนเพราะหายใจไม่ออกหรือมีอาการหายใจลำบากจากอาการเหนื่อยหอบ เป็นอยู่ประมาณ 30 นาที อาการจะลดลงได้บ้างในท่านั่ง โดยที่อาการหายใจลำบาก จะมีลักษณะอาการหายใจหอบเร็ว แล้วค่อย ๆ ช้าลงจนหยุดหายใจ แล้วเริ่มหายใจเร็วใหม่สลับกันไปเรื่อย ๆ (Cheyne stroke respiration) (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552; ศิริวัทธ์ วัฒนสินธุ์, 2552)

1.2 อาการไอ เป็นอาการสำคัญของภาวะหัวใจซีกซ้ายวายแต่กลับพบว่า มีการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลของผู้ที่มีภาวะหัวใจวายเพียงร้อยละ 15.3 (สุรัชย์ กอบเกียรติพงษ์, 2556) ซึ่งผู้ที่มีภาวะหัวใจวายระยะแรกจะมีอาการไอแห้ง ๆ ระคายคอและอาการไอแสดงถึงการมีเลือดอุดตันหลอดเลือดภายในปอด มักเกี่ยวข้องกับอาการหอบเหนื่อยและมักเกิดขึ้นในตอนกลางคืน ถ้าพบอาการไอเป็นเลือดหรือเสมหะมีฟองเป็นสีชมพู พบได้บ่อยในภาวะน้ำท่วมปอดอย่างเฉียบพลัน (Acute pulmonary edema) จากการคั่งของสารน้ำและเลือดในปอดปริมาณมากเป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลร่วมกับอาการหอบเหนื่อยในท่านอนราบ (Orthopnea) และถ้ามีการฉีกขาดของหลอดเลือดแดงภายในปอดอาจแสดงถึงการมีของภาวะ Pulmonary emboli ได้ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552)

1.3 อาการอ่อนเพลียและกล้ามเนื้ออ่อนแรง จากการที่ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง ทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อได้เพียงพอ เนื้อเยื่อของร่างกายมีการขาดออกซิเจนและการถ่ายของเสียจากการเผาผลาญออกจากร่างกายได้ช้า ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการอ่อนเพลียได้ง่าย และการนอนหลับไม่เพียงพอ จากการที่ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อยเป็นพัก ๆ ในตอนกลางคืน (Paroxysmal Nocturnal Dyspnea [PND]) จะส่งผลให้มีอาการอ่อนเพลียมากขึ้น หรือพบการหายใจแบบ Cheyne stroke หรืออาการหายใจลำบาก กระสับ กระส่าย ส่งผลกระทบต่อการนอนหลับ จนเกิดอาการอ่อนเพลียจากการพักผ่อนไม่เพียงพอตามมา (ปราณี กาญจนวรวงศ์, 2550)

1.4 อาการทางระบบไต สาเหตุเกิดจากเมื่อปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลงเลือดจึงไปเลี้ยงไตลดลง เกิดได้ทั้งในภาวะหัวใจซีกขวาและซ้ายวาย แต่มักจะปรากฏชัดเมื่อมีภาวะหัวใจซีกซ้ายวาย

1.5 อาการทางระบบประสาทหรืออาการทางสมอง เนื่องจากเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง จะทำให้มีอาการเหนื่อยง่าย ความจำเสื่อม สับสน หงุดหงิด กระวนกระวายหรือวิตกกังวล เป็นลม หมดสติ นอนไม่หลับ ซึมลง จากอาการทางระบบประสาทหรืออาการทางสมองทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 4.6 (สุรัชย์ กอบเกียรติพงษ์, 2556) ซึ่งอาการทาง

สมองและระบบประสาทอาจเกิดจากการระบายอากาศไม่เพียงพอหรือการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอต่อความต้องการ

2. ภาวะหัวใจซีกขวาวาย (Right side heart failure) เกิดจากความดันในหัวใจข้างขวาจะสูงขึ้น เลือดดำจากร่างกายจะไหลกลับเข้าสู่หัวใจห้องบนขวาไม่ได้ เกิดการไหลย้อนกลับของเลือดทั่วร่างกาย จึงเกิดการคั่งของเลือดตามหลอดเลือดดำและอวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะที่ตับ เป็นการเพิ่มของแรงดันไฮโดรสแตติกหรือแรงดันของเหลว (Hydrostatic pressure) และเกิดการรั่วซึมของน้ำเลือดออกมาในช่องว่างระหว่างเซลล์ (Interstitial fluid) นอกจากนี้ยังเกิดการคั่งของเลือดที่ขา ท้อง เป็นต้น บวมทั่วร่างกาย (Systemic edema) จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงที่เกิดจากการมีเลือดคั่งตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ดังนี้

2.1 อาการบวม (Edema) ซึ่งจากการศึกษาของ สุรชัย กอบเกียรติพงษ์ (2556) พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายจะมีการกลับเข้มารักษาซ้ำด้วยอาการบวมร้อยละ 85.5 ซึ่งเป็นอาการที่พบบ่อยมากในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจซีกขวาวาย (Right side heart failure) เป็นผลจากเลือดคั่งตามหลอดเลือดส่วนปลายหรือส่วนต่ำของร่างกายที่มีการไหลกลับของหัวใจได้ไม่ดี ทำให้สารเหลวเข้าสู่ช่องว่างระหว่างเซลล์ ในระยะแรกอาจสังเกตไม่เห็น แต่จะทราบได้จากการชั่งน้ำหนัก เมื่อภาวะหัวใจวายรุนแรงมากขึ้นจะสังเกตอาการบวมได้ง่ายขึ้น บางรายอาจจะบวมทั้งตัว รวมทั้งอวัยวะสืบพันธุ์ หน้าอก แขน ขา ใบหน้า และมีภาวะท้องมานร่วมด้วย

2.2 อาการทางระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน แน่นท้อง ท้องอืดและท้องผูก เป็นอาการที่เกิดจากการคั่งของเลือดในกระเพาะอาหารและลำไส้ จึงทำให้การหลั่งน้ำย่อยลดลงและลำไส้เคลื่อนไหวน้อยลง (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552) หากเป็นระยะสุดท้ายของภาวะหัวใจวายเรื้อรัง อาจเกิดอาการพองอืดเนื่องจากขาดสารอาหาร ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายอาจพบตับโตและกดเจ็บ (Hepatomegaly) (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550) เป็นผลมาจากการที่เลือดไม่สามารถไหลเข้าหัวใจได้ทำให้เกิดการคั่งของเลือดตามอวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะที่ตับ น้ำจะคั่งอยู่ช่องว่างระหว่างเซลล์ของตับ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายในช่องท้อง และปวดบริเวณใต้ชายโครงขวา บางรายอาจมีภาวะท้องมาน (Ascites) เกิดจากความดันในหลอดเลือดดำ Hepatic vein, Portal vein และ Peritoneal vein ทำให้น้ำจากหลอดเลือดซึมเข้าสู่ช่องท้อง

2.3 อาการทางระบบหัวใจและหลอดเลือด จะพบหลอดเลือดดำที่คอโป่ง (Jugular vein engorgement) เมื่อหัวใจซีกขวาวาย ความดันในเวนทริคูลขวาสูงจากเลือดคั่ง จึงมีแรงดันการไหลของ เลือดจากเอเทรียมขวาสู่เวนทริคูลและแรงดันนี้จะดันการไหลของหลอดเลือดเข้าสู่หัวใจห้องบนขวาทำให้มีเลือดคั่งในหลอดเลือด Vena cava และหลอดเลือดดำที่คอ ส่งผลให้หลอดเลือดดำที่คอโป่ง

2.4 อาการทางระบบไต สาเหตุเกิดจากเมื่อปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที ลดลงเลือดจึงไปเลี้ยงไตลดลง เกิดได้ทั้งในภาวะหัวใจซีกขวาและซีกซ้ายวาย แต่มักจะปรากฏชัดเมื่อมีภาวะหัวใจซีกซ้ายวาย ทำให้ปัสสาวะออกน้อย และถ้าแรงดันในหลอดเลือดแดงไปเลี้ยงไตลดลงอัตราการกรองที่ไตจะลดลงด้วย ทำให้มีการคั่งของโซเดียมและน้ำ หากเลือดที่ไปเลี้ยงที่ไตยังคงลดลงอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ปริมาตรของเลือดเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 30 ทำให้เกิดการบวมตามร่างกายและน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น

การรักษาภาวะหัวใจวาย

การรักษาภาวะหัวใจวายมีเป้าหมายในการรักษา คือ ต้องรักษาทั้งอาการหัวใจวายและอาการที่เป็นสาเหตุของภาวะหัวใจวายด้วย โดยที่แนวทางการรักษาจะควบคุมบรรเทาอาการของผู้ป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดความรุนแรงของโรค ลดการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล รวมถึงพัฒนาความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2551; Smeltzer et al., 2010; Yancy et al., 2013) ซึ่งแนวทางการดูแลรักษาภาวะหัวใจวาย มีดังนี้

1. การรักษาโดยไม่ใช้ยา (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552; ริงสฤษฏ์ กาญจนะวริชย์, 2547) เป็นการค้นหาสาเหตุของการเกิดภาวะหัวใจวาย โดยหาสาเหตุการเกิดและจัดการกับสาเหตุต่าง ๆ ในการลดอาการ อาการแสดงของภาวะหัวใจวาย การพักผ่อนหรือจำกัดการทำกิจกรรม เพื่อลดหน้าที่การทำงานของหัวใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับโรคและอาการที่เกิดขึ้น เช่น รับประทานอาหารที่มีโซเดียมต่ำ จำกัดน้ำดื่ม ออกกำลังกายที่เหมาะสม รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง มาตรฐานตามนัดและมาพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ (รพีพันธุ์ สุ่มหิรัญ, 2552; Colonna et al., 2003; Rabelo et al., 2007) เพื่อลดการทำงานของหัวใจในการชะลอความเสื่อมของพยาธิสภาพของโรค ไม่ให้มีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจวายเพิ่มขึ้น และการให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัว การดูแลตนเองที่ถูกต้องจะทำให้ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (จารุวรรณ นุ่นลอย, 2552; Artinian et al., 2002; Carlson, Riegel, & Moser, 2001)

2. การรักษาโดยใช้ยา ก่อนการให้ยาควรทราบถึงปัจจัยและสาเหตุของปัจจัยชักนำที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจวาย เพื่อการให้ยาได้อย่างถูกต้อง ตามสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจวาย และช่วยทำให้หัวใจมีการทำงานหรือการบีบตัวที่ดีขึ้น สำหรับการรักษาโดยการให้ยา มีดังนี้

- 2.1 กลุ่มยาขับปัสสาวะ (Diuretic) เพื่อช่วยลดการคั่งของโซเดียมและน้ำภายในร่างกาย ยาขับปัสสาวะกลุ่ม Loop diuretic เช่น Lasix (Furosemide) Bumax (Bumetanide) เพื่อลด

ปริมาณที่ไหลกลับสู่หัวใจ (Preload) ช่วยลดการทำงานของหนักของหัวใจ ยาจะออกฤทธิ์ดีและรวดเร็ว มักใช้กับผู้ป่วยหัวใจวายที่มีอาการบวม หรือน้ำท่วมปอด ผู้ป่วยหัวใจวายที่มีอาการไม่รุนแรงใช้ยา กลุ่ม Thiazide ส่วนยาขับปัสสาวะกลุ่ม Spirolactone เช่น Aldactone นิยมใช้มากในผู้ป่วยภาวะ หัวใจวายที่ไม่รุนแรงและช่วยลดการสูญเสียโพแทสเซียมทางปัสสาวะเนื่องจากมีฤทธิ์ต้าน อัลโดสเทอโรนในการยับยั้งการดูดซึมกลับของโซเดียมคลอไรด์ที่ท่อไตส่วนปลาย

2.2 ยาช่วยเพิ่มแรงในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ (Contractility) เช่นยาในกลุ่ม Digitalis ตัวที่ใช้บ่อยคือ Digoxin เป็นยาที่มีผลยับยั้งการทำงานของโซเดียมและโพแทสเซียมปั๊ม และทำให้มีแคลเซียมเข้าสู่เซลล์มากขึ้น ซึ่งช่วยให้กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวแรงขึ้น ทำให้ปริมาตรเลือด ออกจากหัวใจเพิ่มมากขึ้นแต่อาจพบผลข้างเคียงของยาได้บ่อยคือ หัวใจเต้นผิดจังหวะและเต้นช้าลง อาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ชิม สับสน กล้ามเนื้ออ่อนแรง การมองเห็นไม่ชัดเจน ทำให้ระดับ โพแทสเซียมต่ำ แมกนีเซียมต่ำ แคลเซียมสูงเกิดอาการเบื่ออาหาร ตามัวการมองเห็นไม่ชัด การใช้ ยาในกลุ่มเบต้า (Beta-blockers) เช่น Propranolol (Inderal) เป็นยากันเบต้าอะดรีเนอร์จิกเพื่อลดการ กระตุ้นของหัวใจ ทำให้หัวใจเต้นช้าลงและความดันโลหิตลดลง อาการข้างเคียงของยาอาจทำให้เกิด ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นช้า อาการหัวใจวายเฉียบพลัน เลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายไม่พอ มีอาการสับสน หายใจลำบาก หลอดลมหดรัดเกร็ง เกร็ดเลือดต่ำ น้ำตาลในเลือดต่ำ

2.3 ยาขยายหลอดเลือด เป็นยาที่ช่วยลดแรงต้านทานของหลอดเลือดและลดการคั่ง ของเลือดในหัวใจ ซึ่งจะมีทั้งขยายหลอดเลือดดำ และขยายหลอดเลือดแดง ยาในกลุ่ม Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor (ACE-I) เช่น Enalapril (Vasotec), Captopril (Capoten) จะส่งผลต่อ การยับยั้งการดูดกลับของน้ำและโซเดียมสู่ร่างกาย ร่วมกับขยายทั้งหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ ทำให้มีการลดทั้ง Preload และ Afterload ซึ่งสามารถแก้ไขภาวะหัวใจวายได้ดี โดยเฉพาะผู้ป่วย ที่ไม่ตอบสนองต่อยาดิจิตาลิสและยาขับปัสสาวะ นอกจากนี้จะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีความทนต่อการ ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ดีขึ้น ลดความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ อาการข้างเคียงของยาที่ พบบ่อย ได้แก่ ไอแห้ง ๆ เรื้อรัง วิงเวียนศีรษะ ความดันโลหิตต่ำร่วมกับอาการวิงเวียนศีรษะ หน้า มืด เป็นต้นยาประเภทไนเตรท (Nitrates) เช่น Isordil (Nitroglycerin), Monoket หรือ Ismo และ Peritrate เป็นยาที่ลดการทำงานของเวนตริเคิลซ้ายลง (ลด Pre load) ทำให้หลอดเลือดแดงขยายตัว ลดแรงต้านการบีบตัวของหัวใจ (ลด After load) ผลข้างเคียงของยาทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ หน้าแดง วิงเวียน อ่อนเพลียและความดันโลหิตต่ำ ผู้ป่วยบางรายอาจเป็นลมได้และการให้ยากกลุ่ม ขยายหลอดเลือดแดง (Direct vasodilators) เช่น Hydralazine (Apresoline) ที่มีผลช่วยลดปริมาตร เลือดในหัวใจก่อนการบีบตัว

3. การรักษาโดยการผ่าตัด ในปัจจุบันยังไม่เป็นที่นิยมมากนักแต่ตามแนวทางของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย (2551) มีวิธีการรักษาโดยการผ่าตัด ดังนี้

3.1 การผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Bypass Grafting [CABG]) การรักษาด้วยวิธีนี้จะช่วยทำให้เลือดสามารถไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจและทำให้การบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจดีขึ้น

3.2 การผ่าตัดซ่อมแซมลิ้นไมตรัลในผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่มีภาวะ Severe systolic dysfunction หรือที่มีลิ้นไมตรัลรั่วอย่างรุนแรง (Severe mitral valve insufficiency) จากภาวะหัวใจโต โดยที่การรักษาโดยการผ่าตัดซ่อมแซมลิ้นไมตรัลอาจได้ผลดีในผู้ป่วยเพียงบางราย

3.3 การผ่าตัดซ่อมแซมหัวใจห้องล่างซ้าย (Left ventricular restoration) เป็นการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่มีหัวใจห้องล่างซ้ายโต ทำให้มี Wall tension สูงขึ้นและหัวใจมีความต้องการใช้ออกซิเจนสูงขึ้น การผ่าตัดจะช่วยลดขนาดของหัวใจห้องล่างซ้ายและช่วยให้มีการบีบตัวที่ดีขึ้น แต่ในผู้ป่วยที่มีการตีบของหลอดเลือด Left main และมีค่า Left ventricular ejection fraction (LVEF) น้อยกว่า 25% และ The New York Heart Association (NYHA) ที่มี Functional Classification IV จะมีความเสี่ยงในการผ่าตัด จึงไม่ควรรักษาด้วยการผ่าตัด

3.4 การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (Heart transplantation) เป็นการรักษาขั้นสุดท้ายของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่มีอาการรุนแรง หอบเหนื่อยตลอดเวลาและไม่ตอบสนองต่อการรักษาวิธีอื่นๆ

4. การรักษาด้วยการฝังเครื่องกระตุ้นหัวใจ (Cardiac Resynchronization Therapy [CRT]) เป็นการฝังเครื่องกระตุ้นหัวใจห้องล่างทั้งสองเพื่อช่วยให้หัวใจทำงานและบีบตัวอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ภาวะหัวใจวายดีขึ้น และเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วย (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2551)

ผลกระทบของภาวะหัวใจวาย

ภาวะหัวใจวายเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่พบได้บ่อยและมีความสัมพันธ์กับการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจและการให้บริการในระบบสุขภาพ ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย เป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นโดยตรง เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหรือหน้าที่ของหัวใจและอวัยวะต่าง ๆ จากพยาธิสภาพและทำให้ความทนต่อการปฏิบัติกิจกรรมลดลง (Bekelman et al., 2007; Grange, 2005) จากการที่หัวใจมีประสิทธิภาพในการบีบและคลายตัวลดลงทำให้อวัยวะต่างๆ ได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย

มีอาการหายใจลำบากจากการมีเลือดคั่งในปอดหรือน้ำท่วมปอด ซึ่งอาการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน รบกวนการดำเนินชีวิตและกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย (Zambroski, Moser, Bhat, & Ziegler, 2005) และต้องกลับเข้มารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์., 2550; สุรัชย์ กอบเกื้อชัยพงศ์, 2556) จากอาการเหนื่อยหอบหรือต้องตื่นมาหรือมีอาการกำเริบในตอนกลางคืน รบกวนการนอนหลับพักผ่อน ทำให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอเกิดอาการเหนื่อยล้าอ่อนเพลียตามมา (ปราณี กาญจนวรวงศ์, 2550) ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายบางรายอาจมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะจนทำให้ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลงกว่าเดิม และเมื่อผู้ป่วยมีภาวะหัวใจวายรุนแรงในระดับ Functional class III-IV ผู้ป่วยจะเกิดปัญหาในกิจกรรมทางเพศ เนื่องจากกิจกรรมทางเพศต้องใช้แรงในการทำกิจกรรม หัวใจต้องทำงานหนัก ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจวายรุนแรงขึ้น เกิดอาการเหนื่อยหอบมากขึ้นขณะมีกิจกรรมทางเพศ (รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์, 2547) อีกทั้งผู้ป่วยต้องมีการจำกัดปริมาณ โซเดียม ทำให้เบื่อการรับประทานอาหารเนื่องจากอาหารขาดรสชาติ และการรับประทานอาหารได้น้อยลงทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

2. ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ จากการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อความผาสุกและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย มีข้อจำกัดในการปฏิบัติหน้าที่ ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจกรรมประจำวัน เป็นภาระของผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า เนื่องจากภาวะหัวใจวายเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ยาวนาน ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีความรุนแรงของความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นได้ตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบายจากอาการกำเริบ และอาจต้องกลับเข้มารักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด เกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า (De Jong et al., 2004)

3. ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเมื่อไม่สามารถควบคุมอาการหรือมีอาการกำเริบทำให้ต้องกลับเข้มารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ทำให้ขาดการพบปะผู้อื่น มีข้อจำกัดในการเข้าสังคมและทำให้ต้องแยกตัวออกจากสังคม ถูกแยกออกจากครอบครัวและต้องปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาล อาจทำให้แผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไปและต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของตนเองมาเป็นผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีอาการรุนแรงและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ทำให้มีข้อจำกัดในการประกอบอาชีพและเมื่อมีการกลับเข้รักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยครั้งจากการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ทำให้มีผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากต้องใช้เงินในการดูแลรักษา รวมไปถึงทำให้รัฐบาลต้องเสียงบประมาณในการดูแลรักษาผู้ป่วยมากขึ้นและส่งผล กระทบต่อเศรษฐกิจโดยรวมของชาติอีกด้วย

4. ผลกระทบด้านการให้บริการและระบบสุขภาพ การกลับเข้ามารักษาซ้ำใน

โรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ส่งผลต่อโรงพยาบาลโดยตรงเนื่องจากการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลเป็นมาตรฐานที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยและเป็นตัวชี้วัดว่าคุณภาพการดูแลไม่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังทำให้โรงพยาบาลมีความแออัด จากการที่ต้องรับผู้ป่วยเพิ่มขึ้นและต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเพิ่มขึ้น

ภาวะหัวใจวายมีสาเหตุจากความผิดปกติของโครงสร้างในการทำหน้าที่ของหัวใจ ทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย การดูแลรักษาต้องรักษาทั้งอาการของภาวะหัวใจวายและโรคที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจวายควบคู่กันไป ซึ่งอาการและอาการแสดงขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย เมื่อมีระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ด้านร่างกายหรือทำให้การปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองลดลงและต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

การกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

การกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้บ่อยในผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเมื่อมีความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นและยังทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเพิ่มขึ้น การกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ยังเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการดูแล ว่ามีคุณภาพการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์ของการกลับมารักษาซ้ำจะนำมาสู่การปรับปรุงแผนการดูแลรักษาและลดค่าใช้จ่ายในการดูแล การรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ทำให้รัฐต้องใช้งบประมาณในการดูแลรักษาเป็นจำนวนมาก (คารณิ จามจุรี, 2547; สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 2555) และจากการกลับเข้ามารักษาซ้ำบ่อยครั้งของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย มีสาเหตุของการกลับเข้ามารักษาซ้ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายพบว่า เกิดจากระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น (Functional class) ระดับสภาพการทำงานของหัวใจลดลง (Ejection Fraction: EF) (Armola & Topp, 2001; Carels, 2004; Zaya, Phan, & Schwarz, 2012) อายุของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น (สุรัชย์ กอบกือชัยพงศ์, 2556; Dykes et al., 2005) และปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้นสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยเฉพาะการรับประทานโซเดียมเกิน ไม่จำกัดน้ำดื่มหรือบริโภคมากเกินไป ขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา การไม่มาตรวจตามนัด (จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ, 2555; จอม สุวรรณ โณ และคณะ, 2551; สุรัชย์ กอบกือชัยพงศ์, 2556; Colonna et al., 2003; Rabelo et al., 2007)

จากการที่ศึกษางานวิจัยพบว่า มีผู้ให้ความหมายของการกลับเข้าพักรักษาซ้ำในโรงพยาบาลที่มีความแตกต่างกันตามลักษณะของการศึกษา ดังนี้

Vinson, Rich, Sperry, Shah, and McNamara (1990) การกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล หมายถึง การที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายกลับเข้ารับรักษาภายในโรงพยาบาลหลังการจำหน่าย 90 วัน

Ashton and Wray (1996) และ สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2555) การกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล หมายถึง การกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลหลังการจำหน่าย ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้า

Hammer and Ellison (2005) การกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล หมายถึง การกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลหลังการจำหน่ายภายใน 6 เดือน โดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้า

Desai and Stevenson (2012) การกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล หมายถึง การกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลหลังการจำหน่ายภายใน 30 วัน โดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้า

เช่นเดียวกับการศึกษาของ Lagoe, Noetscher, and Murphy (2001) การกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล หมายถึง การกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลหลังการจำหน่ายภายใน 30 วัน

ขจร เพ็ญสุพรรณ (2545) การกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล หมายถึง การกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลหลังการจำหน่ายภายใน 1 ปี ด้วยอาการเจ็บป่วยซ้ำจากภาวะหัวใจวาย

เช่นเดียวกับการศึกษาของ Alexy, Elmitsky, and Nichols (1996) การกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล หมายถึง การกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลหลังการจำหน่ายภายใน 1 ปี

สุรัชย์ กอบเกื้อชัยพงศ์ (2556) การกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล หมายถึง การกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลหลังการจำหน่ายภายใน 28 วัน ด้วยอาการเจ็บป่วยจากภาวะหัวใจวาย

จะเห็นได้ว่า การกำหนดการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายหลังการจำหน่ายมีความหลากหลายและมีเกณฑ์การประเมินระยะเวลาหลังการจำหน่ายออกโรงพยาบาลแตกต่างกันไปตามวัตถุประสงค์ของแต่ละการศึกษา โดยมีช่วงเวลาการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลอยู่ระหว่าง 28 วันถึง 1 ปี สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความหมายของการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย หมายถึง การกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งสุดท้าย โดยไม่ได้นัดหมายล่วงหน้าและมาด้วยภาวะแทรกซ้อนและอาการของภาวะหัวใจวาย เช่น เหนื่อยหอบ หายใจลำบาก และอาการบวม เป็นต้น ภายในช่วงเวลา 1 ปี

การปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

การปฏิบัติหน้าที่เป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันของแต่ละบุคคล ในการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความผาสุกของร่างกาย (Leidy, 1994) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ให้ความหมายของการปฏิบัติหน้าที่ ดังนี้

Leidy (1994) กล่าวถึงการปฏิบัติหน้าที่ว่า เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลทำในชีวิตประจำวันเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและความผาสุกของร่างกาย การปฏิบัติหน้าที่ประกอบด้วย กิจกรรมด้านต่าง ๆ (Leidy, 1994) ดังนี้

1. การปฏิบัติกิจกรรมทางร่างกาย เป็นกิจกรรมจากความต้องการของร่างกาย ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living [ADL]) เช่น การรับประทานอาหาร การเข้าห้องน้ำ การขับถ่าย การอาบน้ำชำระล้างร่างกาย การเคลื่อนไหวร่างกาย และการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง (Intermediate Activity of Daily Living [IADL]) เช่น การไปเดินตามห้างสรรพสินค้า การเดินไปซื้อของจ่ายตลาด การดำเนินชีวิตรวมหรือทำกิจกรรมกับสมาชิกภายในครอบครัว
2. การปฏิบัติกิจกรรมทางจิตใจ เป็นกิจกรรมที่ส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย เช่น การฟังเพลง การอ่านหนังสือ การทำสวน และความสามารถในการคิดแก้ไขปัญหา
3. การปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและชุมชน เช่น การไปงานเลี้ยง การพบปะสังสรรค์ การไปเยี่ยมเพื่อน การไปทำงาน
4. การปฏิบัติกิจกรรมทางจิตวิญญาณ เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องทางศาสนา เช่น การทำสมาธิ การประกอบพิธีกรรมต่าง ๆ ทางศาสนา เป็นต้น

Frank and Stromborg (1997) ให้ความหมายการปฏิบัติหน้าที่ว่า เป็นความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมและการทำงาน เพื่อดำรงไว้ซึ่งบทบาทในชีวิต เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Basic Activities of Daily Living [BADL]) เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การขับถ่าย การรับประทานอาหาร เป็นต้น รวมไปถึงการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง (Instrumental Activities of Daily Living [IADL]) เช่น การทำงานบ้านและการเตรียมอาหาร การจ่ายตลาด การเคลื่อนย้าย เป็นต้น และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง (Advance Activities of Daily Living [AADL]) เช่น การทำงาน การเดินทาง งานอดิเรก การมีส่วนร่วมในสังคมและศาสนา เป็นต้น

การปฏิบัติหน้าที่ เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลทำในชีวิตประจำวัน เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง เช่น การดูแลร่างกาย การปฏิบัติกิจกรรมภายในบ้าน การออกกำลังกาย การพักผ่อน การปฏิบัติกิจกรรมทางจิตวิญญาณ การปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมและการทำงาน โดยเป็นการกำหนดหรือควบคุมความสามารถของบุคคลในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง (Siela, 2003; Wang, 2004)

การปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายในชีวิตประจำวันเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ การดูแลร่างกาย การปฏิบัติกิจกรรมภายในบ้าน การออกกำลังกาย

การพักผ่อนและนันทนาการ กิจกรรมทางด้านจิตวิญญาณ กิจกรรมทางสังคม

การปฏิบัติหน้าที่เป็นความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง ซึ่งมีการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเป็นผู้เลือกการทำกิจกรรมด้วยตัวเองเพื่อตอบสนองความต้องการ ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่เป็นกิจกรรมที่มีความจำเป็นในชีวิตประจำวัน อย่างไรก็ตามการปฏิบัติหน้าที่จะถูกจำกัดด้วยประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ (Functional capacity) ถ้าผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีการปฏิบัติหน้าที่ลดลง จะทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ลดลง เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค จากการที่ปริมาณเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง จะทำให้การบีบตัวส่งเลือดในการนำออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ไม่เพียงพอกับความ ต้องการและทำให้การส่งเลือด ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อที่กำลังทำงานลดลงส่งผลทำให้ความทนในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของร่างกายลดลงและไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลงตามมา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า การปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายลดลง เนื่องจากระดับความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้นและสมรรถภาพการทำงานของหัวใจที่ลดลง จากการศึกษาของ Armola and Topp (2001) พบว่า เมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และจากการศึกษาของ Carels (2004) พบว่า ระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้าย (Left Ventricular Ejection Fraction [LVEF]) มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย และระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย เมื่อผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของโรคมากขึ้นจะทำให้การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee et al. (2005) ที่พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่มีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจสูงขึ้นจะมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Schwarz and Elman (2003) ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายและผู้ดูแลที่พบว่า ความสัมพันธ์ของภาวะหัวใจวายและทำหน้าที่ของผู้ป่วย เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญซึ่งสามารถทำนายการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายได้ และจากการศึกษาของ Zaya et al. (2012) พบว่า การทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายของการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

แนวคิดสามัญสำนึกเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

แนวคิดสามัญสำนึกเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Common-sense model) ของ Diefenbach and Leventhal (1996) เชื่อว่าการรับรู้เกี่ยวกับโรคหรือการเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล เป็นการรับรู้และ

เข้าใจ จากประสบการณ์การเจ็บป่วย ค้นหาวิธีการจัดการการเจ็บป่วยและสามารถจัดการกับปัญหาการเจ็บป่วยของตนเอง

Diefenbach and Leventhal (1996) ให้ความหมายของการรับรู้เกี่ยวกับโรคหรือการเจ็บป่วยของตนเองว่า เป็นกระบวนการในการรับรู้ข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ของบุคคล ที่มีการรับรู้และเข้าใจจากประสบการณ์การเจ็บป่วย มีวิธีการจัดการความเจ็บป่วย ส่งผลให้บุคคลมีการปฏิบัติตามวิธีการรักษาหรือการปฏิบัติพฤติกรรมในการควบคุมโรค ซึ่งแนวคิดสามัญสำนึกเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Common-sense model) มีองค์ประกอบหลัก 4 องค์ประกอบ ดังนี้

1. การได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย เช่น คำแนะนำจากแพทย์หรือบุคลากรทางสุขภาพ จากประสบการณ์การเจ็บป่วยที่ผ่านมา จากการบอกเล่าของผู้ที่เคยมีประสบการณ์
2. การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Illness-representation) เมื่อบุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย เช่น สาเหตุของการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่เป็น การรับรู้ผลกระทบที่ตามมาของการเจ็บป่วย ผลลัพธ์ที่เกิดจากการเจ็บป่วยทั้งระยะสั้นและระยะยาว และวิธีการรักษาที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหายจากอาการเจ็บป่วย ซึ่งการรับรู้การเจ็บป่วยประกอบด้วย ดังนี้

2.1 การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย (Cause) เป็นความเข้าใจของผู้ป่วย ในการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดการเจ็บป่วยหรือการเกิดโรค ซึ่งปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคจะเกี่ยวกับความคิดเห็นของการเจ็บป่วย เช่น ถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารโรคไม่ถูกต้อง อาจทำให้มีความรุนแรงของภาวะหัวใจวายได้

2.2 การรับรู้เกี่ยวกับผลของการเจ็บป่วย (Consequences) การรับรู้ผลลัพธ์ที่ตามมาของการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงผลกระทบของการเจ็บป่วยระยะสั้นระยะยาวส่งผลไปยังคุณภาพชีวิต ภาวะซึมเศร้า หรืออาจมีผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ การทำบทบาทหน้าที่ในชีวิตประจำวัน บทบาทหน้าที่ทางสังคม

2.3 การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Identity) เป็นการรับรู้เรื่องการให้ความหมายของการเจ็บป่วย ความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย วิธีการจัดการการเจ็บป่วยและการรับรู้เกี่ยวกับอาการ

2.4 การรับรู้ระยะเวลาการเจ็บป่วย (Time-line) เป็นการรับรู้ ความเชื่อส่วนบุคคลเกี่ยวกับระยะของการเจ็บป่วย การเจ็บป่วยเป็นแบบเฉียบพลันหรือแบบเรื้อรังและเวลาของการเกิดอาการแสดงของการเจ็บป่วย

2.5 การรับรู้การปฏิบัติตนและการควบคุมโรค (Controllability) เป็นความเข้าใจเกี่ยวกับในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรค วิธีการจัดการการเจ็บป่วยหรือลดความรุนแรงของการเจ็บป่วย เช่น ถ้ามีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้า โรค การควบคุมน้ำตาล การ

รับประทานยา สามารถลดความรุนแรงของภาวะหัวใจวายได้

3. การเผชิญปัญหา (Coping) ที่ผู้ป่วยตอบสนองต่อการเจ็บป่วย ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ตัดสินใจจัดการการเจ็บป่วย หลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้โรครุนแรงขึ้น การหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมในการจัดการการเจ็บป่วย ซึ่งนำไปสู่การหาวิธีแก้ปัญหา

4. การประเมินผลลัพธ์ (Appraisal) บุคคลประเมินประสิทธิภาพการเผชิญปัญหาเพื่อนำไปใช้ปรับปรุงและทำให้การปรับเปลี่ยนวิธีการแก้ปัญหาให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

การรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย เป็นการรับรู้ของบุคคล ที่เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค อาการแสดง ระยะเวลา การควบคุมโรค ผลลัพธ์ที่ตามมา การรับรู้ข้อมูลของการเจ็บป่วยของตนเองต้องมีการวิเคราะห์สาเหตุของการเจ็บป่วยที่ถูกต้อง ทำให้บุคคลเข้าใจการเจ็บป่วยปรับการรับรู้และมีความเข้าใจถึงความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ซึ่งความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นผู้ป่วยภาวะหัวใจวายจึงมีความจำเป็นต้องเข้าใจถึงสาเหตุของการเกิดโรค การเจ็บป่วย ระยะเวลาการเจ็บป่วย การปฏิบัติตนและการควบคุมโรค การรับรู้ถึงผล กระทบต่าง ๆ เช่น การเกิดอาการเหนื่อยหอบ อาการบวม ความทนในการทำกิจกรรม ซึ่งส่งผลไปยังคุณภาพชีวิตหรืออาจมีผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ในการดำเนินชีวิต ทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเอง ตัดสินใจในการปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานเฉพาะโรค ซึ่งผลลัพธ์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม จะทำให้ความรุนแรงของโรคลดลงและลดการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วย

ดังนั้น การรับรู้การเจ็บป่วยจึงมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมถ้าสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องเหมาะสมจะทำให้ลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดจากภาวะหัวใจวายได้ ซึ่งการรับรู้ความเจ็บป่วย มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล บางคนมีการรับรู้ว่าคุณเจ็บป่วยนั้นเป็นเพียงสิ่งผิดปกติเล็กน้อยหรือไม่เป็นอุปสรรคในการดำรงชีวิตและการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ได้แก่ เพศ (Riedinger et al., 2001; Song et al., 2009) อายุ (Hou et al., 2004) ระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจ (Heo et al., 2008; Lee et al., 2005) การสนับสนุนทางสังคม (Bennett et al., 2001) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Tsay & Chao, 2002) นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการรับประทานเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย (Krumholz et al., 2002; Riegel et al.,

2000; Tsay & Chao, 2002) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนได้และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ซึ่งสามารถสรุปได้ ดังนี้

การรับรู้ความรุนแรงของโรค

King (1981) กล่าวว่า การรับรู้ของบุคคลเป็นสภาวะทางจิต เป็นความสนใจในการเลือกที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆที่เกิดขึ้น ซึ่งการรับรู้ของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อม ความรู้สึก ความคิด และประสบการณ์ที่ผ่านมาของตนเอง

Diefenbach and Leventhal (1996) กล่าวว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง เป็นการรับรู้ความเจ็บป่วยในการรับรู้ข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ของบุคคลที่มีการรับรู้ ความเข้าใจจากประสบการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและหาวิธีการจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเอง ส่งผลให้มีการปฏิบัติตามวิธีการรักษาหรือมีการปรับพฤติกรรมในการควบคุมโรคที่ถูกต้อง

Dodd, Facione, Faucett, and Froelicher (2001) กล่าวว่า การรับรู้เป็นความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรง สาเหตุ ความสามารถในการรักษา และผลกระทบต่อชีวิต จากประสบการณ์ของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีการตอบสนองโดยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะการทำหน้าที่ของร่างกาย

สรุปได้ว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความคิดเห็น ความเข้าใจของผู้ป่วย ภาวะหัวใจวายเกี่ยวกับการประเมินความรุนแรงของภาวะหัวใจวายเกี่ยวกับระดับของอาการเหนื่อย หอบ ระดับของอาการบวม และระดับการทำกิจกรรมของตนเอง

ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย

การแบ่งความรุนแรงของภาวะหัวใจวายสามารถแบ่งได้ตามระยะของโรคหรือการดำเนินของโรค และแบ่งตามอาการของผู้ป่วยซึ่งจะมีประโยชน์ในการพิจารณาแนวทางในการรักษาโดยสมาคมแพทย์โรคหัวใจในอเมริกาและสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา American College of Cardiology/ American Heart Association [ACC/ AHA] (รังสฤษดิ์ กาญจนวณิชช์, 2547; Yancy et al., 2013) สามารถแบ่งภาวะหัวใจวายตามการดำเนินของโรคเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ขั้นที่ 1 หรือ Stage A ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจวาย แต่ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพที่ชัดเจนและไม่มีความผิดปกติของการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ เยื่อหุ้มหัวใจ หรือลิ้นหัวใจ ผู้ป่วยเหล่านี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี มีประวัติเคยมีกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคลิ้นหัวใจผิดปกติ มีประวัติโรคหัวใจในครอบครัว การได้รับยาหรือสารที่เป็นพิษต่อหัวใจและการดื่มสุราเรื้อรัง

ขั้นที่ 2 หรือ Stage B ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของหัวใจแล้วแต่ยังไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจวาย เช่น ผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อเวดดิเคิลหนา (Left ventricle hypertrophy) การทำงานของหัวใจบกพร่องจากเบาหวาน (Diabetic cardiomyopathy) หรือหัวใจโตจากลิ้นหัวใจผิดปกติแต่ยังไม่แสดงอาการ

ขั้นที่ 3 หรือ Stage C ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของหัวใจและกำลังมีหรือเคยมีอาการของภาวะหัวใจวายเป็นอาการที่ ยังสามารถควบคุมอาการ โดยการรักษาด้วยยามาตรฐาน

ขั้นที่ 4 หรือ Stage D มีพยาธิสภาพของหัวใจขั้นรุนแรงเป็นระยะสุดท้าย มีอาการแม้อยู่ในระยะพัก ไม่สามารถควบคุมด้วยยามาตรฐานและต้องได้รับการรักษาพิเศษเพิ่มเติม

จากการแบ่งความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย นอกจากนี้ยังสามารถประเมินระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย ที่แบ่งตามความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย จากความสามารถในการทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ (Function classification of heart failure) ของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association [NYHA]) (Yancy et al., 2013) เพื่อเป็นการกำหนดการดูแลรักษาได้อย่างชัดเจนสามารถแบ่ง เป็น 4 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 หรือ Class I ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือกิจวัตรประจำวัน ถ้ามีกิจกรรมตามปกติจะไม่มีอาการ อ่อนเพลีย ใจเต้น ใจสั่น เหนื่อย หายใจลำบาก หรือเจ็บหน้าอก

ระดับที่ 2 หรือ Class II มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย ถ้ามีกิจกรรมตามปกติจะมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อย หายใจลำบาก แต่อาการจะดีขึ้นเมื่อได้พัก

ระดับที่ 3 หรือ Class III มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ชัดเจน ถ้ามีกิจกรรมซึ่งออกแรงน้อยในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว จะมีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อย หายใจลำบาก หรือเจ็บแน่นหน้าอกได้ จะรู้สึกสุขสบายขึ้นเมื่อได้พัก

ระดับที่ 4 หรือ Class IV ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เลย แม้ในขณะที่พักยังมีอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบากและจะหอบเหนื่อยมากขึ้นแม้ทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย หรือมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกได้ จะรู้สึกไม่สุขสบายแม้ในขณะที่พัก

ความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย ดังกล่าวเป็นเกณฑ์การประเมินของบุคลากรทางการแพทย์ที่ใช้ประเมินความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย ได้จากระยะของโรคหรือการดำเนินของโรค โดยแบ่งตามอาการของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายของสมาคมแพทย์โรคหัวใจในอเมริกาและสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (American College of Cardiology/ American Heart Association [ACC/ AHA]) และจากความสามารถในการทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายสามารถปฏิบัติได้ (Function classification of heart failure) ของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association [NYHA]) จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายสามารถประเมินระดับความ

รุนแรงหรือรับรู้ความรุนแรงของโรค จากอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นกับตนเอง (Riegel et al., 2000) หรือจากประสบการณ์จากอาการ อาการแสดงที่เกิดขึ้นและเปลี่ยนไปจากเดิม เช่น อาการเหนื่อยหอบในระยะเริ่มต้น อาการบวมที่เกิดขึ้น (วันทนา มณีศิลป์, 2543) ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเมื่อเกิดอาการหายใจลำบากเหมือนนอนราบ หายใจไม่อิ่มหายใจตื้น การตื่นลุกขึ้นมาหอบในตอนกลางคืน จะประเมินได้ว่าตนเองมีความรุนแรงของภาวะหัวใจวายเพิ่มขึ้นและทำให้การหน้าที่ของผู้ป่วยลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Zambroski et al. (2005) ที่พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่มีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจตามสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์กที่ระดับ 2 ถึง 3 (NYHA functional class II-IV) ที่มีประสบการณ์การมีอาการของภาวะหัวใจวาย ในมิติของความถี่ ความรุนแรงและความรู้สึกทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจะส่งผลให้การหน้าที่ของผู้ป่วยลดลงและจากการศึกษาของ Byrne et al. (2005) ที่พบว่า ถ้าผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่ถูกต้องจะสามารถควบคุมความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย ลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น โดยที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายสามารถมีการรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจวายและประเมินอาการที่เกิดขึ้นนั้นด้วยตนเอง ตามการรับรู้ของผู้ป่วยเอง (จิราภรณ์ มีชูสิน, 2552; รัตติยา ทองอ่อน, 2554) ดังนี้

1. การรับรู้ความรุนแรงของอาการเหนื่อยหอบ (Dyspnea) เป็นอาการเริ่มแรกและเป็นอาการสำคัญที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลมากที่สุดถึงร้อยละ 97.7 (สุรัชย์ กอบเกื้อชัยพงศ์, 2556) ซึ่งอาการเหนื่อยหอบผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้เนื่องจากต้องออกแรงในการหายใจมากกว่าปกติ รู้สึกหายใจไม่พอ ไม่เต็มอิ่ม ไม่โล่ง หายใจไม่ทัน หรือต้องใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบาย ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ เมื่อมีอาการเหนื่อยหอบจะทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายหลีกเลี่ยงที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ

2. การรับรู้ความรุนแรงของอาการบวม จากการศึกษาของ สุรัชย์ กอบเกื้อชัยพงศ์ (2556) พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายจะมีการกลับเข้ามารักษาซ้ำด้วยอาการบวมถึงร้อยละ 85.5 ซึ่งผู้ป่วยจะสังเกตตนเองพบว่ามีอาการบวม บริเวณหลังเท้า ข้อเท้า ใบหน้า ขา แขน น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ใส่เสื้อผ้าหรือสวมแหวนคับ ซึ่งเกิดจากการคั่งของน้ำและเกลือโซเดียม อาการบวมเป็นอาการของหัวใจด้านขวา ซึ่งมักเป็นผลจากหัวใจด้านซ้ายวายชนิดเรื้อรังเป็นส่วนใหญ่ ทำให้เกิดอาการบวมกดบุ๋มที่หลังเท้า ข้อเท้าเมื่อนั่งหรือยืนเป็นเวลานาน ๆ และสามารถคืนสู่สภาพปกติได้ หากพบว่ามีอาการรุนแรงมากจะพบว่ามีอาการบวมกดบุ๋มไม่สามารถคืนสู่สภาพปกติได้

3. การรับรู้ความทนในการทำกิจกรรมหรือความสามารถในการทำกิจกรรม เมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีการทำกิจกรรมลดลง เป็นตัวบ่งชี้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ด้วยตนเองลดลง โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่จะสามารถทำกิจกรรมที่ใช้พลังงานได้ประมาณ

3 - 6 METs ซึ่งนิยามวัดเป็นจำนวนเท่าของการใช้ออกซิเจนในขณะที่พักมีหน่วยเป็น METs โดยที่ 1 METs มีค่าเท่ากับปริมาณการใช้ออกซิเจนขณะพัก ซึ่งเท่ากับ 3.5 มิลลิลิตรต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อนาที

เมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรค จะสามารถประเมินระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจวายและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยอาศัยการรับรู้ของตนเอง จากอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้น เช่น ไม่ควรทำกิจกรรมต่าง ๆ จนทำให้ร่างกายเหนื่อยมาก จากการศึกษาของ วันทนา มณีศิลป์ (2543) ที่พบว่า เมื่อผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ร้อยละ 41 ไม่สามารถทำงานต่อได้ร้อยละ 46 จากการรับรู้ของผู้ป่วยว่า ถ้ามีการออกกำลังกายหรือทำงานหนัก จะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการเหนื่อยหอบ ทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการทำงานหนักและหยุดปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ร้อยละ 100 สอดคล้องกับการศึกษาของ Caruana et al. (2000) ที่พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายร้อยละ 92 เมื่อมีอาการเหนื่อยหอบขณะออกกำลังกาย จะทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Heo et al. (2008) ที่พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 94 จะหยุดทำกิจกรรมทันทีเมื่อมีอาการหายใจลำบากร่วมกับอาการอ่อนเพลียในระหว่างการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และจากการศึกษาของ Krumholz et al. (2002) ที่พบว่า เมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เช่น เลือกรับประทานอาหารเฉพาะโรคที่เหมาะสม มาตรฐานด้อยอย่างสม่ำเสมอ สังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและสามารถลดการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

พฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม

พฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่มีการกระทำอยู่เป็นประจำเกี่ยวกับการเลือก การเตรียม การบริโภค ในการรับประทานอาหารหรือการไม่รับประทานอาหาร ตามความชอบ ความเคยชิน เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง รวมไปถึงการควบคุมจำกัดปริมาณน้ำดื่มตามความเหมาะสมกับความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย (อภัยรา บุญมีศรีทรัพย์, 2550)

สรุปได้ว่า การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมต่ำ การลดการรับประทานอาหารรสเค็ม การลดอาหารที่มีไขมันสูง การรับประทานอาหารที่มีปริมาณที่เหมาะสมและหลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่เหมาะสมกับภาวะหัวใจวายเช่น กาแฟ ชา เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการจำกัดปริมาณน้ำให้สมดุลกับภาวะหัวใจวาย

ซึ่งพฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่มที่ถูกต้อง จะทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย สามารถควบคุมระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย ลดภาวะแทรกซ้อน และลดการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยได้ พฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรค

และจำกัดน้ำดื่มเป็นวิธีที่ผู้ป่วยสามารถควบคุม และจัดการกับอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจวายได้ด้วยตนเอง (จอม สุวรรณ โณ และคณะ, 2551; จันทิมา ฤกษ์เดือนฤทธิ์, 2555)

พฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะ โรคและจำกัดน้ำดื่มที่เหมาะสม มีดังนี้

1. จำกัดโซเดียม ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายจำเป็นต้องจำกัดโซเดียมเพื่อป้องกันและลดการคั่งของน้ำ เนื่องจากเกลือโซเดียมจะมีคุณสมบัติในการอุ้มน้ำ ซึ่งเป็นการเพิ่มปริมาณของของเหลวในร่างกาย การจำกัดเกลือโซเดียมในอาหารจะช่วยป้องกัน ควบคุมและลดอาการบวม ในแต่ละวัน ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายควรเลือกรับประทานอาหารที่มีโซเดียมประมาณ 3-7 กรัม ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายรุนแรงควรจำกัดปริมาณเกลือที่ใช้ 0.5-1 กรัมต่อวัน อาการรุนแรงปานกลาง ไม่เกิน 2 กรัมต่อวัน และอาการรุนแรงน้อย ไม่เกิน 3 กรัมต่อวัน (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552) และควรงดอาหารที่มีรสเค็มทุกชนิดเช่น หมูหยอง เนื้อเค็ม ปลาเค็ม และอาหารสำเร็จรูปต่าง ๆ ไม่ควรเติม เกลือ น้ำปลา ซีอิ้ว ผงชูรส ในการประกอบอาหาร แต่ในทางปฏิบัติจริงนั้นอาจทำได้ยากเพราะการจำกัดเกลือโซเดียมในอาหาร มักทำให้อาหารขาดรสชาติ จนผู้ป่วยรับประทานไม่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยอาจไม่ทราบปริมาณเกลือแคงที่ผสมในอาหารต่าง ๆ ได้แน่นอน ดังนั้นอาจมีการกำหนดเป้าหมายในการจำกัดโซเดียมในอาหารเริ่มต้นที่ 4 กรัมต่อวัน น่าจะมีความเป็นไปได้มากกว่า หรืออาจเพิ่มรสชาติของอาหารโดยใช้มะนาว พริก ไทย และกระเทียมแทน (Colonna et al., 2003) ดังนั้นควรให้คำแนะนำกับผู้ป่วยภาวะหัวใจวายในสิ่งที่ปฏิบัติได้คือ ไม่เติมเกลือ น้ำปลาหรือซีอิ้วในอาหารปรุงสำเร็จแล้ว เลือกรับประทานอาหารสด ไม่ควรซื้ออาหารสำเร็จรูปซึ่งมักมีปริมาณของโซเดียมอยู่ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม ของดอง อาหารกระป๋อง หากหลีกเลี่ยงไม่ได้ควรอ่านฉลากแสดงส่วน ประกอบทางโภชนาการเพื่อดูส่วนผสมของเกลือแคง (โซเดียมคลอไรด์) ซึ่งการแนะนำให้ผู้ป่วยควบคุมโซเดียม ควรระบุเป็นมิลลิอิกิวาเส้นต์ (มอท.) หรือมิลลิกรัม (มก.) ไม่ควรระบุเป็นกรัมของเกลือ เพราะโซเดียมจากอาหารไม่ได้มาจากเกลือเพียงอย่างเดียว แต่ยังได้จากอาหารอื่น ๆ ที่เป็นส่วนผสม (วิชัย ต้น ไพจิตร, 2531 อ่างใน จิราภรณ์ มีชูสิน, 2552) ซึ่งสามารถแบ่งระดับของการจำกัดโซเดียมเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 อาหารที่มีโซเดียม 2,500 มิลลิกรัม (108.7 มิลลิอิกิวาเส้นต์) เป็นอาหารปกติที่ไม่เติมเกลือหรือเครื่องปรุงที่มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบ เช่น ซอส ซีอิ้วขาว ผงชูรส ซอสหอยนางรม เพิ่มในอาหารที่รับประทาน

ระดับที่ 2 อาหารที่มีโซเดียม 2,500-2,000 มิลลิกรัม (65- 87 มิลลิอิกิวาเส้นต์) เป็นอาหารที่จำกัดโซเดียมเพียงเล็กน้อย

ระดับที่ 3 อาหารที่มีโซเดียม 1,000 มิลลิกรัม (43 มิลลิอิกิวาเส้นต์) เป็นอาหารที่จำกัดโซเดียมเพียงปานกลาง

ระดับที่ 4 อาหารที่มีโซเดียม 500 มิลลิกรัม (21 มิลลิอิกิวาเลนต์) เป็นอาหารที่จำกัดโซเดียมเพียงเล็กน้อย

ระดับที่ 5 อาหารที่มีโซเดียม 250 มิลลิกรัม (11 มิลลิอิกิวาเลนต์) เป็นอาหารที่จำกัดโซเดียมอย่างเข้มงวด โดยไม่มีการเติมเกลือโซเดียมเพิ่มในอาหารที่รับประทาน

2. จำกัดอาหารที่มีไขมันสูง ไขมันเป็นสารอาหารที่ให้พลังงานเป็นหลัก ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายควรรับประทานอาหารที่มีไขมันไม่เกินร้อยละ 30 ของพลังงานทั้งหมด ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว เช่น ไข่แดง เนื้อสัตว์ติดมัน ไขมันจากสัตว์ต่าง ๆ เช่น น้ำมันหมู เนย และน้ำมันจากพืช เช่น น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม ควรลดการบริโภคอาหารประเภทเครื่องในสัตว์ และอาหารทะเลบางชนิด เช่น กุ้ง หอยนางรม ปลาหมึก (รุ่งทิwa ไชยวงศ์, 2542; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2551) อาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูงทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีน้ำหนักเกิน และภาวะอ้วนจะทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น และมีขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ภาวะหัวใจวายรุนแรงยิ่งขึ้น

3. จำกัดน้ำดื่ม จะช่วยลดการคั่งของน้ำในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้หัวใจห้องบนทำงานได้ดีขึ้น ผู้ป่วยต้องรู้จักการวางแผนการแบ่งน้ำให้เหมาะสมกับมื้ออาหาร การทำกิจกรรมและการได้รับยา บางครั้งอาจต้องรับประทานยาร่วมกับอาหารที่เป็นเครื่องดื่มแทน (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552) ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายเล็กน้อยถึงปานกลางจำเป็นต้องจำกัดน้ำโดยดื่มน้ำไม่เกิน 2,000 มิลลิลิตรต่อวัน หรือประมาณ 1,500-2,000 มิลลิลิตรต่อวัน (Rabelo et al., 2007) แต่ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายรุนแรงมากอาจให้ดื่มน้ำไม่เกิน 1,000 มิลลิลิตรต่อวันหรือตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยน้ำที่ได้รับจะรวมถึงน้ำเปล่า น้ำที่ผสมอยู่ในอาหาร เครื่องดื่มต่าง ๆ รวมทั้งสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำ

4. เลือกรับประทานอาหารประเภทโปรตีน ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายควรรับประทานอาหารโปรตีนประเภทเนื้อปลาเนื่องจากมีไขมันต่ำ ย่อยง่าย และควรรับประทานโปรตีนจากพืชซึ่งสามารถลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือดได้ประมาณร้อยละ 5 เมื่อเปรียบเทียบกับโปรตีนจากสัตว์ โดยผู้ป่วยภาวะหัวใจวายควรได้รับโปรตีน 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม หรือประมาณวันละ 60-70 กรัม (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2551)

5. เลือกรับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต ควรเป็นคาร์โบไฮเดรตที่มีโมเลกุลเชิงซ้อน เช่น ข้าว แป้งธัญพืชต่าง ๆ หลีกเลี่ยงอาหารและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม ขนมหวาน เป็นต้น เนื่องจากอาหารประเภทนี้ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง และเปลี่ยนเป็นไขมันสะสม

ในหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดตีบแคบและแข็งตัว หัวใจต้องทำงานหนักในการบีบเลือดส่งไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ส่งผลให้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายเพิ่มขึ้น

6. เลือกรับประทานผักและผลไม้ ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายควรรับประทานผักและผลไม้ที่ไม่มีรสหวานจัดเพื่อช่วยในระบบการย่อยและดูดซึมทำให้การขับถ่ายปกติ ควรเลือกรับประทานเพิ่มผักและผลไม้ที่มีโปแตสเซียมสูงเพื่อทดแทน โปแตสเซียมที่ถูกขับออกมาพร้อมปัสสาวะ เช่น ส้ม กล้วย หากผู้ป่วยภาวะหัวใจวายได้รับยาขับปัสสาวะเนื่องจากโปแตสเซียมจะถูกขับออกมาพร้อมปัสสาวะ

7. หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ อย่างเข้มงวด เนื่องจากมีผลต่อการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้หลอดเลือดมีการหดตัว เกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะและหัวใจเต้นเร็วขึ้น

(Colonna et al., 2003; Rabelo et al., 2007)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย มีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยมีการรับประทานเกลือโซเดียมมากกว่า 2 กรัมต่อวัน (สุรัช กอบเกื้อชัยพงษ์, 2556; Bennett et al., 2000) และสอดคล้องกับการศึกษาของ เฮวภา บุญเที่ยง (2545) ที่พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล เพราะผู้ป่วยไม่มีการจำกัดเกลือโซเดียมจากอาหาร เพราะอาหารขาดรสชาติ อาหารมีรสชาติไม่อร่อย มีความยุ่งยากในการจัดเตรียมตอนทำ รู้สึกเบื่อที่ต้องรับประทานอาหารที่มีรสจืด จึงต้องมีการเติมน้ำปลาหรือซอสปรุงรสในอาหาร และยังพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีพฤติกรรมเลือกซื้ออาหารโดยไม่คำนึงถึงปริมาณโซเดียมและไขมันในอาหารและการศึกษาของ Artinian et al. (2002) ที่พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมต่ำและจำกัดน้ำดื่มอย่างถูกต้องเพียงร้อยละ 43 และ 37 นอกจากนี้ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันและมีโคเลสเตอรอลสูง จากการที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลและไขมันสูง (Carlson et al., 2001) ซึ่งอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูงจะทำให้มีระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น (เจนเนตร พลเพชร, 2546) รวมไปถึงควรงดดื่มชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายเพิ่มมากขึ้น (รังสฤษฏ์ กาญจนะวณิชย์, 2547; Evangelista et al., 2000)

จากการศึกษาของ Van der Wal et al. (2007) พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายไม่ปรับพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้า โรคถึงร้อยละ 51 เนื่องจากรสชาติของอาหาร ทำให้มีระดับความรุนแรงเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้า โรค เช่น เลือกรับประทานอาหารที่มีโซเดียมต่ำ ลดอาหารที่มีรสเค็ม ลดอาหารที่มีไขมันและอาหารโคเลสเตอรอลสูง ควรเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมเช่น โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ผัก ผลไม้ หลีกเลี่ยงอาหาร เครื่องดื่มที่ทำให้หัวใจทำงานหนัก เช่น ชา กาแฟ เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของ

แอลกอฮอล์ ทำให้มีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจวายเพิ่มขึ้น การจำกัดน้ำดื่มเป็นสิ่งสำคัญที่สามารถควบคุมความรุนแรงของภาวะหัวใจวายได้ โดยผู้ป่วยควรปรับปริมาณน้ำเข้า-น้ำออกของร่างกายให้เหมาะสม ซึ่งถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมรับประทานอาหารเฉพาะโรคและการจำกัดน้ำดื่มที่ถูกต้อง จะทำให้สามารถควบคุมอาการความรุนแรงของภาวะหัวใจวายได้ ซึ่งมีความคุ้มค่ามากกว่าการรับประทานยา และสามารถลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย (Bibbins-Domingo et al., 2010) ส่งผลต่อการปฏิบัติกิจกรรม หรือความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่ดีตามมา

ภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง การแสดงความเป็นเบนทางอารมณ์ ที่ร่วมกับการเป็นเบนทางความคิด ในการรับรู้และแรงจูงใจ นำไปสู่ความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและพฤติกรรม โดยมีอาการเศร้าโศก เสียใจ ท้อแท้ รู้สึกไร้ค่า ความคิดทางลบต่อตนเอง ร่วมกับการมีกิจกรรมทางกายน้อยลง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ (Beck, 1967 อ้างใน ศิริรัตน์ วิจิตตระกูลถาวร, 2545) ซึ่งภาวะซึมเศร้าอาจเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน ตั้งแต่ระดับปกติและมีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งภาวะซึมเศร้าทำให้เกิดความรู้สึกเศร้า เฉื่อยชา รู้สึกว่างเปล่า หดแรงแรง รับประทานอาหารไม่ได้ และถ้ามีภาวะซึมเศร้าเป็นระยะเวลาสั้น จะมีผลเสียต่อการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน (กรมสุขภาพจิต, 2546)

ระดับของภาวะซึมเศร้า สามารถแบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Beck, 1967 อ้างใน ศิริรัตน์ วิจิตตระกูลถาวร, 2545)

1. ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (Mild depression) เป็นความรู้สึกไม่สดชื่น ไม่มีความแจ่มใส สามารถรู้สึกได้บางครั้ง อาการที่เกิดขึ้นบางครั้งก็มีสาเหตุเพียงพอ บางครั้งจะไม่มีสาเหตุบุคคลทั่วไปก็รู้สึกได้และมีสาเหตุไม่เพียงพอหรือไม่มีสาเหตุก็ได้
2. ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Mild-moderate depression) อารมณ์ซึมเศร้านี้มีอาการเช่นเดียวกับภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ แต่พบว่าอาการหลายอย่างมีความรุนแรงมากกว่า บางรายอาจมีผลกระทบต่อครอบครัว การทำงาน แต่ยังสามารถดำเนินหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ได้ แต่อาจไม่สมบูรณ์หรือทำได้อย่างไม่เต็มที่
3. ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe depression) เป็นความซึมเศร้าที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานาน มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และพฤติกรรมได้อย่างชัดเจน เช่น ผู้ป่วยมีความสนใจสิ่งแวดลอมลดลง มีความวิตกกังวลสูง นอนไม่หลับ ความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง มีความหลงผิดและประสาทหลอนได้

ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดในทางลบต่อตนเอง ต่อโลกและต่ออนาคต และเชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจาก 2 ปัจจัยคือปัจจัยที่เกิดจากการที่บุคคลเผชิญภาวะวิกฤตในชีวิต และปัจจัยที่เกิดจากความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง ต่อโลกและต่ออนาคต ซึ่งเป็นกระบวนการคิดที่เกิดขึ้นเองจากความบิดเบือน โดยไม่สามารถควบคุมได้เป็นความคิดที่ไม่ผ่านกระบวนการไตร่ตรอง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ความคิดในด้านลบ (Beck, 1967 อ้างใน ฌีภา เดชอุดมไพศาล, 2556) มี 3 ลักษณะ ดังนี้

1. ความคิดด้านลบต่อตนเอง (Negative view of self) ผู้ป่วยที่มีความคิดซึมเศร้ามักมองตนเองว่าบกพร่อง ไม่เพียงพอ ไม่มีคุณค่า จะทำให้มีแนวโน้มไม่ยอมรับตนเอง เมื่อเกิดเหตุการณ์ต่าง ๆ ขึ้นก็จะโทษว่าเป็นความผิดพลาดของตนเอง ทำให้เห็นคุณค่าของตนเองลดลง ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าตามมา

2. ความคิดด้านลบต่อโลก (Negative view of world) ผู้ป่วยที่มีความซึมเศร้าจะมีการแปลความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนเองในเชิงของความสูญเสีย โดยคิดว่าตนเองถูกใส่ร้าย เต็มไปด้วยอุปสรรคหรือสถานการณ์ที่ทำให้เจ็บป่วย เมื่อเกิดเหตุการณ์ผ่านมาก็จะแปลสถานการณ์ไปในทางลบส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

3. ความคิดต่ออนาคตในทางลบ (Negative view of future) ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำนายว่าความทุกข์ยากที่มีในปัจจุบันจะเกิดขึ้น ไม่มีที่สิ้นสุด เมื่อเหตุการณ์ในอนาคตจะพบแต่ความลำบาก ความคับข้องใจ ความสูญเสีย เมื่อพบปัญหาในปัจจุบันก็จะมองว่าอนาคตไม่มีความหวังทำให้รู้สึกหมดหวังและมีความคิดด้านลบต่ออนาคต ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า

อาการแสดงต่าง ๆ ของภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้ (Beck, 1967 อ้างใน ฌีภา เดชอุดมไพศาล, 2556)

1. ด้านอารมณ์ มีอารมณ์เศร้าเป็นอาการสำคัญ เช่น หดหู่ ซึมเศร้า ไม่มีชีวิตชีวา ไม่แจ่มใส มีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ รู้สึกว่าตนเองผิด ไร้ค่า ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ ความรู้สึกต่อสิ่งต่าง ๆ ลดลง สูญเสียความรู้สึกผูกพันทางอารมณ์ เช่น ความสนใจต่อบุคคลอื่นลดลง อารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย

2. ด้านปัญญา การประเมินตนเองต่ำ เช่น มีความคิดว่าตนเองล้มเหลว ทำอะไรก็ไม่สำเร็จ ไม่มีความสามารถ มีความคาดหวังในทางลบ มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกว่าอนาคตสิ้นหวัง ต่ำหนืดเทียบตนเอง รู้สึกว่าตนเองจะต้องถูกตำหนิ ถูกลงโทษ มีความลำบากในการเลือกและตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ มองภาพลักษณ์ของตนเองบิดเบือนไป

3. ด้านแรงจูงใจ เสียแรงจูงใจที่จะกระทำสิ่งต่าง ๆ ท้อแท้ สิ้นหวัง ขาดความคิดริเริ่ม ขาดพลังใจที่จะทำงาน ทำกิจกรรมต่าง ๆ รู้สึกเหนื่อยง่ายมีความต้องการที่จะหลบหนีและแยกตัว

จากสังคม หรือต้องการที่จะตายไป

4. ด้านร่างกายและการทำกิจกรรม เนื่องจากความอยากรับประทานอาหารลดลง ซึ่งเป็นอาการแสดงที่พบได้บ่อย ของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีความยากลำบากในการนอนหลับ ตื่นเช้า ผิดปกติ ความต้องการทางเพศลดลงหรือไม่มีเลย รู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง หรือเหนื่อยเกือบตลอดเวลา น้ำหนักลด มีความเชื่อว่าตนเองเจ็บป่วยหรือคิดว่ามีความผิดปกติเกี่ยวกับร่างกายของตน

จากการศึกษาของ Vaccarino, Kasl, Abramson, and Krumholz (2001) พบว่า เมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีภาวะซึมเศร้าจะทำให้มีการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 3 เดือน ประมาณร้อยละ 52.2 และภายใน 1 ปี ถึงประมาณร้อยละ 80.4 และไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา เช่นรับประทานยา มาตรวจตามนัด งดสูบบุหรี่ งดดื่มสุราและสังเกตอาการผิดปกติของร่างกาย เนื่องจากขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง (จันทร์เพ็ญ สมโน, 2551) เมื่อผู้ป่วยมีการดูแลตนเองลดลง ทำให้ระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง (พวงผกา กิริทอง, 2550; Bekelman et al., 2007) ส่งผลกระทบทางด้านร่างกายต่อผู้ป่วยทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายลดลง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่และเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การปฏิบัติหน้าที่และกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Tsay and Chao (2002) ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ($r = -.33, p < .001$)

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายลดลง จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือบุคคลในครอบครัว ทำให้มีคุณภาพชีวิตลดลง จากการทบทวนวรรณกรรม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่ทำให้ต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล พบว่าปัจจัยที่สำคัญได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการรับประทาน อาหารเฉพาะ โรคและจำกัดน้ำดื่ม และภาวะซึมเศร้า ซึ่งเมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและหาวิธีการจัดการความเจ็บป่วยของตนเอง ในการลดระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย โดยปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะ โรคและจำกัดน้ำดื่มที่ผู้ป่วยสามารถเลือกปฏิบัติได้ด้วยตนเอง หากผู้ป่วยภาวะหัวใจวายไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จะทำให้มีระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น ทำให้การปฏิบัติหน้าที่ลดลงและอาจต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลเป็นประจำ นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะซึมเศร้าจะทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเบื่อหน่ายต่อ

การรักษา ไม่ยอมให้ความร่วมมือในแผนการรักษา ทำให้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายเพิ่มขึ้น จนส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายลดลงตามมา ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะ โรคและการจำกัดน้ำดื่ม และภาวะซึมเศร้ากับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับเข้มารักษาซ้ำในโรงพยาบาล เพื่อนำผลวิจัยที่ได้ไปพัฒนาการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายในการส่งเสริมปฏิบัติหน้าที่ ป้องกันการกลับเข้มารักษาซ้ำในโรงพยาบาลและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม ภาวะซึมเศร้าและการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับเข้มารักษารักษาใน โรงพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจวายเนื่องจากพยาธิสภาพที่หัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีประวัติการกลับเข้มารักษารักษาด้วยอาการเหนื่อยหอบ อาการหายใจลำบาก และมีภาวะน้ำเกิน จากภาวะหัวใจวายโดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้าหลังการจำหน่ายภายใน 1 ปี จากสถิติในปี พ.ศ. 2556 พบว่ามีจำนวน 719 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจวายเนื่องจากพยาธิสภาพที่หัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์พระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีประวัติการกลับเข้มารักษารักษาด้วยอาการเหนื่อยหอบ อาการหายใจลำบากและมีภาวะน้ำเกิน จากภาวะหัวใจวายโดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้าหลังการจำหน่ายภายใน 1 ปี ในปี พ.ศ. 2557 โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

1. มีอายุ 20 ปี ถึง 60 ปี
2. มีระดับความรู้สึกรู้ตัวดี สามารถสื่อสาร เข้าใจภาษาไทยได้ดี
3. ไม่มีหายใจเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก แน่นหน้าอกหรืออาการอื่น ๆ ที่แสดงถึงภาวะหัวใจวายกำเริบ
4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคเบาหวาน โรคไตหรือโรคไทรอยด์เป็นพิษ เป็นต้น
5. มีความสมัครใจ ยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ ได้มาจากการคำนวณจากสูตรของ Thorndike (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภูร, 2553) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณ ดังนี้

$$n = 10k + 50$$

n คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

k คือ จำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา

(การศึกษารั้งนี้มีจำนวนตัวแปรต้นที่นำมาศึกษาทั้งหมด 3 ตัวแปร)

$$\text{ดังนั้น } n = (10 \times 3) + 50$$

$$n = 80$$

ดังนั้น ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้จำนวน 80 ราย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

1. คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา มีการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สัปดาห์ละ 2 วัน คือ วันอังคารและวันพุธ โดยนัดผู้ป่วยประมาณ 40-50 รายต่อวัน จะมีผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดประมาณ 3-7 ราย ผู้วิจัยจึงกำหนดระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งใช้เวลาประมาณ 4 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 เดือนกันยายน พ.ศ. 2557 ถึงวันที่ 1 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2557 เนื่องจากผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่มาใช้บริการในแต่ละเดือนมีลักษณะคล้ายคลึงกัน โดยผู้ป่วยจะถูกนัดมาเพื่อติดตามอาการภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาทุกราย

2. ผู้วิจัยทำการตรวจสอบประวัติของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายในวันที่เก็บข้อมูล ที่มาติดตามการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจจากแฟ้มประวัติที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

3. เมื่อผู้วิจัยทราบจำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่มาติดตามการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ในแต่ละวัน แล้วผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากระหว่างเลขคู่กับเลขคี่ แล้วนำไปเทียบกับหมายเลขตัวสุดท้ายของเลขที่ทั่วไป (Hospital Number [HN]) จากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยที่มีหมายเลขตัวสุดท้ายของเลขที่ทั่วไป ตรงตามเลขคี่หรือเลขคู่ที่จับฉลากได้ในแต่ละวัน

4. ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มเช่นนี้ทุกวัน จนกระทั่งได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 5 ส่วน มีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามแบบเลือกตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาที่ได้รับ การวินิจฉัยด้วยภาวะหัวใจวาย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจวาย ภายใน 1 ปี

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ใช้แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติหน้าที่ของ พัทธ์ชนก วิถีธรรมศักดิ์ (2553) ซึ่งได้แปลมาจากแบบสัมภาษณ์ Functional Performance Inventory Short Form (FPISF) ของ Leidy and Kneble (1999) โดยวิธีการแปลไปข้างหน้าและการแปลย้อนกลับ (Forward-backward translation) และตรวจสอบความแตกต่างของแบบประเมินการปฏิบัติหน้าที่ที่จับแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษกับแบบประเมิน FPI-SF ต้นฉบับ พบว่า ไม่มีข้อแตกต่าง แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติหน้าที่ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ การดูแลร่างกาย การทำกิจกรรมภายในบ้าน การออกกำลังกาย การพักผ่อนและนันทนาการ กิจกรรมทางจิตวิญญาณ และกิจกรรมทางสังคม รวมจำนวนทั้งหมด 32 ข้อ แต่ละข้อมีลักษณะการตอบเป็นมาตรฐานค่าแบบลิเกิร์ต (Likert scale) 4 ระดับ ดังนี้

- 1 หมายถึง ไม่สามารถทำกิจกรรมได้เลย เป็นผลจากปัญหาทางสุขภาพ
- 2 หมายถึง ทำกิจกรรมได้ลำบากมาก เป็นผลจากปัญหาทางสุขภาพ
- 3 หมายถึง ทำกิจกรรมได้ลำบากบางครั้ง เป็นผลจากปัญหาทางสุขภาพ
- 4 หมายถึง ทำกิจกรรมได้สะดวก ไม่มีข้อจำกัดใด ๆ

นอกจากนี้แบบประเมินการปฏิบัติหน้าที่ยังมีตัวเลือก ไม่ทำกิจกรรมเนื่องจากสาเหตุอื่น ๆ สำหรับผู้ที่ไม่เคยการปฏิบัติกิจกรรมในคำถามข้อนั้นมาก่อน เลือกที่จะไม่ทำกิจกรรมและ/ หรือ ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้เนื่องจากสาเหตุอื่นที่ไม่ได้เป็นผลจากปัญหาสุขภาพ โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ระบุสาเหตุของการไม่ได้ทำกิจกรรมนั้น ๆ โดยคำถามข้อที่ตอบตัวเลือกไม่ทำกิจกรรม เนื่องจากสาเหตุอื่น ๆ จะ ไม่มีคะแนนและไม่นำมาคำนวณคะแนนการปฏิบัติหน้าที่โดยรวมของบุคคล

การแปลผลคะแนนแบบประเมินการปฏิบัติหน้าที่ พัทธ์ชนก วิถีธรรมศักดิ์ (2553) พิจารณาจากค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติหน้าที่ของแต่ละบุคคล สามารถคำนวณได้โดยนำผลรวมคะแนนการปฏิบัติหน้าที่ในแต่ละข้อ ยกเว้นข้อที่ตอบตัวเลือก “ไม่ทำเนื่องจากสาเหตุอื่น ๆ” มารวมด้วยจำนวนข้อทั้งหมด (32 ข้อ) ลบจำนวนข้อที่ตอบตัวเลือก “ไม่ทำเนื่องจากสาเหตุอื่น ๆ”

$$\text{ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติหน้าที่} = \frac{\text{ผลรวมคะแนนการปฏิบัติหน้าที่ในแต่ละข้อ}}{32\text{-จำนวนข้อ "ไม่ทำเนื่องจากสาเหตุอื่น ๆ"}}$$

โดยเกณฑ์ในการแปลความหมายแบ่งเป็น 5 ระดับโดยใช้สถิติคำนวณหาอัตราภาคชั้น และกำหนดช่วงคะแนน (พัทธ์ชนก วิถีธรรมศักดิ์, 2553) ดังนี้

คะแนนช่วง 1.00-1.59 หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่อยู่ในระดับต่ำ

คะแนนช่วง 1.60-2.19 หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่อยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ

คะแนนช่วง 2.20 -2.79 หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนช่วง 2.80 -3.39 หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่อยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง

คะแนนช่วง 3.40-4.00 หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่อยู่ในระดับสูง

พัทธ์ชนก วิถีธรรมศักดิ์ (2553) ได้นำเครื่องมือแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติหน้าที่ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติหน้าที่ เท่ากับ 1 และนำแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติหน้าที่ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 20 ราย หาค่าความเชื่อมั่นอัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.96

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของโรค ใช้แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของโรคของ จิราภรณ์ มีชูสิน (2552) ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของภาวะหัวใจวายมีองค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับอาการหอบเหนื่อย จำนวน 5 ข้อ การรับรู้ความทนในการทำกิจกรรมลดลง จำนวน 8 ข้อ และการรับรู้อาการบวม จำนวน 5 ข้อ รวมทั้งหมด 18 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (0-10)

การแปลผลคะแนนแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของ โรค จิราภรณ์ มีชูสิน (2552) ได้แบ่งคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของ โรค มีค่าคะแนนระหว่าง 0-180 คะแนน ดังนี้

0-60 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับต่ำ

61-120 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับปานกลาง

121-180 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับสูง

จิราภรณ์ มีชูสิน (2552) ได้นำเครื่องมือแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของโรคไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของโรค เท่ากับ 0.97 และนำแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของโรค ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจวายจำนวน 30 ราย หาค่าความเชื่อมั่นอัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.95

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม ผู้วิจัยที่ดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่มของ

จิราภรณ์ มีชูสิน (2552) และจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งประกอบด้วย การเลือกรับประทานอาหารที่มีโซเดียมต่ำและการลดการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม การลดอาหารที่มีไขมันสูง การรับประทานอาหารที่มีปริมาณที่เหมาะสมและหลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่เหมาะสมกับภาวะหัวใจวาย เช่น กาแฟ ชา เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และปริมาณน้ำให้สมดุลกับภาวะหัวใจวาย มีข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ โดยมีคำถามเชิงลบ ข้อ 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16 และ 17 ส่วนข้อ 1, 15, 18, 19, 20 และ 21 เป็นข้อคำถามเชิงบวก มีลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานแบบประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นน้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง
ปฏิบัติปานกลาง	หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นสัปดาห์ละ 4-5 ครั้ง
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมากกว่าสัปดาห์ละ 5 ครั้ง
ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นประจำทุกวันในหนึ่งสัปดาห์

เกณฑ์การให้คะแนนแบบสัมพัทธ์พฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม มีดังนี้

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	1	5
ปฏิบัติบางครั้ง	2	4
ปฏิบัติปานกลาง	3	3
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	4	2
ปฏิบัติเป็นประจำ	5	1

การแปลผลคะแนนแบบสัมพัทธ์พฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม พิจารณาจากคะแนนรวมของพฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม แล้วใช้วิธีการหาอันตรภาคชั้น 3 ระดับและแปลผลคะแนน ดังนี้

1-35	คะแนน	หมายถึง	มีพฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม อยู่ในระดับต่ำ
36-70	คะแนน	หมายถึง	มีพฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม อยู่ในระดับปานกลาง
71-105	คะแนน	หมายถึง	มีพฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้า ใช้แบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้าของ พัชรวรรณ ศรีคง (2553) ที่ดัดแปลงมาจากแบบสอบถาม Beck Depression Inventory (BDI) ของ Beck (1967) มีจำนวนทั้งหมด 18 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นแบบการประมาณค่า 4 ระดับ แต่ละข้อมีความหมาย ดังนี้

ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0 คะแนน) หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน
ในขณะนี้

มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (1 คะแนน) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของ
ท่านเล็กน้อยในขณะนี้

มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (2 คะแนน) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของ
ท่านปานกลางในขณะนี้

มีภาวะซึมเศร้ามาก (3 คะแนน) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน
มากในขณะนี้

การแปลผลคะแนนภาวะซึมเศร้า พัชรวรรณ ศรีคง (2553) ได้แบ่งค่าคะแนนภาวะ
ซึมเศร้าเป็น 4 ระดับ ดังนี้

0.00-13.4 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้าหรืออยู่ในระดับปกติ

13.5-26.9 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย

27.0-40.4 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง

40.5-54.0 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับมาก

พัชรวรรณ ศรีคง (2553) ได้นำเครื่องมือแบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้าไปตรวจสอบความ
ตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา
แบบประเมินภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 0.95 และนำแบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้าไปทดลองใช้กับผู้ป่วย
ภาวะหัวใจวายจำนวน 30 ราย หาค่าความเชื่อมั่นอัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.80

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรับประทานอาหารเฉพาะ โรคและจำกัดน้ำตาลที่
ผู้วิจัยได้ดัดแปลงขึ้น ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญ
เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย 2 ท่าน และพยาบาลที่มีความชำนาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย
ภาวะหัวใจวาย 2 ท่าน หลังจากนั้นจะนำผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มาคำนวณหาค่าดัชนี

ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การรับประทานอาหารเฉพาะ โรคและจำกัดน้ำดื่มมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและ ภายใต้อำนาจแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.95

สำหรับแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติหน้าที่ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของโรค และ แบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้าได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหามาแล้วและพบว่ามีคุณภาพดี (CVI > .80) (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2553) จึงไม่ได้นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาอีก

การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติหน้าที่ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของโรค แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมรับประทานอาหารเฉพาะ โรคและจำกัดน้ำดื่ม และแบบสัมภาษณ์ภาวะ ซึมเศร้าไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ที่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนคร- ศรีอยุธยาที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นอัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ 0.93, 0.90, 0.78 และ 0.80 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือ การวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เมื่อผ่านการพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว เพื่อ ชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับ และขอความร่วมมือใน การทำวิจัยและชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ วัตถุประสงค์และขั้นตอนในการวิจัย และสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้ ลงนามยินยอม โดยไม่มีการบังคับ กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจาก การวิจัยได้ตลอดเวลาไม่ต้องอธิบายเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ คำตอบจากแบบสัมภาษณ์หรือข้อมูลทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูล และการพิมพ์ เผยแพร่จะกระทำในภาพรวมตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น ในระหว่างการเก็บรวบรวม ข้อมูลหากกลุ่มตัวอย่าง ไม่พร้อมในการสัมภาษณ์ก็ให้แจ้งผู้วิจัยทราบทันทีหรือผู้วิจัยสังเกตเห็นว่า ของกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติต่าง ๆ เช่น หายใจเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก เจ็บแน่นหน้าอก หน้ามืด เป็นต้น ก็จะให้กลุ่มตัวอย่างยุติการสัมภาษณ์ทันที และให้การพยาบาลจนกระทั่งกลุ่ม ตัวอย่างมีอาการทุเลา และประสานงานกับพยาบาลในห้องตรวจเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล การรักษาตามมาตรฐานของโรงพยาบาล และเมื่อพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีภาวะซึมเศร้า

เกิดขึ้น ผู้วิจัยได้ประสานงานกับพยาบาลหน้าห้องตรวจเพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง ได้รับการดูแล การรักษา ภาวะซึมเศร้าตามมาตรฐานของโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ต่อไป

วิธีการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอนตามลำดับ ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อขออนุญาตเข้าทำการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการและคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัย โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยาแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกวันด้วยตนเอง ที่แผนกผู้ป่วยนอกจากกลุ่มตัวอย่างรายคนที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่าง โดยไม่ใช้กลุ่มตัวอย่างเดียวกันกับการหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ
4. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างรายคน ที่มาติดตามการตรวจรักษา ที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยไม่ซ้ำรายเดิม หลังจากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
5. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่างเป็นรายคน ในช่วงก่อนแพทย์ทำการตรวจรักษาในช่วงเวลาประมาณ 07.00-10.00 น. โดยใช้สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นห้องตรวจที่ว่าง แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อป้องกันการรบกวนจากภายนอกในขณะที่สัมภาษณ์ โดยใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที ระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสังเกตอาการของกลุ่มตัวอย่าง ถ้าพบมีอาการเหนื่อย หายใจลำบาก หรือแน่นหน้าอก ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างหยุดพัก พร้อมรายงานพยาบาลหน้าห้องตรวจเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ก่อนและยุติการสัมภาษณ์
6. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา ระยะการเจ็บป่วยจากภาวะหัวใจวาย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจวายในที่ผ่านมา นำมาวิเคราะห์ด้วยนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์คะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรค การปฏิบัติหน้าที่ พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม และภาวะซึมเศร้ากับการปฏิบัติหน้าที่โดยใช้สถิติโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย จำนวน 80 ราย ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2557 ผลการวิจัยนำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยภาวะหัวใจวายและจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะหัวใจวายภายใน 1 ปี

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม ภาวะซึมเศร้าและการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับเข้มารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยภาวะหัวใจวาย และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะหัวใจวายภายใน 1 ปี ($n = 80$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	45	56.25
หญิง	35	43.75
อายุ (ปี) (Min = 21, Max = 60, $M = 48.10$, $SD = 11.03$)		
21-30 ปี	8	10.00
31-40 ปี	8	10.00
41-50 ปี	23	28.75
51-60 ปี	41	51.25
สถานภาพ		
โสด	14	17.50
สมรส	64	80.00
หย่าร้าง/ หม้าย	2	2.50
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	2	2.50
ประถมศึกษา	39	48.75
มัธยมศึกษา	25	31.25
ประกาศนียบัตร/ อนุปริญญา	8	10.00
ปริญญาตรี	6	7.50
อาชีพ		
เกษตรกร	9	11.25
ทำงานบ้าน	8	10.00
รับจ้าง	29	36.25
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	7	8.75

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ (ต่อ)		
ค้าขาย	9	11.25
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8	10.00
ทำธุรกิจส่วนตัว	3	3.75
อื่น ๆ	7	8.75
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว (บาท) (Min = 3,000, Max = 50,000, $M = 19,150.50$, $SD = 9230.76$)		
น้อยกว่า 5,000 บาท	4	5.00
5,001-10,000 บาท	14	17.50
10,001-15,000 บาท	15	18.75
15,001-20,000 บาท	17	21.25
20,001-25,000 บาท	11	13.75
25,001-30,000 บาท	14	17.50
มากกว่า 30,001 บาทขึ้นไป	5	6.75
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยภาวะหัวใจวาย (ปี) ($M = 2.00$, $SD = 1.61$)		
น้อยกว่า 1 ปี	24	30.00
1-2 ปี	29	36.25
3-4 ปี	22	27.50
มากกว่า 5 ปี	5	6.25
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะหัวใจวายภายใน 1 ปี ($M = 2.60$, $SD = 1.57$)		
1 ครั้ง	15	18.75
2 ครั้ง	38	47.50
3 ครั้ง	9	11.25
4 ครั้ง	11	13.75
มากกว่า 5 ครั้ง	7	8.75

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 56.25 เพศหญิง ร้อยละ 43.75 ส่วนใหญ่มีอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 51.25 ($M = 48.10$, $SD = 11.03$) สถานภาพสมรส ร้อยละ 80.0

จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 48.75 รองลงมาคือจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 31.25 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 36.3 รองลงมาคือประกอบอาชีพเกษตรกรรมและค้าขาย ร้อยละ 11.25 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว 15,001-20,000 บาท ร้อยละ 21.25 ($M=19,150.50$, $SD=9230.76$) รองลงมาคือมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 18.75 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 17.50 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยภาวะหัวใจวาย 1-2 ปี ร้อยละ 36.25 ($M=2.00$, $SD=1.61$) รองลงมาคือน้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 30.00 และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาดูแลด้วยภาวะหัวใจวาย 2 ครั้ง ภายใน 1 ปี ร้อยละ 47.50 ($M=2.60$, $SD=1.57$) รองลงมาคือเข้ารับการรักษาดูแลด้วยภาวะหัวใจวาย 1 ครั้งภายใน 1 ปี ร้อยละ 18.75

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

การปฏิบัติหน้าที่ประเมินตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง สามารถแบ่งได้เป็น 6 ด้านได้แก่ การดูแลร่างกาย การดูแลกิจการภายในบ้าน การออกกกำลังกาย การพักผ่อนและนันทนาการ กิจกรรมทางจิตวิญญาณ และกิจกรรมทางสังคม ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการปฏิบัติหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายด้าน ($n=80$)

การปฏิบัติหน้าที่	ช่วงคะแนน		<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับการปฏิบัติหน้าที่
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าจริง			
โดยรวม	1.00-4.00	1.75-3.97	3.21	0.49	ปานกลางค่อนข้างสูง
ด้านการดูแลร่างกาย	1.00-4.00	1.40-4.00	3.81	0.43	สูง
ด้านการดูแลกิจการในบ้าน	1.00-4.00	1.13-4.00	2.94	0.62	ปานกลางค่อนข้างสูง
ด้านการออกกกำลังกาย	1.00-4.00	1.20-4.00	3.00	0.64	ปานกลางค่อนข้างสูง
ด้านการพักผ่อนและนันทนาการ	1.00-4.00	1.00-4.00	3.45	0.55	สูง
ด้านกิจกรรมทางจิตวิญญาณ	1.00-4.00	1.00-4.00	3.12	0.76	ปานกลางค่อนข้างสูง
ด้านกิจกรรมทางสังคม	1.00-4.00	1.20-4.00	3.06	0.64	ปานกลางค่อนข้างสูง

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติหน้าที่โดยรวมอยู่ในช่วง 1.00-4.00 คะแนน อยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง ($M = 3.21, SD = 0.49$) เมื่อพิจารณาการปฏิบัติหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่างรายด้าน พบว่า การปฏิบัติหน้าที่ด้านการดูแลร่างกายอยู่ในระดับสูง ($M = 3.81, SD = 0.43$) รองลงมาการปฏิบัติหน้าที่ด้านการพักผ่อนและนันทนาการอยู่ในระดับสูง ($M = 3.45, SD = 0.55$) และการปฏิบัติหน้าที่ด้านการดูแลกิจการภายในบ้านมีค่าเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง ($M = 2.94, SD = 0.62$)

ตารางที่ 3 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ($n = 80$)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน		<i>M</i>	<i>SD</i>	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
	ค่าเป็นไปได้	ค่าจริง				
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.00-180.0	45.0-145.0	93.37	22.07		
ระดับต่ำ					9	11.25
ระดับปานกลาง					54	67.50
ระดับสูง					17	21.25
พฤติกรรมกรรับประทาน อาหารเฉพาะโรคและจำกัด น้ำดื่ม	0.00-105.0	30.0-78.0	56.67	12.01		
ระดับต่ำ					4	5.00
ระดับปานกลาง					60	75.00
ระดับสูง					16	20.00
ภาวะซึมเศร้า	0.00-54.0	3.0-49.0	12.28	6.21		
ไม่มีภาวะซึมเศร้า					54	67.50
มีภาวะซึมเศร้า					26	32.50
ระดับต่ำ					25	31.25
ระดับสูง					1	1.25

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยรวม ($M = 93.37, SD = 22.07$) อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.50 คะแนนพฤติกรรม

การรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่มโดยรวม ($M = 56.67$, $SD = 12.01$) อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.00 และคะแนนภาวะซึมเศร้า ($M = 12.28$, $SD = 6.21$) พบว่า ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 67.5

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม ภาวะซึมเศร้าและการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับเข้มารักษาน้ำในโรงพยาบาล

ก่อนการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม ภาวะซึมเศร้าและการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับเข้มารักษาน้ำใน โรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบการกระจายของข้อมูลของตัวแปรต่าง ๆ ตามข้อตกลงเบื้องต้น แสดงผลดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า Skewness, ค่า SD Skewness, ค่า Fisher's coefficients การรับรู้ความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค และจำกัดน้ำดื่ม ภาวะซึมเศร้าและการปฏิบัติหน้าที่การปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายกลับเข้มารักษาน้ำในโรงพยาบาล ($n = 80$)

ตัวแปร	Skewness	SD Skewness	Fisher's Coefficients
การปฏิบัติหน้าที่	-0.71	0.27	-2.62
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.57	0.27	2.11
พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม	-0.13	0.27	-0.48
ภาวะซึมเศร้า	2.64	0.27	9.78

จากตารางที่ 4 เมื่อนำข้อมูลมาทำการทดสอบการกระจายของข้อมูล โดยหาค่า Fisher's coefficients พบว่า ข้อมูลมีความเบ้มากกว่า ± 1.96 ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์โดยใช้ Pearson's product moment correlation coefficient ดังนั้น จึงวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient) ผลดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการรับประทานอาหาร เฉพาะ โรคและจำกัดน้ำดื่ม ภาวะซึมเศร้า และการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย กลับเข้มารักษาศ้าในโรงพยาบาล (n = 80)

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน	P - value
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.33	.003
พฤติกรรมการรับประทานอาหาร เฉพาะ โรคและจำกัดน้ำดื่ม	0.36	.001
ภาวะซึมเศร้า	-0.45	< .001

จากตารางที่ 5 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายกลับเข้มารักษาศ้าในโรงพยาบาล ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($r_s = .33, p = .003$) พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะ โรคและจำกัดน้ำดื่ม ($r_s = .36, p = .001$) และภาวะซึมเศร้า ($r_s = -.45, p < .001$)

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับมารักษาย้ำในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายจำนวน 80 ราย ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา คัดเลือกตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน ถึงวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2557 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล การปฏิบัติหน้าที่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม และภาวะซึมเศร้าได้ค่าความเชื่อมั่นอัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.93, 0.90, 0.78 และ 0.80 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปได้ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.25 มีอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 51.25 ($M = 48.10, SD = 11.03$) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 80.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 48.75 รองลงมาจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 31.25 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 36.25 รองลงมาคือประกอบอาชีพเกษตรกรและค้าขาย ร้อยละ 11.25 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว 15,001-20,000 บาท ร้อยละ 21.25 ($M = 19,150.50, SD = 9230.76$) รองลงมาคือมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 18.75 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 17.5 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยภาวะหัวใจวาย 1-2 ปี ร้อยละ 36.25 ($M = 2.00, SD = 1.61$) รองลงมาคือน้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 30 และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะหัวใจวาย 2 ครั้งภายใน 1 ปี ร้อยละ 47.5 ($M = 2.60, SD = 1.57$) รองลงมาคือเข้ารับการรักษาด้วยภาวะหัวใจวาย 1 ครั้งภายใน 1 ปี ร้อยละ 18.75
2. ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีการปฏิบัติหน้าที่โดยรวม อยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง ($M = 3.21, SD = 0.49$)
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับมารักษาย้ำในโรงพยาบาล ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($r_s = .33,$

$p = .003$) พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม ($r_s = .36, p = .001$) และภาวะซีมเศร้า ($r_s = -.45, p < .001$)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษานำมาอภิปรายผล ได้ดังนี้

1. การปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.25 มีคะแนนการปฏิบัติหน้าที่โดยรวม อยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง ($M = 3.21, SD = 0.49$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Riedinger et al. (2001) และ Song et al. (2009) ที่พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเพศชายจะมีการดูแลตนเอง การทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดีกว่าเพศหญิง และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 51.25 ($M = 48.10, SD = 11.03$) ถ้าผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีอายุมากขึ้น จะทำให้การปฏิบัติหน้าที่หรือการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของร่างกายลดลง (Hou, et al., 2004) กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยด้วยภาวะหัวใจวาย 1-2 ปี ร้อยละ 36.25 ($M = 2.00, SD = 1.61$) และมีจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะหัวใจวายภายใน 1 ปี ถึงร้อยละ 47.5 ($M = 2.60, SD = 1.57$) ซึ่งระยะเวลาการเจ็บป่วยร่วมกับประสบการณ์ที่ผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล อาจทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายได้เรียนรู้ เข้าใจเกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วยของตนเอง และรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้สามารถปรับตัวและหาวิธีการจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเอง ซึ่ง Diefenbach and Leventhal (1996) เชื่อว่า เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ มีความเข้าใจประสบการณ์ความเจ็บป่วยของตนเอง และหาวิธีการจัดการความเจ็บป่วย ส่งผลให้มีการปฏิบัติตามวิธีการรักษาหรือปรับพฤติกรรมในการควบคุมโรค ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก บวม ไอ ซึ่งเป็นการรับรู้การเจ็บป่วยของตนเองว่ามีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจวายที่เพิ่มขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวและหาวิธีการจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเอง โดยปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของตนเองลดลง (Armola & Topp, 2001; Zaya, Phan, & Schwarz, 2012) การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับ Song et al. (2009) ที่พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่มีอาการทางด้านร่างกายจะทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายลดลงและไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Norberg et al. (2008) พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายร้อยละ 75 ที่มีการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง จะไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการรับประทานอาหาร เฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม และภาวะซึมเศร้ากับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

จากผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .33, p = .003$) หมายถึงเมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคสูงขึ้นจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ หรือปฏิบัติหน้าที่ได้เพิ่มขึ้น เนื่องจากการรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นการรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง มีการรับรู้ข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ จากประสบการณ์ความเจ็บป่วยของตนเอง และหาวิธีการจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเอง ส่งผลให้มีการปฏิบัติตามวิธีการรักษาหรือมีการปรับพฤติกรรมในการควบคุมโรคที่ถูกต้อง (Diefenbach & Leventhal, 1996) ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายสามารถประเมินระดับความรุนแรงได้จากอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นกับตนเอง เช่น อาการเหนื่อยหอบ ไอ บวมและความทนในการทำกิจกรรม (จิราภรณ์ มีชูสิน, 2552; Riegel et al., 2000) ผลการศึกษาคั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.5 นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างมีการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจวาย 2 ครั้งภายใน 1 ปี ถึงร้อยละ 47.5 ซึ่งระยะเวลาของการเจ็บป่วยและประสบการณ์ที่ต้องกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง จะทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเรียนรู้การเจ็บป่วยและหาวิธีการจัดการกับความเจ็บป่วยของภาวะหัวใจวายที่ถูกต้อง รวมถึงนำประสบการณ์ความเจ็บป่วย ไปจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเอง (Diefenbach & Leventhal, 1996) การศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ วันทนา มณีศิลป์ (2543) ที่พบว่า เมื่อผู้ป่วยโรคคลื่นหัวใจมีการรับรู้อาการเหนื่อยหอบของตนเอง ผู้ป่วยจะไม่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถทำงานต่อได้และหยุดทำกิจกรรมต่าง ๆ ในที่สุด และสอดคล้องกับการศึกษาของ Caruana et al. (2000) ที่พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเมื่อมีอาการเหนื่อยหอบขณะได้ออกแรง จะหลีกเลี่ยงที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ถึงร้อยละ 92 และผู้ป่วยร้อยละ 94 จะหยุดทำกิจกรรมทันทีเมื่อมีอาการหายใจลำบากร่วมกับอาการอ่อนเพลียในระหว่างการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ถ้าผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่ถูกต้องจะสามารถควบคุมความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย ลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ (Byrne et al., 2005)

พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและการจำกัดน้ำดื่มมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .36, p = .001$) หมายถึงเมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและการจำกัดน้ำดื่มที่ถูกต้อง จะทำให้การปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเพิ่มขึ้น จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำตาล โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 56.67, SD = 12.01$) และมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำตาลที่ถูกต้อง เช่น รับประทานอาหารมีโซเดียมต่ำ ลดการรับประทานมีอาหารรสเค็ม ลดอาหารที่มีไขมันสูง ลดอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง หลีกเลี่ยงชา กาแฟ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจวายเพิ่มมากขึ้น และการจำกัดปริมาณน้ำตาลตามแผนการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายสามารถควบคุมระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจวายได้โดยปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำตาลให้ถูกต้อง ทำให้ลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และลดการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Diefenbach and Leventhal (1996) พบว่า เมื่อผู้ป่วยรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง รับรู้ข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ จากประสบการณ์ความเจ็บป่วยของตนเองและนำมาหาวิธีการจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายสามารถปรับพฤติกรรมในการควบคุมโรคอย่างถูกต้องเหมาะสม และสอดคล้องกับการศึกษาของ Carlson et al. (2001) พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายร้อยละ 26.1 มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค โดยรับประทานอาหารที่จำกัดโซเดียม ไขมัน และลดอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง ทำให้ความรุนแรงของโรคลดลง ทำให้มีการปฏิบัติกิจกรรมหรือการปฏิบัติหน้าที่ที่ดีตามมาและลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.45, p < .001$) หมายถึง เมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงจะทำให้ผู้ป่วยมีคะแนนการปฏิบัติหน้าที่ของตนเองเพิ่มขึ้น การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ($M = 12.28, SD = 6.21$) โดยกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 32.6 มีคะแนนภาวะซึมเศร้า อยู่ในระดับระดับต่ำถึงร้อยละ 31.3 และมีคะแนนภาวะซึมเศร้าระดับสูงร้อยละ 1.3 การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ จันท์เพ็ญ สมโน (2551) ที่พบว่า เมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเกิดภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยจะไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ไม่มาพบแพทย์ตามนัด รวมไปถึงไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจวายเพิ่มขึ้นและการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงตามมา การศึกษาของ Tsay and Chao (2002) ยังพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย และจากการศึกษาของ พัทธชนก วิถีธรรมศักดิ์ (2553) ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ($r = -.653, p < .01$)

จากการศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำตาล และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับ

การปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับแนวคิดสามัญสำนึกเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของ Diefenbach and Leventhal (1996) ที่เชื่อว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยหรือการรับรู้เกี่ยวกับโรคของแต่ละบุคคล ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ จากประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเอง แล้วนำมาคิดค้นหาวิธีการจัดการความเจ็บป่วยของตนเอง ช่วยลดความรุนแรงของโรคและลดการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษารั้งนี้ มีดังนี้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลและบุคคลกรทางสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายควรส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยการสังเกตอาการที่เกิดขึ้นกับตนเอง ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจพฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่มที่ถูกต้อง วิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีความรู้ ความเข้าใจตระหนักถึงภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง เพื่อเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่และลดการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

2. ด้านการบริหารการพยาบาล

ผู้บริหารพยาบาลควรส่งเสริมให้บุคลากรทางสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย มีการพัฒนาเพิ่มเติมความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค พฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม และภาวะซึมเศร้าที่สามารถลดความรุนแรงของโรค ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

3. ด้านการศึกษาพยาบาล

พยาบาลและบุคคลกรทางสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยที่ได้เป็นตัวอย่างในการเรียนการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย โดยเน้นให้เห็นความสำคัญของการรับรู้ความรุนแรงของโรค พฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม ภาวะซึมเศร้าที่มีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่และการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

4. ด้านการวิจัย

พยาบาลและบุคคลกรทางสุขภาพสามารถนำผลวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป เช่น การสร้างและพัฒนารูปแบบการให้บริการเพื่อการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย การจัด

โปรแกรมส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่ โดยใช้การรับรู้ความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการรับประทาน อาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม และภาวะซึมเศร้า เป็นประเด็นหลักในการทำวิจัย และควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายโดยใช้การรับรู้ความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค และจำกัดน้ำดื่ม และภาวะซึมเศร้า เป็นตัวแปรในการทำนายการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจ วาย เพื่อลดและป้องกันการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

บรรณานุกรม

- กรมการแพทย์ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *สถิติโรค*. เข้าถึงได้จาก <http://203.157.32.40/statreport/Report%20Ver2.pdf>
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *สถิติโรคหัวใจ*. เข้าถึงได้จาก <http://www.dms.moph.go.th>
- กรมสุขภาพจิต. (2546). *โรคซึมเศร้า: ภาวะซึมเศร้า*. เข้าถึงได้จาก <http://www.dmh.go.th>
- ขจร เพ็ญสุพรรณ. (2545). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จอม สุวรรณโณ, เรวดี เพชรศิริลักษณ์, ปุณยวีร์ ประเสริฐไทย, วงรัตน์ ไสสุข และอรุณศรี จันทร์ประดิษฐ์. (2551). การดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาล*, 23(1), 35-47.
- จันทร์เพ็ญ สมโน. (2551). *ความร่วมมือในการรักษาและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลเชียงใหม่ราม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ. (2555). *บทบาทพยาบาลกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย*. *วารสารการพยาบาล*, 27(1), 13-24.
- จารุวรรณ นุ่นลอย. (2552). *ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุน และให้ความรู้ต่อ ความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จิราภรณ์ มีชูสิน. (2552). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เจนเนตร พลเพชร. (2546). *พฤติกรรมสุขภาพและระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังการจำหน่าย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้*. *วารสารการพยาบาล*, 52(2), 122-134.

- ณิภา เดชอุดมไพศาล. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการทำหน้าที่ทางร่างกายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ดารณี จามจุรี. (2547). ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในชุมชน. นนทบุรี: สามเจริญพานิชย์.
- คุจใจ ชัยวานิชศิริ. (2546). ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (2553). ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูเออนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ปราณี กาญจนวรวงศ์. (2550). บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยโรคหัวใจ. วารสารพยาบาลศาสตร์, 25(1), 24-34.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2552). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (พิมพ์ครั้งที่ 6). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. (2555). สถิติผู้ป่วยใน โรคหัวใจวาย. พระนครศรีอยุธยา: โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา.
- พวงศกา กรีทอง. (2550). โมเดลเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตผู้ที่มีภาวะหัวใจวาย. คุญฉินิพนธ์พยาบาลศาสตรคุญฉินิพนธ์, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชรวรรณ ศรีคง. (2553). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัทธ์ชนก วิถีธรรมศักดิ์. (2553). ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พิมพ์ใจ อนุจะโปะ. (2547). ผลของโปรแกรมการเดินออกกำลังกายต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ไพศาล ลิละชัยกุล. (2550). พยาธิวิทยาของระบบไหลเวียนโลหิต หัวใจและหลอดเลือด. ใน ชำรงจิรัชยาเวช (บรรณาธิการ), พยาธิวิทยาภายในภาค เล่ม 1 (หน้า 148-293). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา.

- เขาวภา บุญเที่ยง. (2545). *การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพ และการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุหัวใจวายเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รพีพันธุ์ สุ่มหิรัญ. (2552). *การทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการเพื่อลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์. (2547). *แนวทางการวินิจฉัยและรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวชนิดเรื้อรัง*. ใน อภิชาติ สุคนธสรณ์ และศรีณีย์ ควรประเสริฐ (บรรณาธิการ), *Heart: Cardiac diagnosis and treatment* (หน้า 316-335; พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: ไอเอ็นดีดี.
- รัตติยา ทองอ่อน. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการรับประทานยาและการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายในผู้ป่วยหัวใจวาย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รุ่งทิพา ไชยวงศ์. (2542). *วิธีการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- วรรณิ จิวลีพงษ์. (2550). *ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะการณที่ทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในจังหวัดนครสวรรค์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วันทนา มณีศิลป์. (2543). *ประสบการณ์เหนื่อยหอบ ผลของการเหนื่อยหอบและวิธีการจัดการกับอาการเหนื่อยหอบของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิริยะ สัมปทานกุล. (2542). *ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการจัดการของครอบครัวในการดูแลต่อที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- วิศาล คันธารัตนกุล. (2543). เวชศาสตร์ฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคหัวใจ ในวิศาล คันธารัตนกุล และภริส วงศ์แพทย์ (บรรณาธิการ), *คู่มือเวชศาสตร์ฟื้นฟู* (หน้า 305-317; พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร. (2545). *ความหวัง ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริวัฒน์ วัฒนสินธุ์. (2552). *การพยาบาลผู้ป่วยระบบหัวใจและหลอดเลือด* (พิมพ์ครั้งที่ 8). ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์.
- สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. (2550). หัวใจล้มเหลว (Heart failure). ใน วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ), *ตำราอายุรศาสตร์ 4* (หน้า 202-218; พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย. (2551). *แนวทางการปฏิบัติมาตรฐานเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว*. เข้าถึงได้จาก http://www.thaiheart.org/images/column_1291454908/CHFGuideline.pdf
- สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล*. เข้าถึงได้จาก http://www.nursing.go.th/?page_id=2489
- สุรัชย์ กอบเกื้อชัยพงษ์. (2556). การศึกษาหาปัจจัยของการกลับมาอนช้ำในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว หลังจากออกโรงพยาบาลภายใน 28 วันในโรงพยาบาลสระบุรี. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 30(1), 35-46.
- หน่วยเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. (2555). *สถิติผู้ป่วยหัวใจวาย*. พระนครศรีอยุธยา: โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา.
- อภิชาติ สุคนธสรพ์ และรังสฤษฏ์ กาญจนะวณิชย์. (2547). *Heart failure*. เชียงใหม่: ไอแอม ออร์เกไนเซอร์แอนด์แอดเวอร์ไทซิง.
- อภิชาติ สุคนธสรพ์. (2547). *Heart: Cardiac diagnosis and treatment* (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: ไอแอมออร์เกไนเซอร์แอนด์แอดเวอร์ไทซิง.
- อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์. (2550). *พฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

- Alexy, B. B., Elnitsky, C. A., & Nichols, B. S. (1996). Hospital readmissions for rural elderly 1992-1993. *Journal of Nursing Administration, 26*(11), 10-16.
- Allen, J. K., Becker, D. M., & Swank, M. A. (1990). Factors related to functional status after coronary artery bypass surgery. *Heart Lung, 19*(4), 337-343.
- American College of Sport Medicine. (2007). Physical activity and public health update recommendation for adults. *Circulation, 116*(9), 1081-1093.
- American Heart Association. (2009). 2009 focused update incorporated into the ACC/ AHA 2005 guidelines for the diagnosis and management of heart failure in adults. *Circulation, 119*, e391-e479.
- Anderson, M. A., Levens, J., Dusio, N. E., Brvant, P. J., Brown, S. M., Burr, C. M., & Brown-Benn, C. (2006). Evidenced-based factors in readmission of aatients with heart failure. *Journal of Nursing Care Quality, 21*, 160-167.
- Armola, R. R., & Topp, R. (2001). Variable that discriminate length of stay and readmission within 30 day among heart failure patient. *Lippincott's Case Management, 6*(6), 246-255.
- Artinian, N. T., Magnan, M., Sloan, M., & Lange, M. P. (2002). Self-care behaviors among patients with heart failure. *Heart Lung, 31*(3), 161-172.
- Ashton C. M., & Wray, N. P. (1996). A conceptual framework for the study of early readmission as an indicator of quality of care. *Social Science & Medicine, 43*(11), 1533-1541.
- Barbara, R., & Terri, W. (2009). Poor sleep and impaired self-care: Towards a comprehensive model linking sleep, cognitive, and heart failure outcomes. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 8*(5), 337-344.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical experimental and theoretical aspects*. New York: Hoeber Medical Division.
- Bekelman, D. B., Havranex, E. P., Becker, D. M., Kutner, J. S., Peterson, P. N., & Wittatein, I. S. (2007). Symptom depression, and quality of life in patients with heart failure. *Journal of Cardiac Failure, 13*(8), 643-648.
- Bennett, S. J., Cordes, K. D., Westmoreland, G., Castor, R., & Donnelly, E. (2000). Self-care strategies for symptom management in patients with chronic heart failure. *Nursing Research, 49*(2), 139-145.

- Bennett, S. J., Perkins, S. M., Lane, K. A., Deer, M., Brater, D. C., & Murray, M. D. (2001). Social support and health-related quality of life in chronic heart failure patients. *Quality of Life Research, 10*, 671-682.
- Bibbins-Domingo, K., Chertow, G. M., Coxson, P. G., Moran, A., Lightwood, J. M., Pletcher, M. J., & Goldman, L. (2010). Projected effect of dietary salt reductions on future cardiovascular disease. *The New England Journal of Medicine, 362*, 590-599.
- British Columbia Ministry of Health Services. (2008). *Guidelines & protocols heart failure care*. Retrieved from http://www.bcguidelines.ca/guideline_heart_failure_care.html.
- Brozena, S., & Jessup, M. (2003). The new staging system for heart failure. *Geriatics, 56*(8), 31-36.
- Byrne, M., Waish, J., & Murphy, A. (2005). Secondary prevention of coronary heart disease: Patient beliefs and health-related behavior. *Journal Psychosomatic Research, 58*(12), 403-445.
- Carels, R. A. (2004). The association between disease severity, functional status, depression and daily quality of life in congestive heart failure patients. *Quality of Life Research, 13*, 63-72.
- Carlson, B., Riegel, B., & Moser, D. K. (2001). Self-care abilities of patients with heart failure. *Heart Lung, 30*(5), 351-359.
- Caruana, L., Petrie, M. C., Davie, A. P., & McMurray, J. J. V. (2000). Do patients with suspected heart failure and preserved left ventricular systolic function suffer from diastolic heart failure or from misdiagnosis a prospective descriptive study. *British Medical Journal, 321*(7255), 215-218.
- Colonna, P., Sorino, M., Agostino, C., Bovenzi, F., Luca, L. D., Arrigo, F., & Luca, I. D. (2003). Nonpharmacologic care of heart failure: Counseling, dietary restriction, rehabilitation, treatment of sleep apnea, and ultrafiltration. *The American Journal of Cardiology, 91*(9), 41-50.
- De Jong, M. J., Moser, D. K., & Chung, M. L. (2004). Anxiety, depression, and functional status are the best predictors of health status for patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 4*, 54.

- De Jong, M. J., Moser, D. K., & Chung, M. L. (2005). Predictor of health status for heart Failure patients. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 20(4), 155-162.
- Desai, A. S., & Stevenson, L. W. (2012). Rehospitalization for heart failure: predict or prevent?. *Circulation*, 126, 501-506.
- Diefenbach, M. A., & Leventhal, H. (1996). The common sense model of illness representation: Theoretical and practical considerations. *Social Distress and the Homeless*, 5(1), 11-38.
- Dodd, M., FAcione, N., Faucett, J., & Froelicher, E. S. (2001). Advancing the science and symptom. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.
- Duncan, K., & Pozehl, B. (2003). Effects of an exercise adherence intervention on outcomes in patients with heart failure. *Rehabilitation Nursing*, 28(4), 117-122.
- Dykes, P. C., Acevedo, K., Boldrighini, J., Boucher, C., Frumento, K., Gray, P., Hall, D., Smith, L., Swallow, A., Yarkoni, A., & Bakken, S. (2005). Clinical practice guideline adherence before and after implementation of the HEARTFELT (HEART Failure Effectiveness & Leadership Team) intervention. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(5), 306-314.
- ESC Committee for Practice Guidelines. (2012). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. *European Heart Journal*, 33, 1787-1847.
- Evangelista, L. S., Doering, L. V., & Dracup, K. (2000). Usefulness of a history of tobacco and alcohol use in predicting multiple heart failure readmissions among veterans. *The American Journal of Cardiology*, 86(12), 1339-1342.
- Fonarow, G. C., Abraham, W. T., Albert, N. M., Stough, W. G., Gheroghiade, M., & Greenberg, B. H. (2008). Factors identified as precipitating hospital admissions for heart failure and clinical outcome. *Archives of Internal Medicine*, 168(8), 847-854.
- Frank, B., & Stromborg, B. (1997). Depressive phenomena, physical symptom distress, and functional status among woman with breast cancer. *Nursing Research*, 46(4), 214-221.
- Grange, J. (2005). The role of nurses in the management of heart failure. *Heart*, 91, ii39-ii42.
- Hamner J. B., & Ellison K. J. (2005). Predictors of hospital readmission after discharge in patients with congestive heart failure. *Heart and Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 34(4), 231-239.

- Heo, S., Doering, L. V., Widener, J., & Moser, D. K. (2008). Predictors and effect of physical symptom status on health-related quality of life in patients with heart failure. *American Journal of Critical Care, 17*(2), 124-132.
- Hou, N., Chui, M. A., Eckert, G. J., Oldridge, N. B., Murray, M. D., & Bennett, S. J. (2004). Relationship of age and sex to health-related quality of life in patients with heart failure. *American Journal of Critical Care, 13*(2), 153-161.
- Jaarsma, T., Abu-Saad, H. H., Dracup, K., & Halfens, R. (2000). Self-care behaviour of patients with heart failure and its limitations. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 14*(2), 112-119.
- Jette, M., Sidney, K., & Blumchen, G. (1990). Metabolic equivalents (METs) in exercise testing, exercise prescription, and evaluation of functional capacity. *Clinical Research in Cardiology, 13*(8), 555-565.
- Kim, S. M., & Han, H. A. (2013). Evidence-based strategies to reduce readmission in patients with heart failure. *The Journal for Nurse Practitioners, 19*(4), 224-232.
- King, I. M. (1981). *A theory for nursing: System, concept, process*. New York: Awiley Medical.
- Krumholz, H. M., Amatruda, J., Smith, G. L., Mattera, J. A., Rounanis, S. A., & Radford, M. J. (2002). Randomized trial of an education and support intervention to prevent readmission of patients with heart failure. *Journal of American College of Cardiology, 39*(1), 83-89.
- Lago, R. J., Noetscher C. M., & Murphy M. P. (2001). Hospital readmission: Predicting the risk. *Journal of Nursing Care Quality, 15*(4), 69-83.
- Lee, D. T. F., Yu, D. S. F., Woo, J., & Thompson, D. R. (2005). Health-related quality of life in patients with congestive heart failure. *The European Journal of Heart Failure, 7*, 419-422.
- Leidy, N. K. (1994). Functional status and the forward progress of merry-go-rounds: Toward a coherent analytical frame-work. *Nursing Research, 43*(4), 196-202.
- Leidy, N. K., & Kneble, A. R. (1999). *In search of parsimony: Reliability and validity of the Functional Inventory-Short Form (FPI-SF)*. Poster presented at the European Respiratory Society. 18 October, 1999, Annual Congress, Madrid, Spain.

- Leidy, N. K., & Kneble, A. R. (2010). In search of parsimony: Reliability and validity of the Functional Inventory-Short Form. *International Journal of COPD*, 5, 415-423.
- Lennie, T. A., Moser, D. K., Heo, S., Chung, M. L., & Zambroski, H. (2006). Factors influencing food intake in patients with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 21, 123-129.
- Loehr, L. R., Rosamond, W. D., Chang, P. P., Folsom A. R., & Chambless L. E. (2008). Heart failure incidence and survival (from the atherosclerosis risk in communities study). *American Journal of Cardiology*, 101, 1016-1022.
- Marwan, N., & Alaa, A. (2012). *Congestive heart failure and public health*. Retrieved from <http://www.cwru.edu/med/epidbio/mphp439/CongHeartFail.pdf>.
- Norberg, E. B., Boman, K., & Lofgren, B. (2008). Activities of daily living for old persons in primary health care with chronic heart failure. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 22(2), 203-210.
- Rabelo, E. R., Aliti, G. B., Domingues, F. B., Ruschel, K. B., & De Oliveira Brun, A. (2007). What to teach to patients with heart failure and why: the role of nurses in heart failure clinics. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(1), 165-170.
- Rerkluenrit, J., Panpakdee, O., Malathum, P., Sandelowski, M., & Tanomsup, S. (2009). Self-care among Thai people with heart failure. *Thai Journal of Nursing Research*, 13, 43-54.
- Riedinger, M. S., Dracup, K. A., Brecht, M. L., Padilla, G., Sarma, L., & Ganz, P. A. (2001). Quality of life in patients with Heart failure: Do gender differences exist. *Heart Lung*, 30(2), 105-116.
- Riegel, B., Cason, B., & Glaser, D. (2000). Development and testing of a clinical tool measuring selfmanagement of heart failure: Heart & Lung: *Journal of Critical Care*, 29(1), 4-15.
- Rockwell, J. M., & Riegel, B. (2001). Predictors of self-care in persons with heart failure. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care*, 30, 18-25.
- Schwarz, K. A., & Elman, C. S. (2003). Identification of factors predictive of hospital readmissions for patients with heart failure. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 32(2), 88-99.
- Siela, D. (2003). Use of self-efficacy and dyspnea perceptions to predict functional performance in people with COPD. *Rehabilitation Nursing*, 28(6), 197-204.

- Smeltzer, S. C., Hinkle, J. L., Bare, B. G., & Cheever, K. H. (2010). Chapter 30 management of patients with complications from heart disease. In Smeltzer, S. C (Ed.), *Textbook of medical-surgical nursing volume 1* (pp. 829; 12th ed.). New York: Wolter Kluwer Health.
- Song, E. K., Moser, D. K., & Lennie, T. A. (2009). Relationship depressive symptoms to the impact of physical symptoms on functional status in women with heart failure. *American Journal of Critical Care, 18*, 348-356.
- Tsay, S. L., & Chao, Y. F. C. (2002). Effects of perceived self-efficacy and functional status on depression in patients with chronic heart failure. *The Journal of Nursing Research, 10*(4), 271-278.
- Vaccarino, V., Kasl, S. V., Abramson, J., & Krumholz, H. M. (2001). Depressive symptoms and risk of functional decline and death in patients with heart failure. *Journal of the American College of Cardiology, 38*(1), 199-205.
- Van der Wal, Martje, H., Jaarsma, T., Moser, D. K., Van Gilst, W. H., & Van Veldhuisen, D. J. (2007). Unraveling the mechanisms for heart failure patients' beliefs about compliance. *Heart & Lung, 36*(4), 253-261.
- Vinson, Y. M., Rich, M. W., Sperry, Y. C., Shah, A. S., & McNamara, T. (1990). Early readmission of elderly patients with congestive heart failure. *Journal of the American Geriatrics Society, 38*(7), 1290-1295.
- Wang, T. J. (2004). Concept analysis of functional status. *International Journal of Nursing Studies, 41*, 457-462.
- Wu, H. Y., Sahadevan, S., & Ding, Y. Y. (2006). Factors associated with functional decline of hospitalized older persons following discharge from an acute geriatric unit. *Annals Academy of Medicine, 35*, 17-23.

- Yancy, C. W., Jessup, M., Bozkurt, B., Butler, J., Casey, D. E., Drazner, M. H., Fonarow, G. C., Geraci, S. A., Horwich, T., Januzzi, J. L., Johnson, M. R., Kasper, E. K., Levy, W. C., Masoudi, F. A., McBride, P. E., McMurray, J. J. V., Mitchell, J. E., Peterson, P. N., Riegel, B., Sam, F., Stevenson, L. W., WilsonTang, W. H., Tsai, E. J., & Wilkoff, B. L. (2013). *2013 ACCF/ AHA guideline for the management of heart failure a report of the American College of Cardiology Foundation/ American Heart Association task force on practice guidelines*. Retrieved from <http://circ.ahajournals.org/content/128/16/e240.extract>.
- 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*(3), 198-206.
- Zaya, M., Phan, A., & Schwarz, E. R. (2012). Predictors of re-hospitalization in patients with chronic heart failure. *World Journal of Cardiology*, *4*(2), 23-30.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย

เรื่อง

รหัส.....

วันที่...../...../.....

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

ที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติหน้าที่
- ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของโรค
- ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม
- ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้า

กรุณาตอบแบบสัมภาษณ์ตามความเป็นจริง และตอบแบบสัมภาษณ์ให้ครบทุกข้อ จึงจะเป็นคำตอบที่สมบูรณ์

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างสูง ที่ได้รับความอนุเคราะห์จากท่านในครั้งนี้

นายนนทกร ดำนงศ์

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย x ลงในวงเล็บหน้าข้อความหรือเติมข้อความในช่องว่างที่ตรงกับข้อมูลของท่านมากที่สุด

1. เพศ () ชาย () หญิง [.....]
2. อายุปี [.....]
3. สถานภาพสมรส [.....]
 - () โสด () สมรส () หย่าร้าง/หม้าย
4. ระดับการศึกษา [.....]
 - () ไม่ได้รับการศึกษา () ประถมศึกษา
 - () มัธยมศึกษา () ประกาศนียบัตรวิชาชีพหรืออนุปริญญา
 - ()ปริญญาตรี () ปริญญาโทหรือสูงกว่า
 - () อื่น ๆ โปรดระบุ.....
5. อาชีพ [.....]
 - () เกษตรกรรม (ทำสวน/ ทำไร่/ ทำนา) () ค้าขาย
 - () ทำงานบ้าน (พ่อบ้าน/ แม่บ้าน) () ทำธุรกิจส่วนตัว
 - () รับจ้าง (ขับรถ/ ทำงานโรงงาน) () รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ
 - () ไม่ได้ประกอบอาชีพ () อื่น ๆ ระบุ.....
6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน.....บาท [.....]
7. ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยภาวะหัวใจวาย.....ปี.....เดือน [.....]
8. จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะหัวใจวาย.....ครั้งภายใน 1 ปี [.....]

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของท่านเกี่ยวกับการดูแลร่างกาย การปฏิบัติกิจกรรมภายในบ้าน การออกกำลังกาย การพักผ่อนและนันทนาการ กิจกรรมทางจิตวิญญาณและกิจกรรมทางสังคมซึ่งเกิดจากการเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจวายในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ขอให้ท่านพิจารณากิจกรรมในแต่ละข้อว่าท่านปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวได้มากน้อยเพียงไร จากนั้นใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดเพียงข้อเดียวและกรุณาตอบคำถามทุกข้อ โดยคำตอบที่ให้มีความหมายดังนี้

- 4 หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้อย่างง่ายดายไม่ลำบาก
 3 หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นด้วยความลำบากเล็กน้อย
 2 หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นด้วยความลำบากมาก
 1 หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นไม่ได้เลยเนื่องจากสุขภาพของท่าน

หากท่านไม่ทำกิจกรรมนั้น ๆ เนื่องจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่ปัญหาสุขภาพ โปรดระบุสาเหตุดังกล่าวในช่องว่าง เช่น ไม่ชอบทำกิจกรรมนั้นไม่เคยทำกิจกรรมนั้นหรือมีผู้อื่นทำกิจกรรมนั้นแทน เป็นต้น

ลำดับ ข้อ	รายการประเมิน	ปฏิบัติกิจกรรมได้...			ปฏิบัติ ไม่ได้ เนื่องจาก ปัญหา สุขภาพ (1)	ไม่ปฏิบัติ เนื่องจาก สาเหตุ อื่น ๆ (โปรด ระบุ)
		ไม่ ลำบาก (4)	ลำบาก เล็กน้อย (3)	ลำบาก มาก (2)		
1.	การดูแลร่างกาย การแต่งตัวและถอดเสื้อผ้า				
2.	การอาบน้ำ				
3.	การดูแลเท้า				
...
...
...
31.	ช่วยเหลือครอบครัว/ เพื่อนในการดูแล ลูกหลาน				
32.	เดินทางไกลเพื่อไปเยี่ยมญาติหรือเพื่อน				

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของโรค

คำชี้แจง โปรดพิจารณาว่าระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยของท่านว่าในข้อความในแต่ละข้อตรงกับ การเปลี่ยนแปลง หรือ อาการในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา แล้วทำเครื่องหมายวงกลม O ลงในช่อง ซึ่งท่านคิดว่าตรงกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับท่านจาก 0 ไม่มีความรุนแรง (0) ไปสู่มีความรุนแรงมาก (10)

ข้อคำถาม											
1. ท่านมีอาการหายใจสั้นขึ้น หายใจไม่ทันขณะพักบ่อยครั้ง											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ไม่รุนแรง										รุนแรงมาก	
2. ท่านมีอาการหายใจสั้นขึ้น หายใจไม่ทันขณะออกกำลังกาย											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ไม่รุนแรง										รุนแรงมาก	
3. ท่านนอนราบไม่ได้นาน ต้องลุกนั่งทำศิริยะสูง											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ไม่รุนแรง										รุนแรงมาก	
.....											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ไม่รุนแรง										รุนแรงมาก	
.....											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ไม่รุนแรง										รุนแรงมาก	
18. เมื่อชั่งน้ำหนัก พบว่ามีน้ำหนักเพิ่มมากกว่า 0.5 - 1 กิโลกรัมใน 1 วัน หรือ (2 กิโลกรัมใน 3 วัน)											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ไม่รุนแรง										รุนแรงมาก	

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรคและการจำกัดน้ำดื่ม

คำชี้แจง ขอให้ท่านพิจารณากิจกรรมในแต่ละข้อว่าท่านปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวได้มากน้อยเพียงไร ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา จากนั้นใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด เพียงข้อเดียว โดยคำตอบทำให้มีความหมายดังนี้

ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง ท่านไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง ท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้น 1-2 วันใน 1 สัปดาห์
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง ท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้น 3-4 วันใน 1 สัปดาห์
ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง	หมายถึง ท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้น 5-6 วันใน 1 สัปดาห์
ปฏิบัติทุกครั้ง	หมายถึง ท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นประจำวัน ทุกวันในหนึ่ง สัปดาห์

ข้อคำถาม	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง	ปฏิบัติทุกครั้ง
1.ท่านเลือกซื้ออาหารที่มีฉลากระบุโซเดียม					
2.ท่านเติมเครื่องปรุงรส/ ซอสปรุงรสในการปรุงอาหาร					
3. ท่านรับประทานปลาร้า ปลาจ่อม					
.....					
.....					
.....					
.....					
20. ท่านจำกัดน้ำดื่มและเครื่องดื่มทุกชนิดตามน้ำหนักตัว จำนวนปีสภาวะ โดย ควบคุมปริมาณน้ำตามที่แพทย์กำหนด					
21. เมื่อท่านดื่มเครื่องดื่มชนิดอื่น ท่านมีการหักลบปริมาณของเครื่องดื่มชนิดนั้นออกจากปริมาณน้ำดื่มทั้งหมดภายใน 1 วัน					

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง แบบสอบถามภาวะซึมเศร้ามีทั้งหมด 18 ข้อกรณำอ่านข้อความในแต่ละข้อแล้วพิจารณาเลือกข้อความที่ตรงกับความคิดหรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด ซึ่งเกิดขึ้นในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันนี้ ให้ท่านอ่านทุกข้อโดยละเอียดก่อนตัดสินใจตอบ คำตอบไม่มีถูกหรือผิด ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย X ลง ใน [.....] ที่อยู่ด้านหน้าของคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด **เพียงข้อเดียว** และกรณำตอบให้ครบทุกข้อคำถาม

1. ท่านรู้สึกเศร้าหรือไม่ [.....]
 - [.....] ไม่รู้สึกเศร้าเลย
 - [.....] รู้สึกเศร้าๆ
 - [.....] รู้สึกเศร้าอยู่ตลอดเวลาและทำให้หายใจไม่ได้
 - [.....] รู้สึกเศร้ามากจนทนไม่ได้
2. ท่านรู้สึกท้อแท้เกี่ยวกับอนาคตหรือไม่ [.....]
 - [.....] ไม่รู้สึกท้อแท้อะไรเกี่ยวกับอนาคต
 - [.....] รู้สึกท้อแท้ใจเกี่ยวกับอนาคต
 - [.....] รู้สึกไม่มีเป้าหมายในอนาคต
 - [.....] รู้สึกว่าอนาคตหมองหวังและไม่มีทางจะดีขึ้นได้
 -
 -
 -
 -
17. ท่านรู้สึกว่าอาการบวมมีผลต่อรูปร่างหน้าตาของท่านหรือไม่ [.....]
 - [.....] ไม่รู้สึกว่าอาการบวมมีผลต่อรูปร่างหน้าตา
 - [.....] รู้สึกว่าอาการบวมมีผลต่อรูปร่างหน้าตาบ้างเล็กน้อย
 - [.....] รู้สึกว่าอาการบวมมีผลต่อรูปร่างหน้าตามาก
 - [.....] รู้สึกว่าอาการบวมมีผลต่อรูปร่างหน้าตามากจนทำให้รู้สึกแะ
18. ขณะนี้ท่านรู้สึกกังวลกับการเจ็บป่วยของท่านมากไหม [.....]
 - [.....] ไม่รู้สึกกังวลกับความเจ็บป่วย
 - [.....] รู้สึกกังวลกับอาการเจ็บป่วยบางอย่าง เช่น นอนราบไม่ได้ บวมตามร่างกาย เป็นต้น
 - [.....] รู้สึกกังวลกับอาการเจ็บป่วยมากจนคิดเรื่องอื่น ๆ ไม่ค่อยได้
 - [.....] รู้สึกกังวลกับอาการเจ็บป่วยมากจนคิดเรื่องอื่น ๆ ไม่ได้เลย

ภาคผนวก ข

เอกสารพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง



เอกสารชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับมา
รักษาซ้ำในโรงพยาบาล

รหัสจริยธรรมการวิจัย 04-07-2557

ชื่อผู้วิจัย นายนนทกร คำนงค์

วัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม และภาวะซึมเศร้ากับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับเข้มารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจวายและมีการกลับเข้มารักษาซ้ำในโรงพยาบาล โดยจะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งสิ้นจำนวน 80 คน ระยะเวลาการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2557 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2557

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ ตอบแบบสัมภาษณ์ของผู้วิจัยจำนวน 5 ส่วน ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติหน้าที่ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของโรค แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค และจำกัดน้ำดื่ม และแบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้า ซึ่งการตอบแบบสอบถามทั้งหมดใช้ระยะเวลาประมาณ 30-45 นาที ระหว่างการตอบแบบสัมภาษณ์หากท่านมีอาการอ่อนเพลีย สามารถพักระหว่างการตอบแบบสัมภาษณ์ได้ และหากมีอาการผิดปกติ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก อาการเหนื่อย หายใจลำบาก เป็นต้น ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างยุติการตอบแบบสัมภาษณ์ทันที พร้อมทั้งประสานงานกับทีมการรักษาพยาบาลในขณะนั้น และได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ก่อน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ก็ได้ หรือแม้ว่าจะเข้าร่วมในการวิจัยแล้วก็สามารถยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล และการให้บริการต่าง ๆ ที่ได้รับ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะถูกเก็บเป็นความลับด้วยการลงรหัส แล้วนำเสนอเป็นสถิติใน

ภาพรวมของการศึกษา จากนั้นข้อมูลจะถูกทำลาย ภายหลังจากตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานไปแล้ว 1 ปี

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันที่ทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามที่ นายนนทกร คำนงค์ หมายเลขโทรศัพท์ 089-900-9569 หรือที่ รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ ดীনาน อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102846 ต่อ 2846 ได้ตลอดเวลา

นายนนทกร คำนงค์

ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา หมายเลขโทรศัพท์ 038-102-823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ หรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับมารักษารักษาในโรงพยาบาล

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย อย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยที่การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้น และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนามพยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นายนันทกร คำนงค์)

ภาคผนวก ค

แบบรายงานผลการพิจารณาโครงการวิจัย และจริยธรรมการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล
Factors Related to Functional Performance Among Rehospitalized Heart Failure Patients

ชื่อนิสิต นายนนทกร คำนงค์

รหัสประจำตัวนิสิต 55920255 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 04 - 07 - 2557

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจวาย จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 80 ราย

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์พระนครศรีอยุธยา

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 13 สิงหาคม พ.ศ.2558

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 13 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2557

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



คณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคนโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

หนังสือรับรองเลขที่ ๐๑๔/๒๕๕๗

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับมารักษาซ้ำ
ในโรงพยาบาล

ชื่อผู้วิจัยหลัก นายนทกร ดำรงค์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

สถานที่ดำเนินการวิจัย โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

เอกสารที่พิจารณา โครงร่างวิจัย

วันที่พิจารณาอนุมัติ

คณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ได้พิจารณาโครงการฉบับภาษาไทยแล้ว
คณะกรรมการฯ พิจารณาอนุมัติในแง่จริยธรรมและให้ดำเนินการวิจัย ข้างต้นภายในโรงพยาบาล
พระนครศรีอยุธยา ทั้งนี้โดยยึดตามเอกสารฉบับภาษาไทยเป็นหลัก

(นายสุรชัย โชคครรชิตไชย)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรม สาขาอายุรกรรม)
รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคน

(นางกิตติยา ประสานวงศ์)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคน

อนุมัติ ณ วันที่ 24 ต.ค. 2557

ภาคผนวก ง
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- | | |
|---|--|
| 1. แพทย์หญิงอรพรรณ อนุไพวรรณ | อายุรแพทย์โรคหัวใจ
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ คิ้วแพง | อาจารย์พยาบาล
กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 3. ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา | อาจารย์พยาบาล
กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 4. คุณโสภิต เกตุพร | นักโภชนาการชำนาญการ
หัวหน้าฝ่ายโภชนาการ
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา |
| 5. คุณอัญชลี คงสมบุญ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
แผนกผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา |