


ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล  
ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

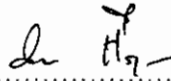
ปารีนุช พรเจริญ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
กรกฎาคม 2558  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา


คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา  
วิทยานิพนธ์ของ ปาริญช พรเจริญ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

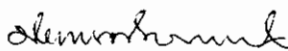
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

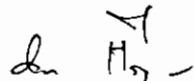
  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิภาวรรณ สามารถกิจ)

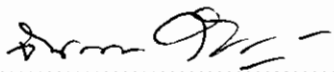
  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาวนา กิริติยวงศ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

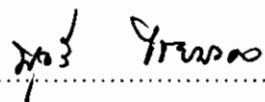
  
.....ประธาน  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล)

  
.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิภาวรรณ สามารถกิจ)

  
.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาวนา กิริติยวงศ์)

  
.....กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพา

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

วันที่ 27 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2558

## ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิภาวรรณ สามารถกิจ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาวนา กิริตยัตวงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ได้เสียสละเวลา ให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความละเอียดและเอาใจใส่ เป็นอย่างดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างมาก จึงขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ และขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญ โณภาสกุล กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ทำให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้แก่ผู้วิจัย ทั้งนี้ยังได้รับความอนุเคราะห์จากท่านผู้อำนวยการ โรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย อายุรกรรม คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และเจ้าหน้าที่งานห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม พร้อมทั้งบุคลากรทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องทุกท่านใน โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี ที่ทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นไปโดยสะดวก รวมทั้งขอขอบพระคุณ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ และเสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม ทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เพื่อนำไปพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยต่อไปในอนาคต

ท้ายที่สุดนี้ ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ที่ปลูกฝังความมานะ อดทน ความพากเพียร ใฝ่รู้ในการศึกษาให้แก่ผู้วิจัย คุณประโยชน์อันใดอันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบเป็นกตัญญู กตเวทิต์แด่บุพการี บูรพาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน ที่ทำให้ผู้วิจัยเป็นผู้มีการศึกษาและประสบความสำเร็จตราบนทุกวันนี้ ตลอดจนขอให้ผลงานที่มีคุณค่านี้เกิดประโยชน์แก่ผู้ร่วมวิชาชีพ ที่จะนำไปพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว หรือผู้ป่วยอื่น ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุขต่อไป

ปาริनुช พรเจริญ

53910239: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้ใหญ่; พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คำสำคัญ: ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล/เพศ/การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม/  
การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล/ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ปาริณูช พรเจริญ: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจาก  
โรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (FACTORS RELATED TO DISCHARGE READINESS  
IN PATIENTS WITH CONGESTIVE HEART FAILURE) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์:  
นิภาวรรณ สามารถกิจ, Ph.D., ภาวนา กิริติยุตวงศ์, Ph.D., 96 หน้า. ปี พ.ศ.2558.

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ การรับรู้การสนับสนุนทาง  
สังคม การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลใน  
ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย  
อายุรกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนพฤษภาคม  
พ.ศ. 2557 จำนวน 90 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล  
แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ แบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนจำหน่าย  
ออกจากโรงพยาบาล และแบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาล ค่าความเชื่อมั่น  
ของแบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษา มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .88, .92 และ .92  
ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติ Point biserial correlations และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์  
ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 54.4 มีการรับรู้การสนับสนุนทาง  
สังคมระดับปานกลาง ( $M = 4.96, SD = 1.13$ ) มีการรับรู้คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจาก  
โรงพยาบาลอยู่ในระดับสูง ( $M = 122.64, SD = 26.54$ ) และมีการรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจาก  
โรงพยาบาลอยู่ในระดับสูง ( $M = 153.82, SD = 23.81$ ) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า เพศไม่มี  
ความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ( $r_{pb} = .35, p > .05$ ) การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์  
ทางบวกกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ( $r = .29, p < .01; r = .58, p < .01$ ตามลำดับ)

ผลการศึกษาครั้งนี้เสนอแนะว่า พยาบาลควรมีการประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจาก  
โรงพยาบาล ประเมินความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยเพื่อวางแผนจำหน่ายโดยการให้ข้อมูลความรู้ที่ตรง  
ตามความต้องการของผู้ป่วยภายหลังออกจากโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เหมาะสมมีความ  
พร้อมที่จะออกจากโรงพยาบาล และสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างต่อเนื่องที่บ้าน

53910239: MAJOR: ADULT NURSING; M.N.S (ADULT NURSING)

KEYWORDS: DISCHARGE READINESS/GENDER/PERCEIVED SOCIAL SUPPORT

DISCHARGE TEACHING/PATIENTS WITH CONGESTIVE HEART  
FAILURE

PARENUCH PONCHAROEN: FACTORS RELATED TO DISCHARGE  
READINESS IN PATIENTS WITH CONGESTIVE HEART FAILURE. ADVISORY

COMMITTEE: NIPHAWAN SAMARTKIT, Ph.D., PAWANA KEERATIYUTAWONG, Ph.D.,  
96 P. 2015.

The purposes of this descriptive correlational research design aimed to analyze the relationships among gender, perceived social support, discharge teaching, and discharge readiness in patients with congestive heart failure. The sample consisted of 90 patients with congestive heart failure who were admitted to the medical department of Kingnarai Hospital Lopburi during February and May, 2014. Data were collected using a demographic questionnaire, Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), the Quality of Discharge Teaching Scale (QDTS), and the Readiness for Hospital Discharge scale (RHDS) used as research instruments. The coefficients of reliability conducted by using Cronbach's alpha of MSPSS, QDTS, RHDS were .88, .92, and .92 respectively. Data were analyzed by using descriptive statistic, Point biserial Correlation and Pearson's product moment correlation.

The results of the study showed that 54.4 % of this sample are male, had a middle level of perceived social support mean = 4.96 ( $SD = 1.13$ ) good quality of discharge teaching mean = 122.64 ( $SD = 26.54$ ) and high level of discharge readiness mean = 153.82 ( $SD = 23.81$ ). There was none significantly relationship between gender and discharge readiness ( $r_{pb} = .35, p > .05$ ). There was positive relationship between perceived social support, and discharge teaching in patients with congestive heart failure. ( $r = .29, p < .01$  and  $r = .58, p < .01$  respectively).

The finding suggested that nurses should assess patients' readiness to discharge and their information needs in order to effectively prepare a discharge planning program for patients. Providing information that matched with patients' need after discharge could help them ready to discharge from the hospital and continue to perform self-care appropriately at home.

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ฅ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัยและเหตุผลสนับสนุน.....	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	8
ขอบเขตของการวิจัย.....	10
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	10
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
ภาวะหัวใจล้มเหลว.....	12
ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน.....	23
ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในการเปลี่ยนผ่านจากการได้รับการรักษาในโรงพยาบาลไปสู่บ้าน.....	27
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว.....	30
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	36
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	36
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	37
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย.....	41
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	41
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	42

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	43
4 ผลการวิจัย.....	44
ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....	44
ส่วนที่ 2 การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม.....	50
ส่วนที่ 3 การรับรู้คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล.....	51
ส่วนที่ 4 ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล.....	52
ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และ การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออก จากโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว.....	54
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	57
สรุปผลการวิจัย.....	57
การอภิปรายผล.....	59
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	64
บรรณานุกรม.....	66
ภาคผนวก.....	77
ภาคผนวก ก.....	78
ภาคผนวก ข.....	81
ภาคผนวก ค.....	87
ภาคผนวก ง.....	94
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	96

## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่าง.....	45
2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลด้านสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง.....	47
3 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนการรับรู้การสนับสนุน ทางสังคมจำแนกตามคะแนน โดยรวมและรายด้าน.....	50
4 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ยร้อยละของการรับรู้คุณภาพ การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง.....	51
5 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ยร้อยละของการรับรู้ความพร้อม ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำแนกโดยรวมและคะแนนรายด้าน.....	53
6 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การสนับสนุนทางสังคม และการสอนก่อน จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลใน ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว.....	56



## สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	9

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะที่มีความผิดปกติในหน้าที่ของหัวใจที่รุนแรงและเรื้อรังซึ่งรักษาไม่หายขาด เป็นการเจ็บป่วยที่มีการดำเนินของโรคก้าวหน้าขึ้นเรื่อย ๆ และไม่แน่นอนว่าจะดีขึ้น คงที่ หรือเลวลง จากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างถาวรและเรื้อรังส่งผลให้การพยากรณ์โรคของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ดี โดยพบว่าภาวะหัวใจล้มเหลวจะเป็นภาวะสุดท้ายก่อนเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือดชนิดที่ทำลายหน้าที่ของหัวใจและเป็นสาเหตุการตายของประชากรในอัตราที่ค่อนข้างสูง ภาวะหัวใจล้มเหลวจึงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ (Katz, 2000; Tarolli, 2003) และยังเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข (Marquis, Koen, & Terry, 2010) เนื่องจากอุบัติการณ์ของภาวะหัวใจล้มเหลวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพบว่าในประเทศสหรัฐอเมริกา มีจำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในปี ค.ศ. 2010 จำนวน 6,600,000 ราย และคาดว่าในปี ค.ศ. 2030 จะมีจำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้นเป็น 9,000,000 ราย (American Heart Association, 2012) สำหรับในประเทศไทย ยังไม่มีรายงานข้อมูลของภาวะหัวใจล้มเหลวโดยเฉพาะ แต่รายงานในภาพรวมของกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งรวมถึงภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 614.3 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2542 เป็น 1927.0 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2551 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่มีผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของหัวใจ ทำให้ประสิทธิภาพการบีบตัวส่งเลือดออกจากหัวใจ และคลายตัวรับเลือดเข้าหัวใจลดลง ส่งผลให้หัวใจไม่สามารถบีบตัวส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้เพียงพอ ทำให้เนื้อเยื่อทั่วร่างกายได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ และเกิดการคั่งของสารน้ำทั่วร่างกาย (Systemic congestion) จากการทำงานของเวนทริเคิลซ้ายล้มเหลว (Left ventricle failure) เกิดภาวะปอดบวมน้ำเย็บพลัน (Acute pulmonary edema) ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินที่อันตราย ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบากอย่างรุนแรงเมื่อนอนราบ ไอเสมหะมากและเสมหะเป็นฟองสีชมพู หรือมีเลือดปน มีอาการไอในช่วงกลางคืน หัวใจเต้นเร็ว ซีด มีอาการบวมตามส่วนต่ำของร่างกาย (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550; เรวัตร พันธุ์กิ่งทองคำ, 2552; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2553; McMurray & Stewart, 2000) หัวใจไม่สามารถบีบตัวส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้ตามปกติ ทำให้เกิดอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรง เป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับ

เข้ารับการรักษาฉุกเฉินในโรงพยาบาล และอาจมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิต (Jaarsma, Hal fens, Tan, Abu-Saad, & Dracupk, 2000; Anderson et al., 2006; Barbara & Terri, 2009)

เป้าหมายการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะวิกฤตฉุกเฉินจะเป็นการบำบัดรักษาเพื่อแก้ไขปัญหาจากภาวะปอดบวม น้ำเย็บพลัน และเพิ่มประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจให้ดีขึ้นเพื่อการมีชีวิต เมื่อผู้ป่วยผ่านพ้นระยะวิกฤตและได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน เป้าหมายการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ ให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่เหมาะสม ชะลอความก้าวหน้าของโรค รักษาและควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงหรือเป็นสาเหตุของการทำงานผิดปกติของโรคหัวใจ ลดปัจจัยที่ทำให้เสียชีวิต เช่น หัวใจขาดเลือด สโตรค ลดอัตราการตาย (ผ่องพรรณอรุณแสง, 2553) และลดการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นสิ่งสำคัญต่อผลลัพธ์ของการรักษาในระยะฟื้นฟูสภาพที่บ้าน จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงผู้ดูแลในการส่งเสริม ควบคุม การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

หากผู้ป่วยปฏิบัติตนได้ถูกต้องเหมาะสมก็จะชะลอการเกิดอาการภาวะหัวใจล้มเหลวกำเริบได้ ในทางตรงข้ามหากผู้ป่วยมีพฤติกรรมปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้องจะทำให้มีพยาธิสภาพที่รุนแรงมากขึ้น ส่งผลให้เกิดอาการภาวะหัวใจล้มเหลวกำเริบ จนต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ ๆ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของ Tully (2002) พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีอุบัติการณ์กลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลมากถึงร้อยละ 47 หลังจากจำหน่ายกลับบ้านแล้วภายใน 3 เดือนแรก และพบว่าทุกปีจะมีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลถึง ร้อยละ 21-27 นอกจากนี้ Epstein, Jha, and Orav (2011) ยังพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวร้อยละ 28 กลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 30 วัน ร้อยละ 34 กลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 60 วัน และร้อยละ 37 กลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 90 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอุบัติการณ์ของการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำค่อนข้างสูงอาจเป็นผลอันเนื่องมาจากผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรค หรือขาดความพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน Weiss, Piacentine, Lokken, and Archer (2007) กล่าวว่าความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นการตอบสนองของผู้ป่วยต่อสถานการณ์เปลี่ยนผ่านจากการรักษาในโรงพยาบาลไปสู่การดูแลตนเองที่บ้านซึ่ง Meleis, Sawyer, Im, Messias, and Schumacher (2000) กล่าวว่าบุคคลจะประสบผลสำเร็จในการเปลี่ยนผ่านแต่ละสถานการณ์นั้นต้องได้รับการเตรียมตัวที่ดี และมีการเฝ้าระวังหรือป้องกันผลเสียที่อาจตามมาในช่วงเวลาของการเปลี่ยนผ่าน ดังนั้นหากผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมที่ดี จะทำให้สามารถดูแลและป้องกัน

ตนเอง โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจนต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ การขาดการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความไม่แน่นอนของปัญหาที่เกิดขึ้นภายหลังการจำหน่าย ขาดความเชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพของตนเอง หรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการกำเริบจนต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Weiss et al. (2007) ที่พบว่า การที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับสูง จะทำให้มีความเชื่อมั่นว่าจะสามารถจัดการกับภาวะสุขภาพของตนได้เป็นอย่างดีภายหลังการจำหน่าย นอกจากนี้ระดับของความพร้อมที่ผู้ป่วยรับรู้สามารถทำนายอัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำได้อย่างแม่นยำ ดังนั้นเพื่อป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจึงควรได้รับการประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

Congdon (1994 cited in Lerret, 2009) กล่าวว่า ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสามารถประเมินได้ทั้งจากการรับรู้ของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ ซึ่งบุคคลเหล่านี้จะมีการรับรู้ความพร้อมจากความรู้ที่ได้รับแตกต่างกันไป อย่างไรก็ตามระบบการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบัน ผู้ป่วยมักจะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยการตัดสินใจจากผู้ให้การรักษาที่พิจารณาจากความคงที่ของอาการทางกาย ได้แก่ สัญญาณชีพ ความสมดุลของปริมาณน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย การขับถ่าย ความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกาย (Weiss & Piacentine, 2006) แต่จากการศึกษาของ Weiss et al. (2007) พบว่าการประเมินความพร้อมตามการรับรู้ของผู้ป่วย จะมีประสิทธิภาพสูงสุด เนื่องจากสามารถทำนายได้ว่าผู้ป่วยจะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปสู่การดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงใด Weiss et al. (2007) อธิบายว่าพยาบาลสามารถประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจากการรับรู้ของผู้ป่วยใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสภาพร่างกายและจิตใจ (Personal status) ด้านความรู้ในการดูแลตนเอง (Knowledge) ด้านความสามารถในการเผชิญปัญหา (Coping ability) และด้านความคาดหวังในการได้รับความช่วยเหลือ (Expected support)

เพื่อให้การเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปสู่บ้านของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวดำเนินไปด้วยดี พยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญอย่างมากในการประเมินความพร้อมก่อนจำหน่าย ประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมก่อนจำหน่าย ตลอดจนสามารถให้การสนับสนุนให้ผู้ป่วยเปลี่ยนผ่านเข้าสู่บทบาทการเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง และเกิดการดูแลตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ตามการรับรู้ของผู้ป่วยจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยเงื่อนไขที่แต่ละบุคคลเผชิญ

จากทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Meleis et al., 2000) เพศ เป็นปัจจัยเงื่อนไขทางด้านบุคคลซึ่งจะเป็นตัวทำนายได้ว่าการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้น หรือกำลังจะเกิดขึ้นจะผ่านไปได้อย่างไร หรือจะมีความยากลำบาก Riedinger et al. (2001) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าผู้ป่วยเพศหญิงจะมีความพึงพอใจในชีวิต มีสมรรถภาพทางกาย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ตลอดจนมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับต่ำกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยเพศหญิงรับรู้อาการและระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวมากกว่าเพศชาย ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกายและการมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม นอกจากนี้ผู้ป่วยเพศหญิงมีความทุกข์ทรมานด้านจิตใจมากกว่าเพศชาย (Friendman, 2003; Johnansson, Agnebrink, Dahlstroma, & Brestrom, 2004; Heo, Moser, & Widener, 2007) จากความแตกต่างระหว่างการรับรู้ และการให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวของผู้ป่วยเพศหญิงและเพศชาย เพศจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในประเทศไทยที่มีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายในด้านปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้เพียงบางส่วนไม่ครอบคลุม ซึ่งส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

นอกจากที่กล่าวข้างต้น การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นปัจจัยเงื่อนไขด้านชุมชนและสังคมจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับแหล่งประโยชน์ที่จะสนับสนุนความต้องการของตนเอง รวมถึงแหล่งบริการและบุคลากรทางสุขภาพได้สะดวกมากขึ้น จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า ผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ หรือคูครองที่ดีจะสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องเหมาะสม และมีการเจ็บป่วยน้อยลงโดยเฉพาะในช่วง 1 ปีแรกภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และอัตราการเสียชีวิตน้อยลง (Mookadam, 2004) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี (Sayers, Riegel, Pawlowski, Coyne, & Samaha, 2008) ดังนั้นการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมน่าจะมีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นปัจจัยด้านการบำบัดทางการพยาบาล ซึ่งเป็นวิธีการที่พยาบาลให้คำแนะนำและช่วยเหลือเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่จะเปลี่ยนผ่านจากการรักษาในโรงพยาบาลไปเป็นการดูแลตนเองที่บ้าน แต่ด้วยบริบทภายในโรงพยาบาลที่มุ่งเน้นให้การดูแลผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันให้ได้รับความปลอดภัย รวมทั้งการจำหน่ายผู้ป่วยหลังพ้นจากภาวะวิกฤตอย่างรวดเร็วเพื่อเตรียมเตียงสำหรับผู้ป่วยใหม่ จึงทำให้มีเวลา

สอนเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายได้ไม่มากนัก อีกทั้งผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่งผ่านพ้นระยะวิกฤต สภาพของหัวใจยังไม่ฟื้นตัวเต็มที่ มีอาการอ่อนเพลียและต้องการการพักผ่อนอย่างมากเพื่อการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จึงอาจส่งผลต่อการรับรู้ข้อมูลที่ได้รับการสอนของพยาบาล จากการศึกษาพบว่ากระบวนการสอนในหอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยได้รับจากพยาบาลไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน เนื้อหาการสอนจึงอาจไม่ครอบคลุมในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองภายหลังการจำหน่าย นอกจากนี้การสอนในหอผู้ป่วยยังพบว่าเป็นเพียงการสื่อสารกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยขณะปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเท่านั้น (Suhonen & Leino-Kilpi, 2006; สุธีรา สร้อยสังวรณ์, 2550; ขนิษฐา ชวนานนท์ และอนินดา เตชะเวชเจริญ, 2551) Weiss et al. (2007) พบว่าหากพยาบาลมีการเตรียมเนื้อหาการสอนที่ดี เหมาะสมชัดเจน และครอบคลุมในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง มีทักษะการสอนที่ดีก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้านในระดับสูง โดยไม่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีก สอดคล้องกับการศึกษาของ แสงเดือน กันทะชู (2552) พบว่าทักษะการสอนที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยกล้าเมือหัวใจตายเฉียบพลันมีความพร้อมที่จะนำความรู้ที่ได้รับไปจัดการดูแลสุขภาพของตนเองที่บ้าน ดังนั้นการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจึงมีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนภายหลังการจำหน่ายและการขาดความพร้อมก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยทำให้พบอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำสูง ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสมต่อเนื่องในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปสู่บ้าน อย่างไรก็ตามในปัจจุบันยังขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ของเพศ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อนำผลการวิจัยไปพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

## สมมติฐานการวิจัยและเหตุผลสนับสนุน

ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition theory) ได้ถูกนำมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากการเปลี่ยนผ่านจากการรับการรักษาในโรงพยาบาลไปสู่การดูแลตนเองที่บ้าน ถือเป็น การเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย (Health/ Illness transition) (Meleis et al., 2000) ทั้งนี้ Meleis et al. (2000) อธิบายว่าการเปลี่ยนผ่านจะประสบความสำเร็จหรือไม่ขึ้นกับปัจจัยที่เข้ามา เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยด้านเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านคือ เพศ และการสนับสนุนทางสังคม รวมถึง การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลซึ่งเป็นการบำบัดทางการแพทย์ โดยปัจจัยทั้งหมดจะมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับรูปแบบการตอบสนองของการเปลี่ยนผ่าน คือความพร้อมก่อนจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาลที่เป็นตัวบ่งชี้กระบวนการว่าผู้ป่วยจะประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนผ่าน ไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพ จากแนวคิดของทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว การศึกษาครั้งนี้จึงกำหนดสมมติฐานดังนี้

**สมมติฐานที่ 1** เพศมีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

Meleis et al. (2000) ได้อธิบายว่าการเปลี่ยนผ่านจะประสบความสำเร็จหรือไม่ขึ้นกับ ปัจจัยเงื่อนไขที่เข้ามาเกี่ยวข้อง โดย เพศ เป็นปัจจัยเงื่อนไขทางด้านบุคคลซึ่งจะเป็นตัวทำนายได้ว่าการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้น หรือกำลังจะเกิดขึ้นจะผ่านไปได้อย่างง่ายดาย หรือจะมีความยากลำบาก ซึ่ง Riedinger et al. (2001) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าผู้ป่วยเพศหญิง มีความพึงพอใจในชีวิต มีสมรรถภาพทางกาย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการ เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ตลอดจนมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับต่ำกว่าเพศชาย และผู้ป่วยเพศหญิง รับรู้อาการและระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวมากกว่าเพศชาย (Heo, Moser, & Widener, 2007) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเพศหญิงมีความทุกข์ทรมานด้านจิตใจมากกว่าเพศชาย ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกายและการมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม (Friendman, 2003) จากผลการศึกษาวิจัยข้างต้นแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของเพศต่อการรับรู้ ความพร้อมทางด้านสภาพร่างกายและจิตใจ ดังนั้นเพศอาจมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความพร้อม ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

**สมมติฐานที่ 2** การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อม ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

Meleis et al. (2000) กล่าวว่า แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว บุคลากรทางสุขภาพ และกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเป็นเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน และเป็นตัวทำนายว่า การเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้น หรือกำลังจะเกิดขึ้นจะผ่านไปได้อย่างง่ายดายหรือจะมีความยากลำบาก

ผู้ป่วยที่มีการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ หรือคู่ครองที่ดีจะสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องเหมาะสม มีการเจ็บป่วย และอัตราการเสียชีวิตน้อยลง โดยเฉพาะในช่วง 1 ปีแรกภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Mookadam, 2004) Zimet, Dahlem, Zimet, and Farley (1988) กล่าวว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้และเข้าใจอย่างเพียงพอจากครอบครัว เพื่อนและบุคคลใกล้ชิดเพื่อเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลวไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำรงชีวิตให้สอดคล้องกับการเจ็บป่วย และข้อจำกัดในความสามารถของการทำหน้าที่ของร่างกายส่งผลให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น (Bekelman et al., 2007) หากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการรับรู้ว่ามีบุคคลคอยช่วยเหลือ และได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลใกล้ชิดก็จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลนั้นสามารถเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sayers, Riegel, Pawlowski, Coyne, and Samaha (2008) พบว่าการที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี ดังนั้นหากผู้ป่วยมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่ดีก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้ดี

**สมมติฐานที่ 3** การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

เนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลวไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจึงต้องเรียนรู้วิธีการปฏิบัติตนและดูแลตนเองให้เหมาะสมกับโรค ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านระบุว่า การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นมโนทัศน์ของการบำบัดทางการพยาบาล เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ได้อย่างสมบูรณ์และง่ายขึ้น (Meleis et al., 2000) จากการศึกษาของ Weiss et al., (2007) พบว่าการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่มีคุณภาพสูงมีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับสูง และเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ใหญ่ที่มีความเจ็บป่วยด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม ( $r^2 = .33, p < .01$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ แสงเดือน กันทะขู้ (2552) ที่พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ประเมินว่าการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีคุณภาพสูง ทำให้มีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับสูงเช่นกัน ( $r = .29, p < .05$ ) ดังนั้นหากผู้ป่วยรับรู้คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายว่ามีคุณภาพดี แสดงว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจ และมั่นใจว่าจะกลับไปดูแลตนเองได้



## กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition theory) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านเป็นทฤษฎีที่มุ่งจะประเมินและให้การช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว ตลอดจนชุมชนให้สามารถจัดการต่อการเปลี่ยนแปลงจากสถานะหนึ่งไปยังอีกสถานะหนึ่งได้ โดยเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านประกอบด้วย 4 มโนทัศน์ที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ 1) ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่านคือ มโนทัศน์ที่ประกอบด้วยชนิดของการเปลี่ยนผ่าน แบบแผนของการเปลี่ยนผ่าน และลักษณะของการเปลี่ยนผ่าน 2) เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน เป็นกรอบในการประเมินบุคคล ครอบครัว หรือองค์กรเพื่อให้เข้าใจถึงประสบการณ์เปลี่ยนผ่านที่จะเป็นตัวทำนายว่าการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นหรือกำลังจะเกิดขึ้นจะผ่านพ้นไปได้ง่ายหรือยากลำบากขึ้นอยู่กับเงื่อนไขส่วนบุคคล เงื่อนไขจากสภาพชุมชน เงื่อนไขจากสภาพสังคม 3) รูปแบบการตอบสนอง เป็นการตอบสนองของบุคคลที่มีต่อสถานการณ์เปลี่ยนผ่านโดยประเมินจากตัวชี้วัดด้านกระบวนการที่เกิดขึ้นจากกระบวนการดูแลสุขภาพ และตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์เป็นความสามารถของบุคคลในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่บทบาทใหม่ และ 4) การบำบัดทางการพยาบาล เป็นวิธีการต่างๆ ที่พยาบาลจะสามารถช่วยเหลือให้บุคคลเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สถานะใหม่ได้อย่างสมบูรณ์ และง่ายขึ้น (Meleis et al., 2000) ซึ่ง Chick and Meleis (1986) ได้กล่าววามมนุษย์ทุกคนที่เกิดมาจะต้องมีการเปลี่ยนผ่านจากสถานะหนึ่งไปสู่อีกสถานะหนึ่งในแต่ละช่วงชีวิต

Weiss et al. (2007) กล่าวว่า การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นสถานการณ์การเปลี่ยนผ่านอย่างหนึ่ง ซึ่งผู้ป่วยต้องเปลี่ยนผ่านจากเหตุการณ์ที่เข้ามาเกี่ยวข้องเป็นลำดับ 3 เหตุการณ์คือการเตรียมความพร้อมที่ได้รับก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และการดำเนินชีวิตภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

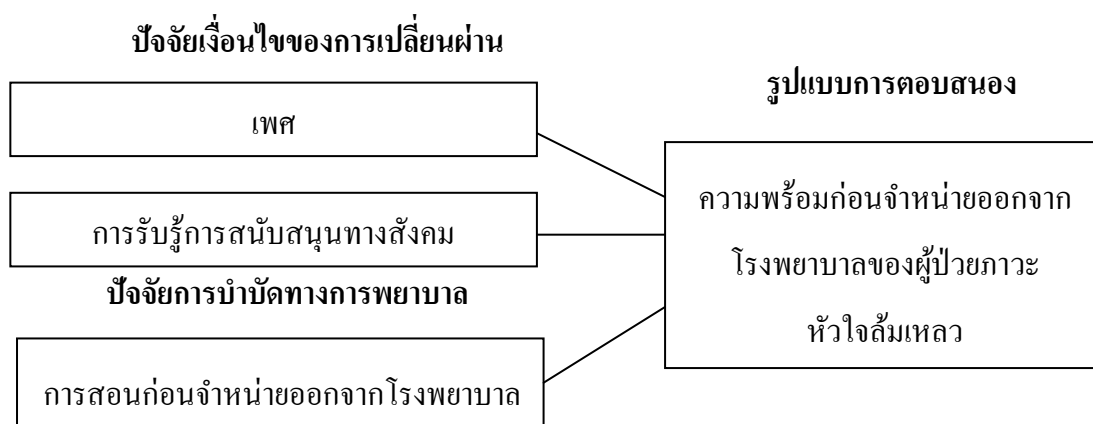
ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมาน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยเงื่อนไข เพศ ถือว่าเป็นเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน จากการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าผู้ป่วยเพศหญิงจะมีความพึงพอใจในชีวิต สมรรถภาพทางกาย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม รวมทั้งภาวะสุขภาพอยู่ในระดับต่ำกว่าเพศชาย (Riedinger et al., 2001) นอกจากนี้ผู้ป่วยเพศหญิงมีการรับรู้อาการ และระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวมากกว่าเพศชาย (Heo et al., 2007)

นอกจากนี้การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นปัจจัยด้านเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านด้านชุมชนและสังคม การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง ทำให้ผู้ป่วยได้รับแหล่งประโยชน์

ที่จะสนับสนุนความต้องการของตนเอง รวมถึงแหล่งบริการและบุคลากรทางสุขภาพได้สะดวกมากขึ้น (Dracup, 2006) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี (Sayers et al., 2008)

การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นปัจจัยด้านการบำบัดทางการพยาบาล ซึ่งเป็นวิธีการที่พยาบาลจะสามารถจัดการช่วยเหลือ เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่จะเปลี่ยนผ่านจากการรักษาในโรงพยาบาล ไปเป็นการดูแลตนเองที่บ้าน ซึ่งผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่มักได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเฉพาะช่วงระยะวิกฤตเท่านั้น เมื่ออาการดีขึ้นและเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสุขภาพ ผู้ป่วยมักได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน โดยที่ผู้ป่วยจะได้รับการสอนความรู้ในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อน หากพยาบาลมีการเตรียมเนื้อหาการสอนที่ดี เหมาะสม ชัดเจน ครอบคลุมในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง ตลอดจนการมีทักษะการสอนที่ดีจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้สูง ทำให้ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากการศึกษาพบว่าการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนั้นจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ ในการดูแลตนเอง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรคเมื่อได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Weiss et al., 2007; แสงเดือน กันทะขู, 2552)

ด้วยกรอบแนวคิดของทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน ได้แก่ เพศ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยด้านการบำบัดทางการพยาบาล ได้แก่ การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้าน เพศ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี และเป็นผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ปี พ.ศ. 2557

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั้ง 5 หอผู้ป่วย ของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี ตั้งแต่ เดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนพฤษภาคม ปี พ.ศ. 2557

### นิยามศัพท์เฉพาะ

**ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวเนื่องจากโรคหัวใจและระบบไหลเวียนที่เข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี เป็นผู้ป่วยที่แพทย์มีแผนการรักษาให้จำหน่ายกลับบ้านได้

**ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล** หมายถึง การรับรู้หรือการคาดการณ์ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เกี่ยวกับความสามารถในการจัดการกับภาวะสุขภาพของตนเองภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ที่ประกอบไปด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านสภาพร่างกายและจิตใจ เป็นการรับรู้ถึงความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย และความรู้สึกปลอดภัยด้านจิตใจที่เป็นผลจากการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายก่อนออกจากโรงพยาบาล 2) ด้านความรู้ในการดูแลตนเอง เป็นการรับรู้ถึงความเหมาะสมและเพียงพอของข้อมูลที่ต้องการในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 3) ด้านความสามารถในการเผชิญปัญหา เป็นการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการจัดการและแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และ 4) ด้านความคาดหวังในการได้รับความช่วยเหลือ เป็นการรับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และการช่วยเหลือเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การศึกษาครั้งนี้ประเมินความพร้อมจากแบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาล (The Readiness for Hospital Discharge Scale-Adult : RHDS) ของ Weiss and Piacentine (2006) ที่แปลเป็นไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับโดย ศรีรัตน์ ศรีประสงค์ (2551)

**การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวถึงความรัก ความผูกพัน ไว้วางใจ และรับรู้ว่าได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน และบุคคล

พิเศษ วัดได้จากแบบสอบถามการช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) (Zimet et al., 1988) ซึ่งแปลเป็นไทยโดย Wongpakaran, Wongpakaran, and Ruktrakul (2011)

**การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล** หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อคุณภาพการสอนทั้งหมดของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยในระหว่างที่ผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านเนื้อหาการสอน เป็นการรับรู้และการประเมินในข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การจัดการกับภาวะอารมณ์ ยาและการรักษา และการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาที่ผู้ป่วยได้รับการสอนจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเปรียบเทียบกับความต้องการข้อมูลในเรื่องต่างๆดังกล่าว 2) ด้านทักษะการสอน เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยต่อความสามารถในการสื่อสาร อธิบายและความเอาใจใส่ของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยในการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในการศึกษาที่ประเมินจากแบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (The Quality of Discharge Teaching Scale: QDTS) ของ Weiss and Piacentine (2006) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับโดย แสงเดือน กันทะขู้ (2552)

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีสาระสำคัญเรียงลำดับดังนี้

1. ภาวะหัวใจล้มเหลว
2. ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน
3. ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

#### ภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่พยาธิสภาพจะรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้มีอัตราการเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีแนวโน้มสูงขึ้น ส่งผลให้การพยากรณ์โรคของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ดี โดยพบว่าภาวะหัวใจล้มเหลวจะเป็นภาวะสุดท้ายก่อนเสียชีวิตของประชากรที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือดชนิดที่ทำลายหน้าที่ของหัวใจและเป็นสาเหตุการตายของประชากรในอัตราที่ค่อนข้างสูง ภาวะหัวใจล้มเหลวจึงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ (Katz 9, 2000; Tarolli, 2003) และยังเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข (Marquis et al., 2010)

#### ความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่ซับซ้อนเกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างหรือการทำหน้าที่ของหัวใจ มีผลทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย (Systolic dysfunction) หรือไม่สามารถคลายตัวรับเลือดเข้าสู่หัวใจได้อย่างเต็มที่ (Diastolic dysfunction) (Hunt et al., 2005; Jessup et al., 2009; Lindenfeld et al., 2010)

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นผลจากความผิดปกติของหัวใจทุกชนิดที่ทำให้หัวใจไม่สามารถบีบตัวส่งเลือดออกจากหัวใจ หรือ คลายตัวรับเลือดเข้าสู่หัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความผิดปกติของเวนทริเคิลในการบีบตัวส่งเลือดออก หรือ Ventricular systolic dysfunction เป็นสาเหตุสำคัญและพบบ่อยที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2553)

## สาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลว

สาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 สาเหตุใหญ่ ดังนี้

### 1. สาเหตุที่แท้จริง (Underlying cause)

1.1 หัวใจทำงานหนักเกินกำลัง การทำงานของหัวใจจะเพิ่มขึ้นเนื่องจากปริมาตรเลือดมากเกินไป (Volume overload) หรือหัวใจต้องบีบแรงจนเกินกำลัง (Pressure overload) ปกติเมื่อปริมาตรเลือดก่อนหัวใจบีบตัวเพิ่มขึ้นจะทำให้เพิ่มแรงบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ แต่เมื่อปริมาตรเลือดก่อนหัวใจบีบตัว (Preload) มากเกินที่เวนทริเคิลจะรับได้จะทำให้ลดแรงบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ จำนวนเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที (Cardiac output) จึงลดลงทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (สมจิต หนูเจริญกุล, 2552; DeWalt et al., 2004; Francis, Gassler, & Sonnenblick, 2001)

1.2 ความผิดปกติในการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ เป็นภาวะที่ขัดขวางต่อการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ได้แก่ มีพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับกล้ามเนื้อหัวใจ ได้แก่ กล้ามเนื้อหัวใจตาย กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรง ซึ่งจะทำให้การบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ปริมาตรของเลือดที่ออกจากหัวใจจึงลดลง และมีภาวะภายนอกที่บีบรัดหัวใจทำให้เวนทริเคิลไม่สามารถรับเลือดและบีบตัวได้เต็มที่ ได้แก่ เชื้อหุ้มหัวใจอักเสบ หัวใจถูกบีบกดจากการมีปริมาณของเหลว เช่น น้ำ หนอง หรือเลือดภายในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ

### 2. สาเหตุชักนำ (Precipitating cause)

2.1 การมีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ เป็นสาเหตุชักนำที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้บ่อย และในผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของระบบสื่อนำไฟฟ้าของหัวใจ มีจำนวนเซลล์นำไฟฟ้าบริเวณจุดกำเนิดไฟฟ้าลดลงทำให้มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะได้ง่าย ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุ (Burke & Laramie, 2000)

2.2 การเกิดการอุดตันภายในหลอดเลือดแดงปอด ผู้ป่วยที่มีกิจกรรมน้อย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ จะทำให้มีปริมาณเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาทีน้อย และมีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดลิ่มเลือดบริเวณส่วนปลายของร่างกาย บริเวณอุ้งเชิงกราน จะเกิดลิ่มเลือดล่องไปอุดตันที่ปอด อาจทำให้มีการเพิ่มความดันในหลอดเลือดแดงของปอดอย่างเฉียบพลัน ทำให้หัวใจห้องล่างขวามีเลือดคั่งและขยายใหญ่ขึ้น เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวมากขึ้น (Braunwald, 2000)

2.3 การติดเชื้อ การติดเชื้อของร่างกายในส่วนใดก็ตามอาจจะเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากภาวะหัวใจเต้นเร็ว ออกซิเจนในเลือดต่ำ และการเพิ่มความต้องการการเผาผลาญจากผลของการติดเชื้อ ทำให้หัวใจทำงานหนักจนเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2552)

2.4 ภาวะโลหิตจาง เนื่องจากมีจำนวนเม็ดเลือดแดงลดลง ผู้ที่มีโรคหัวใจอยู่ก่อนแล้ว จะเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ง่าย ถ้ามีภาวะโลหิตจางร่วมด้วยเนื่องจากหัวใจจะทำงานหนักมากขึ้น เพื่อเพิ่มปริมาณเลือดและเพิ่มออกซิเจนในเซลล์และเนื้อเยื่อ

2.5 ต่อมไทรอยด์เป็นพิษ เป็นโรคหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมา เนื่องจากร่างกายมีการเผาผลาญพลังงานมากขึ้นและหัวใจต้องทำงานหนัก (Carelock & Clark, 2001)

2.6 ความดันโลหิตสูง การที่ความดันในหลอดเลือดแดงสูงอาจเกิดจากความดันโลหิตสูงที่มีสาเหตุมาจากโรคไตหรือจากการหยุดยาลดความดันโลหิต ทำให้หัวใจไม่สามารถจะชดเชยได้จึงเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมา (Francis et al., 2001)

2.7 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้ความดันเลือดแดงในปอดสูง ทำให้หัวใจทำงานหนัก และเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ (Braunwald, 2000)

2.8 ไข้รูมาติก และกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ เช่น การเกิดไข้รูมาติกเฉียบพลัน หรือการติดเชื้อบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานหนัก เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้

2.9 สาเหตุอื่น ๆ ได้แก่ การออกกำลังกายมากเกินไป การรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบไม่ถูกต้อง เช่น ได้รับเกลือมากเกินไป สิ่งแวดล้อมที่ร้อนหรือชื้นเกินไป และการมีภาวะเครียด (สมจิต หนูเจริญกุล, 2552)

#### พยาธิสรีรวิทยาของภาวะหัวใจล้มเหลว

หัวใจที่ปกติสามารถทำหน้าที่ตอบสนองต่อความต้องการใช้ออกซิเจนของร่างกายที่เพิ่มขึ้นได้โดยการใช้กำลังสำรองของหัวใจ (Cardiac reserve) ในขณะพักปริมาตรเลือดที่หัวใจปกติส่งออกต่อนาทีมีปริมาณ 5-6 ลิตรต่อนาที และสามารถเพิ่มได้ถึง 5 เท่าหรือ 30 ลิตรต่อนาที แต่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกำลังสำรองของหัวใจลดลงอย่างมาก ใช้ได้เฉพาะในขณะพัก ดังนั้นเมื่อเริ่มมีกิจกรรมจึงมีอาการเหนื่อยล้าและหายใจลำบากเนื่องจากหัวใจไม่สามารถบีบตัวส่งเลือดให้เพียงพอ กับความต้องการของร่างกาย เมื่อปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีลดลง และไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของร่างกาย ร่างกายจะมีกลไกการชดเชย (Compensatory mechanism) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน ที่ไม่เพียงแต่มีผลต่อหัวใจเท่านั้น ยังมีผลต่อการไหลเวียนของหลอดเลือดส่วนปลาย กล้ามเนื้อลาย และไต (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2553) กลไกการชดเชยที่เกิดขึ้นในภาวะหัวใจล้มเหลวกลไกแรกที่เกิดขึ้นทันทีในเวลาไม่กี่นาที คือ การกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น หลอดเลือดแดงและดำหดตัว และเพิ่มการบีบตัวของหัวใจ (เรวัตร พันธุ์กิ่งทองคำ, 2552; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2553) กลไกการชดเชยที่เกิดขึ้นที่หลัง คือ การกระตุ้นระบบเรนิน - แองจิโอเทนซิน - แอลโดสเทอโรน (Renin-angiotensin-

aldosterone system) ทำให้มีการคั่งของน้ำและเกลือ และกล้ามเนื้อหัวใจหนาตัว ทำให้การบีบตัวดีขึ้นตามกฎของแฟรงก์สตาร์ลิง (Frank-Starling's Law) เมื่อปริมาตรเลือดก่อนหัวใจบีบตัวเพิ่มมากขึ้นจะทำให้เพิ่มแรงบีบตัว โดยเป็นสัดส่วนที่สัมพันธ์กับขนาดที่ขยายใหญ่ขึ้น ซึ่งทำให้พลังงานที่ถูกปล่อยออกมาสูงขึ้น (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550 ; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2553) ถ้ากลไกการชดเชยเพื่อการปรับตัวในลักษณะนี้ยังคงดำเนินต่อไปเรื่อย ๆ โดยไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งขนาด รูปร่าง และการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้าย (Left ventricular remodeling) ทำให้ผนังหัวใจบางลง ขนาดหัวใจโตขึ้น และประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจเสื่อมลง (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2547) ส่งผลให้ภาวะหัวใจล้มเหลวเปลี่ยนจากสภาพชดเชยได้ (Cardiac compensation) เป็นไม่สามารถชดเชยได้ (Cardiac decompensation) ทำให้ปริมาตรเลือดที่สูบฉีดจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง เมื่อหัวใจบีบเลือดออกได้น้อยลงทำให้มีเลือดคั่งอยู่ในหัวใจบริเวณหัวใจห้องล่างซ้ายไปสู่ปอด และหัวใจห้องล่างขวาไปสู่ระบบไหลเวียน ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว (Symptomatic heart failure) (เกษมรัตน์สุมาวงศ์, 2546)

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการทางคลินิก (Clinical syndrome) สามารถแบ่งตามอาการและอาการที่เกิดจากหัวใจซีกซ้ายและหัวใจซีกขวาล้มเหลวได้โดยสามารถแยกอาการและอาการแสดงทางคลินิกและอธิบายพยาธิสภาพได้ค่อนข้างชัดเจน (Soine, 2009) ดังนี้

#### **ภาวะหัวใจซีกซ้ายล้มเหลว (Left-sided-heart failure)**

ภาวะหัวใจซีกซ้ายล้มเหลว เกิดจากหัวใจห้องล่างซ้าย (Left ventricle) ออกแรงต้านในการบีบเลือดออกจากหัวใจเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้ปริมาณเลือดเพียงพอกับความต้องการของเนื้อเยื่อในร่างกาย ภายหลังกลไกชดเชยดำเนินต่อไปโดยไม่ได้รับการแก้ไข สุดท้ายหัวใจจะไม่สามารถชดเชยการทำงานได้ตามปกติ ทำให้เลือดสะสมอยู่ในห้องหัวใจห้องล่างซ้ายมากขึ้นไหลย้อนกลับสู่หัวใจห้องบนซ้าย (Left atrium) ผ่านไปยังปอดและเส้นเลือดฝอยที่ปอด ทำให้ความดันในปอดสูงขึ้น โชนเดียมและน้ำออกสู่ช่องว่างระหว่างเซลล์ เกิดน้ำคั่งในปอดมากขึ้น รบกวนกลไกควบคุมการหายใจ จนทำให้การหายใจผิดปกติ ส่งผลให้เกิดอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจซีกซ้ายล้มเหลว ดังนี้

1. อาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก (Dyspnea) เป็นประสบการณ์ความรู้สึกอึดอัดหรือหายใจไม่เพียงพอ ไม่สุขสบายในการหายใจ เปรียบได้กับความรู้สึกหิวกระหายอากาศ เกิดจากการปรับตัวของร่างกายเพื่อรักษาสมดุลเมื่อเกิดพยาธิสภาพที่ปอดและหัวใจ (Huang et al., 2010) เป็นอาการที่พบบ่อย และเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่ห้องฉุกเฉินและกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากการศึกษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน



187,565 ราย พบว่า ร้อยละ 80-90 ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมาด้วยอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก และร้อยละ 34 ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการเหนื่อยหอบขณะพัก (Pang et al., 2008) อาการเหนื่อยหอบเกิดขึ้นเนื่องจากการคั่งของเลือดและปอดบวม น้ำ พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยต้องออกแรงในการหายใจเพื่อสู้กับแรงดันในปอดที่สูงขึ้น โดยแบ่งอาการเหนื่อยหอบได้ดังนี้

1.1 อาการเหนื่อยหอบเมื่อออกแรง (Dyspnea on exertion) ในการทำกิจกรรมที่ต้องใช้แรง เช่น ขึ้นบันได วิ่งหรือเดินเร็ว ๆ ออกกำลังกาย เป็นต้น และผู้ป่วยต้องพักนานกว่าคนปกติจึงจะหายเหนื่อย พบในระยะแรกของภาวะหัวใจล้มเหลว จากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 63 ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีอาการเหนื่อยหอบเมื่อออกแรง (Gheorghiadu & Pang, 2009)

1.2 อาการเหนื่อยหอบในท่านอนราบ (Orthopnea) เป็นอาการเหนื่อยหอบรุนแรงขึ้นจนผู้ป่วยนอนราบไม่ได้ ต้องนอนหลับในท่านั่งอาการเหนื่อยหอบจะลดลง เนื่องจากท่านอนราบทำให้ปอดมีเลือดคั่งจากเลือดที่ไหลกลับจากอวัยวะส่วนปลายเข้าหลอดเลือดดำที่กลับเข้าหัวใจและปอด ทำให้หัวใจทำงานหนัก นอกจากนั้นการที่ปอดขยายตัวไม่ดี อากาศที่ออกจากปอดลดลง อาการนอนราบไม่ได้จะเปลี่ยนแปลงไปตามความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว

1.3 อาการเหนื่อยหอบเป็นพัก ๆ ในช่วงเวลากลางคืน (Paroxysmal nocturnal dyspnea) เป็นอาการที่ผู้ป่วยจะนอนหลับสบายในท่านอนราบหนุนหมอนตามปกติประมาณ 2-5 ชั่วโมง และตื่นขึ้นมาตอนดึกเนื่องจากหายใจไม่ออก เหนื่อยหอบ มักเป็นอยู่ประมาณ 15-30 นาที อาการจะลดลงเมื่อนั่ง เกิดจากการเพิ่มปริมาตรของเลือดกลับสู่หัวใจ จากการดูดซึมกลับของน้ำบริเวณที่บวมตามแขนขาที่สะสมในเวลากลางวัน เมื่อหัวใจห้องซ้ายล้มเหลว ไม่สามารถทนต่อปริมาณของเลือดที่มากเกินไปได้ ทำให้เพิ่มความดันในหลอดเลือดดำของปอด และเกิดอาการเหนื่อยหอบเป็นพัก ๆ ในช่วงเวลากลางคืน

2. ภาวะน้ำท่วมปอดเฉียบพลัน (Acute pulmonary edema) เกิดจากการเพิ่มขึ้นของความดันในหลอดเลือดดำของปอดร่วมกับหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลว เมื่อสารน้ำเข้าไปในถุงลมปอด การแลกเปลี่ยนก๊าซจะถูกขัดขวางร่วมกับการที่ปอดยืดขยายได้ไม่ดี จากการศึกษาพบว่าภาวะปอดบวม น้ำอาจเกิดขึ้นขณะพักหรือเกิดจากการออกแรงเพิ่มขึ้นทันทีทันใดซึ่งพบร้อยละ 3 ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Gheorghiadu & Pang, 2009) อาการเหนื่อยหอบมักเกิดขึ้นร่วมกับมีเสมหะเป็นฟองหรือมีสีชมพูหรือมีอาการหายใจผิดปกติแบบหยุดเป็นพัก ๆ (Cheyne-stokes respiration) โดยมีลักษณะการหายใจหอบเร็ว (Hyperpnea) และค่อย ๆ ช้าลงจนหยุดหายใจ เป็นเช่นนี้สลับกันไป และการหายใจแบบ Cheyne-stokes สามารถบ่งบอกถึงประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ

ห้องล่างซ้าย Left ventricle function (L.V function) (Wedewardt et al., 2010)

3. อาการไอ (Cough) เกิดจากการกระตุ้นเมื่อมีน้ำคั่งในปอดและถุงลม ระยะแรกผู้ป่วยมีอาการไอแห้ง ๆ ไม่มีเสมหะ เมื่อระดับความรุนแรงเพิ่มขึ้นเกิดภาวะน้ำท่วมปอด ผู้ป่วยจะไอมีเสมหะเป็นฟองสีชมพูหรืออาจพบว่าผู้ป่วยไอเป็นเลือด หากมีการรบกวนของหลอดเลือดแดงภายในปอด

### **ภาวะหัวใจซีกขวาล้มเหลว (Right-sided heart failure)**

เป็นภาวะที่มักเกิดตามหลังภาวะหัวใจซีกซ้ายล้มเหลว ส่วนหัวใจซีกขวาล้มเหลวพบได้น้อย พบในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจไตรคัสปิดตีบหรือปิดไม่สนิท โรคของปอดและหลอดเลือด เป็นสาเหตุให้ความดันต้านทานของหัวใจห้องล่างขวาเพิ่มขึ้น ทำให้ความดันในหลอดเลือดดำทั่วร่างกายสูงขึ้น และความดันเลือดในตับและม้ามมีมากขึ้น ส่งผลให้เกิดอาการและอาการแสดงที่สำคัญของภาวะหัวใจซีกขวาล้มเหลว มีดังนี้

1. การคั่งของน้ำและมีอาการบวม (Congestion and edema) เกิดขึ้นเนื่องจากเลือดไม่สามารถไหลกลับเข้าสู่หัวใจห้องบนขวา จึงย้อนกลับไปยังหลอดเลือดดำ Superior vena cava (SVC) และ Inferior vena cava (IVC) และต่อ ๆ ไปยังเส้นเลือดดำตามอวัยวะและส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เกิดการคั่งของเลือดในอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย ทำให้แรงดันน้ำ (Hydrostatic pressure) สูงขึ้น น้ำถูกขับออกนอกหลอดเลือดไปอยู่บริเวณระหว่างเซลล์ (Interstitial space) เกิดการบวมขึ้น ซึ่งมีลักษณะกดบุ๋ม (Pitting edema) จากการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 20,118 ราย มีอาการบวมถึงร้อยละ 68 (Gheorghiad & Pang, 2009)

2. ตับโต (Hepatomegaly) และท้องมาน (Ascites) เกิดจากเลือดไหลกลับเข้าสู่หัวใจซีกขวาได้ไม่ดีหรือไม่ได้ เลือดจะย้อนกลับไปที่ IVC ไปอยู่ใน Hepatic vein ทำให้ตับขยายใหญ่ขึ้น ตับโต เลือดคั่งในตับมากจนเนื้อตับขาดออกซิเจนเกิดเนื้อตายและกลายเป็นพังผืดแข็งที่เรียกว่า ตับแข็งจากโรคหัวใจ

เนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะที่รักษาไม่หายขาด มีความก้าวหน้าขึ้นเรื่อยๆ จากอาการดังกล่าวข้างต้น สามารถจำแนกระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวโดยประเมินจากความสามารถในการทำกิจกรรม (New York Heart Association Function Classification [NYHA]) ของผู้ป่วย ดังนี้

### **การจำแนกระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว**

สมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก ได้จำแนกระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวโดยประเมินจากความสามารถหรือข้อจำกัดในการออกแรงทำกิจกรรม (New York Heart Association Function Classification [NYHA]) ของผู้ป่วย การแบ่งระดับความรุนแรงดังกล่าวนี้ เป็นการแบ่งเพื่อ

บ่งบอกถึงอาการผู้ป่วยเป็นสำคัญ อาจไม่สะท้อนความรุนแรงของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ซึ่งระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถเปลี่ยนกลับไปกลับมาได้ภายหลังการรักษาและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม (รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์, 2547) มีความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว 4 ระดับ ดังนี้ (Lip, Gibbs, & Beevens, 2000)

ระดับความรุนแรงที่ 1 (NYHA-FC I) หมายถึง ผู้ที่เป็นโรคหัวใจสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ และออกกำลังกายที่เคยทำได้ตามปกติโดยไม่ทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย เหนื่อย

ระดับความรุนแรงที่ 2 (NYHA-FC II) หมายถึง ผู้ที่เป็นโรคหัวใจสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ โดยอาจมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อย หรือใจสั่น แต่เมื่อพักแล้วจะรู้สึกสบาย

ระดับความรุนแรงที่ 3 (NYHA-FC III) หมายถึง ผู้ที่เป็นโรคหัวใจสามารถทำกิจวัตรประจำวันที่เคยทำได้เพียงเล็กน้อย จะรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย ใจสั่น แต่เมื่อได้พักจะรู้สึกสบาย

ระดับความรุนแรงที่ 4 (NYHA-FC IV) หมายถึง ผู้ที่เป็นโรคหัวใจไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่าง ๆ ได้ แม้ในขณะที่พัก มีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย ใจสั่น

#### **ภาวะแทรกซ้อนของภาวะหัวใจล้มเหลว**

ภาวะแทรกซ้อนของภาวะหัวใจล้มเหลวที่สำคัญ มีดังนี้

1. ภาวะปอดบวมน้ำเย็บปล้น ภาวะปอดบวมน้ำเย็บปล้น แสดงถึงการคั่งของเลือดในปอดที่รุนแรง เกิดเมื่อความดันในหลอดเลือดฝอยของปอดสูงกว่าความดันที่จะรักษาน้ำไว้ในหลอดเลือด สารน้ำจึงออกไปอยู่ในถุงลมปอด ทำให้ลดบริเวณที่ใช้แลกเปลี่ยนก๊าซของปอด มักพบปอดบวมน้ำในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเพราะหัวใจรับภาระมานานเกิน ภาวะปอดบวมน้ำเย็บปล้น พบมากถึงร้อยละ 15 ที่รับการรักษาในโรงพยาบาล (Roger, Felle, & Gottlieb, 2006) ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบากอย่างรุนแรง หายใจเหนื่อย เสียงหายใจออกมีเสียง Wheezing นอนราบไม่ได้ เสียงหายใจดัง และมีอาการเขียว ถ้าในปอดมีสารน้ำคั่งมากขึ้นร่วมกับมีการฉีกขาดของหลอดเลือดดำในหลอดเลือด ผู้ป่วยจะไอเป็นเลือดมีเสมหะเป็นฟองสีชมพู (Pink frothy secretion) และผู้ป่วยมักจะมีอาการง่วงซึม วิตกกังวลอย่างมาก

2. ซ็อกจากหัวใจ ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จะสังเกตว่าภาวะซ็อกจากหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเลวลง เช่น มีปริมาณปัสสาวะลดลง ระดับความรู้สึกตัวเลวลง เป็นเหตุให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การวินิจฉัยซ็อกจากหัวใจในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จะต้องประเมินภาวะปริมาตรเลือดพร้อมของผู้ป่วย ที่อาจเกิดจากการใช้ยาขับปัสสาวะที่มากเกินไป หรือจากการซึมผ่านสารเหลวออกไปอยู่นอกหลอดเลือดอย่างมากเกิน การบำบัดมักใช้ยาเพิ่มการบีบตัวของหัวใจ เช่น โดบูทามีน โดพามีน และเพื่อลดภาระด้านหลังของหัวใจ อาจต้องใช้ยาขยายหลอดเลือด

เช่น ในโคโรนารีสตี้นด์ซึ่งการใช้ยาทั้งสองชนิดร่วมกันต้องติดตามสัญญาณชีพ ปริมาตรปัสสาวะ และอาการทั่วไปอย่างใกล้ชิด

3. ภาวะไตวาย เนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลวทำให้ปริมาณเลือดที่สูบน้ำออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง ส่งผลให้เลือดที่ไปเลี้ยงไตน้อยลงอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดภาวะไตวาย มีการกักเก็บน้ำและโซเดียม เกิดภาวะน้ำเกินในร่างกาย (Volume overload) ทำให้อาการของภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้น

### แนวทางการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

เป้าหมายของการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว คือการป้องกันและชะลอความเสื่อมของการทำงานของหัวใจ รักษาและควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงหรือสาเหตุของการทำงานของหัวใจที่นำไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลว การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Dickstein et al., 2008; Lindenfeld et al., 2010) ดังนั้นในการรักษาจึงต้องรักษาโรคที่เป็นสาเหตุพื้นฐาน เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจและแก้ไขสาเหตุชักนำ หรือปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น การติดเชื้อ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและรักษาเพื่อควบคุมภาวะหัวใจล้มเหลว โดยพิจารณาจากระดับความรุนแรงของผู้ป่วยมีวิธีการรักษา (เพ็ญจันทร์ เสรวิวัฒนา, 2555) ดังนี้

#### 1. การรักษาโดยการให้ยา

กลุ่มยาที่ใช้ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีดังนี้

1.1 ยากลุ่มยับยั้งเอนไซม์แองจิโอเทนซิน (Angiotensin converting enzyme inhibitor) มีคุณสมบัติในการลด Preload ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของ Cardiac output และหลอดเลือดขยายตัว ผู้ป่วยที่มีการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายไม่มีประสิทธิภาพ (Left ventricular dysfunction) ทุกรายควรได้รับยา (เพ็ญจันทร์ เสรวิวัฒนา, 2555) อาการข้างเคียงที่ต้องเฝ้าสังเกตคือ ความดันโลหิตต่ำ ไตเสียหายที่ ภาวะโปแตสเซียมสูง อาการไอ และเวียนศีรษะ การบริหารยาควรเริ่มครั้งแรกก่อนนอนเพื่อป้องกันความดันโลหิตต่ำจากการใช้ครั้งแรก

1.2 ยากลุ่มปิดกั้นตัวรับเบต้าเอเดรีนาลิก (Beta-adrenergic receptor antagonist) มีฤทธิ์ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ทำให้การใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจน้อยลง ยับยั้งการกระตุ้นจากระบบประสาทซิมพาธิคทำให้การทำงานของหัวใจดีขึ้น ชะลอความก้าวหน้าของโรค ควรใช้ในผู้ป่วยที่ระดับความรุนแรง NYHA class II-IV ที่มีอาการทรงตัวทุกราย

1.3 ยากลุ่มปิดกั้นตัวรับอัลโดสเตอโรน (Aldosterone receptor antagonist) ออกฤทธิ์ทำให้ยับยั้งการทำงานของอัลโดสเตอโรน ทำให้ลดการดูดกลับของเกลือ โซเดียมที่ไต ยับยั้งการเกิดพังคืดของกล้ามเนื้อหัวใจ ข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระดับความรุนแรง

NYHA class III-IV ร่วมกับ Beta-blocker และยาขับปัสสาวะเพื่อหวังผลลดอัตราการตาย ลดอาการ และการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (สมชาย วรรณคุณาชัย, 2547)

1.4 ยากลุ่มขยายหลอดเลือด (Nitrates) กลไกการออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือดดำช่วยให้กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดคลายตัว ทำให้ช่วยลดความดันในหัวใจก่อนหัวใจบีบตัวและขยายหลอดเลือดหัวใจ ลดการทำงานของหัวใจ ลดการเจ็บหน้าอก

1.5 ยาขับปัสสาวะ เป็นยาอีกชนิดที่มีบทบาทสำคัญในการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อควบคุมปริมาณน้ำในร่างกาย ช่วยขับเกลือและน้ำออกจากระบบไหลเวียน ผู้ป่วยต้องสังเกตอาการข้างเคียงของยาขับปัสสาวะ ได้แก่ ทำให้ปัสสาวะมากขึ้น ปากแห้ง การสังเกตอาการ ภายหลังได้ยา เช่น ควรชั่งน้ำหนัก ตวงน้ำดื่ม และปัสสาวะของตนเองในแต่ละวัน

1.6 ยาช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ Digitalis ออกฤทธิ์โดยเพิ่มการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ มีผลทำให้หัวใจบีบตัวแรงขึ้น ปริมาตรเลือดออกจากหัวใจในแต่ละครั้ง (Stroke volume) เพิ่มขึ้น อาการข้างเคียงของยาพบในผู้ป่วยที่ได้ยาขนาดสูง เช่น ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน

2. การรักษาด้วยการทำหัตถการและการผ่าตัด ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีสาเหตุจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จะได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือด (Percutaneous coronary intervention: PCI) หรือการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery bypass graft: CABG) เพื่อทำให้ปริมาตรเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่ขาดเลือดมีปริมาตรที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังมีการผ่าตัดแก้ไขความพิการของลิ้นหัวใจให้สามารถทำงานได้ดีขึ้น ส่วนการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ (Cardiac resynchronization therapy: CRT) ในผู้ป่วยที่มีอัตราการบีบตัวกล้ามเนื้อหัวใจ (Left ventricular ejection fraction: LVEF) น้อยกว่าร้อยละ 35

3. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและรูปแบบการดำเนินชีวิต เพื่อช่วยชะลอความเสื่อมของพยาธิสภาพของโรคไม่ให้รุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่กลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลในระยะเวลา 6 เดือนภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งมีสาเหตุมาจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้อง เกี่ยวกับการจำกัดน้ำดื่ม การรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การขาดการสนับสนุนทางสังคม และไม่มาพบแพทย์ทันทีที่มีอาการผิดปกติ (รพีพันธุ์ สุ่มหิรัญ, 2552) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องเน้นการให้ความรู้ความเข้าใจ และการมีส่วนร่วมในการรักษาของผู้ป่วย โดยมีหลักสำคัญดังนี้

3.1 การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีบทบาทในการดูแลตนเองอย่างเต็มที่มีประสิทธิภาพ

3.2 ประเมินปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง และต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย

- 3.3 ญาติหรือผู้ใกล้ชิดมีบทบาทสำคัญในทีมและมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา
- 3.4 มุ่งเน้นความเข้มงวดในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ
  - 3.5 ดูแลรักษาผู้ป่วยโดยอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพ
  - 3.6 ปรับยาให้ได้ตามแนวทางการรักษามาตรฐาน
  - 3.7 มีช่องทางให้ผู้ป่วยและญาติสามารถติดต่อทีมแพทย์ และพยาบาลเพื่อขอคำปรึกษาได้โดยง่าย
- 3.8 หากลยู่ที่ต่าง ๆ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องวิเคราะห์ในผู้ป่วยแต่ละรายซึ่งอาจใช้วิธีการที่แตกต่างกัน
- 3.9 ให้ความรู้และคำปรึกษาตัวต่อตัวแก่ผู้ป่วย และญาติหรือผู้ดูแลในหัวข้อ ต่อไปนี้
  - 3.9.1 การจำกัดเกลือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวควรบริโภคน้อยกว่า 2 กรัมต่อวัน ร่วมกับการไม่เค็มเกลือ น้ำปลา หรือซีอิ้วในอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว และหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารกระป๋อง อาหารจานด่วน อาหารสำเร็จรูป ควรอ่านฉลากแสดงส่วนประกอบทางโภชนาการเพื่อดูปริมาณส่วนผสมของเกลือหรือโซเดียมคลอไรด์ในอาหาร
  - 3.9.2 การจำกัดน้ำดื่ม ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการรุนแรงควรดื่มน้ำไม่เกิน 2 ลิตรต่อวัน เพื่อช่วยการควบคุมน้ำหนัก และลดการใช้ยาขับปัสสาวะในขนาดสูง ผู้ป่วยควรระมัดระวังการรับประทานซูป น้ำผลไม้ หรือผลไม้ที่มีน้ำเป็นส่วนประกอบจำนวนมาก ด้วยการบันทึกปริมาณน้ำในแต่ละวัน
  - 3.9.3 การควบคุมภาวะโภชนาการ แนะนำผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน ควรลดน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ภาวะอ้วนทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้นและมีขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้น จากรายงานการศึกษาใน ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่สามารถลดน้ำหนักลงได้ พบว่ามีระดับความรุนแรงของอาการหัวใจล้มเหลวดีขึ้น
  - 3.9.4 การเฝ้าระวังอาการตนเอง ผู้ป่วยควรรู้จักอาการต่าง ๆ ของภาวะหัวใจล้มเหลว โดยเฉพาะอาการของภาวะน้ำเกิน และสามารถประเมินได้ว่าอาการเหนื่อยมากขึ้น น้ำหนักมากขึ้น บวม นอนราบไม่ได้ หรือการลุกมาด้วยอาการเหนื่อยหอบตอนกลางคืน เป็นอาการที่ไม่ควรมีในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมแล้ว หากเริ่มมีอาการดังกล่าวควรแจ้งให้ทีมสุขภาพรับรู้แต่เนิ่น ๆ เพื่อแก้ไขอย่างทันที่ และลดการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น
  - 3.9.5 การชั่งน้ำหนักตัว เพื่อประเมินภาวะน้ำเกิน ผู้ป่วยควรชั่งน้ำหนักตนเองทุกวัน หรืออย่างน้อยอาทิตย์ละ 2 ครั้ง ในตอนเช้าหลังจากถ่ายปัสสาวะแล้ว และก่อนรับประทาน

อาหารเข้า การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวมากกว่า 1 กิโลกรัม ใน 1-2 วัน แสดงถึงการมีภาวะน้ำคั่งในร่างกาย ผู้ป่วยควรปรึกษาแพทย์และพยาบาลเพื่อจัดการกับปัญหา ก่อนจะมีอาการกำเริบรุนแรง

3.9.6 การงดดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุชักนำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว จึงควรงดดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิดอย่างเด็ดขาด เนื่องจากแอลกอฮอล์ มีผลลดการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ

3.9.7 การเลิกสูบบุหรี่ ผู้ป่วยควรเลิกสูบบุหรี่อย่างเด็ดขาด เนื่องจากสารนิโคตินในบุหรี่จะกระตุ้นให้หลอดเลือดหดตัวและหัวใจเต้นเร็วขึ้น ขณะที่คาร์บอนไดออกไซด์ในควันบุหรี่ขัดขวางการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนในปอด ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการรุนแรงมากขึ้น

3.9.8 การออกกำลังกาย ผู้ป่วยควรออกกำลังกายในระดับที่ร่างกายสามารถทำได้ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบและอ่อนแรง ช่วยให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะช่วยปลายของร่างกายดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถทำงานต่าง ๆ ได้มากขึ้นและมีความสุขเพิ่มขึ้น วิธีออกกำลังกายที่เหมาะสม คือ การปั่นจักรยาน หรือ เดินบนพื้นราบ โดยเริ่มทีละน้อยจาก 2-5 นาทีต่อวันเป็นเวลา 1 สัปดาห์แล้วเพิ่มเป็น 5-10 นาทีต่อวัน หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่มีการเกร็งของกล้ามเนื้อ เช่น การเบ่ง การยกของหนักกว่า 10 กิโลกรัม หรือการออกกำลังกายที่มากเกินไปจนรู้สึกล้าของตนเอง จากการศึกษาพบว่า การใช้โปรแกรมเดินออกกำลังกายที่บ้านในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันดีขึ้น คุณภาพชีวิตทั่วไป และคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับผลกระทบของภาวะหัวใจล้มเหลวดีขึ้น (กฤติกา ชูณวงษ์, 2547)

3.9.9 เพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคในระดับ NYHA class I และระดับ NYHA class II ควรประเมินสภาพร่างกายก่อนการมีเพศสัมพันธ์ โดยผู้ป่วยที่สามารถเดินขึ้นลงบันได 1 ชั้น (8-10 ชั้น) โดยไม่มีอาการเหนื่อยหอบ สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้อย่างปลอดภัย นอกจากนี้แนะนำการใช้ยาคุมกำเนิดก่อนมีเพศสัมพันธ์จะช่วยลดอาการเหนื่อยหอบ ส่วนผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคระดับ NYHA class III หรือ IV ไม่ควรมีเพศสัมพันธ์ เพราะอาจมีอาการกำเริบในขณะที่หรือหลังมีเพศสัมพันธ์ได้

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะเปลี่ยนผ่านจากการเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้ นั้น ผู้ป่วยจะต้องมีความรู้ในการดูแลตนเอง และสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะดูแลตนเองที่บ้าน เพื่อควบคุมป้องกันไม่ให้อาการกำเริบซ้ำ โดยการให้ความรู้ในเรื่องดังกล่าวข้างต้น

## ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน

การเปลี่ยนผ่านเป็นกระบวนการเคลื่อนไหว การผ่านจากจุดหนึ่งหรือสถานะหนึ่งไปสู่อีกสถานะหนึ่งของชีวิต ซึ่งบุคคลจะเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สถานะใหม่อย่างเป็นกระบวนการ โดยเริ่มจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและพบว่าชีวิตและความเป็นอยู่ในรูปแบบเดิมได้สิ้นสุดลงแล้ว (Ending process) จึงเริ่มต้นที่จะพยายามปรับตัวเพื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น หรือเข้าสู่สถานะใหม่ (Neutral process) และเมื่อปรับตัวได้แล้วบุคคลก็พร้อมที่จะยอมรับและแสดงบทบาทใหม่ (New beginning phase) ซึ่งเป็นระยะสุดท้ายของกระบวนการเปลี่ยนผ่านที่อาจเกิดผลกระทบมากกว่าคนหนึ่งคนในแต่ละสถานการณ์ อย่างไรก็ตามบุคคลจะสามารถเข้าสู่สถานะใหม่ได้โดยสมบูรณ์หรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล และการช่วยเหลือจากปัจจัยแวดล้อม (Chick & Meleis, 1986)

แม้ว่าการเปลี่ยนผ่านจากสถานะหนึ่งเข้าสู่อีกสถานะหนึ่งจะเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่หากบุคคลทราบถึงปัจจัยเงื่อนไขในการเปลี่ยนผ่านไปสู่สถานะใหม่ และมีการเตรียมตัวที่ดีมีการเฝ้าระวังหรือป้องกันผลเสียที่อาจตามมาในช่วงที่มีการเปลี่ยนผ่าน ก็จะทำให้การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สถานะใหม่ของบุคคลนั้นเป็นไปได้ง่ายขึ้น Chick and Meleis (1986) ได้เสนอว่ามโนทัศน์การเปลี่ยนผ่านเป็นมโนทัศน์หนึ่งของศาสตร์ทางการพยาบาล โดยกล่าวว่าพยาบาลและผู้ให้บริการจะมาพบกันในช่วงระยะเวลาที่มีการเปลี่ยนผ่านจากสถานะใดสถานะหนึ่งเกิดขึ้น ในช่วงเวลาที่มีการเปลี่ยนผ่านจากภาวะปกติ (Being healthy) และเริ่มมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันตั้งแต่แรกเริ่มเข้ามาในโรงพยาบาล ระหว่างที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลและก่อนกลับบ้าน ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่ประเมินชนิดต่างๆของการเปลี่ยนผ่าน แบบแผนของการเปลี่ยนผ่าน ปัจจัยที่เอื้ออำนวยในตัวบุคคลและแหล่งประโยชน์จากสิ่งแวดล้อมภายนอก ตลอดจนวางแผนให้การช่วยเหลือ ให้ผู้รับบริการมีการตอบสนองที่ดีต่อกระบวนการเปลี่ยนผ่าน ซึ่งหมายถึง การฟื้นฟูสภาพให้ได้ดังเดิม (Restoration) การคงสภาพเดิม (Maintenance) การป้องกันการเกิดความผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนได้ (Protection) และการส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นได้ (Promotion)

ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน เป็นทฤษฎีที่มุ่งจะประเมินและให้การช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว ตลอดจนชุมชนให้สามารถจัดการต่อการเปลี่ยนแปลงจากสถานะหนึ่งไปยังอีกสถานะหนึ่งได้และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 4 มโนทัศน์ที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน รูปแบบการตอบสนอง และการบำบัดทางการพยาบาล (Meleis et al., 2000)



1. ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน เป็นมโนทัศน์ที่ประกอบไปด้วยชนิดของการเปลี่ยนผ่าน (Types of transition) แบบแผนของการเปลี่ยนผ่าน (Pattern of transition) และลักษณะของการเปลี่ยนผ่าน (Properties of transition) ดังนี้

1.1 ชนิดของการเปลี่ยนผ่าน เป็นการแบ่งชนิดหรือปรากฏการณ์ในการเปลี่ยนผ่าน จากจุดหนึ่งของชีวิต หรือจากสถานะหนึ่งไปสู่อีกสถานะหนึ่งของชีวิต ซึ่งมี 4 ชนิด ได้แก่

- 1) การเปลี่ยนผ่านตามระยะพัฒนาการ (Developmental transition) เป็นการเปลี่ยนผ่านในแต่ละช่วงวัยของบุคคล
- 2) การเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ (Situational transition) เป็นการเปลี่ยนผ่านตามเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามาในชีวิต
- 3) การเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย (Health/Illness transition) เป็นการเปลี่ยนผ่านที่มีความสัมพันธ์กับความเจ็บป่วย และส่งผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัว เช่น การเปลี่ยนจากการรับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน
- 4) การเปลี่ยนผ่านตามระยะขององค์กร (Organizational transition) เป็นการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมทางด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมืองที่มีผลกระทบต่อบุคคลในองค์กรหรือสังคมนั้น

1.2 แบบแผนของการเปลี่ยนผ่าน เป็นรูปแบบทั่วไปของการเปลี่ยนผ่านที่ประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ หลายอย่างที่ซับซ้อนและยากต่อการจำแนก เนื่องจากการเปลี่ยนผ่านอาจเป็นการที่บุคคลต้องเผชิญสถานการณ์เดียว (Single transition) ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวอาจมีลำดับของขั้นตอนในการเกิดและอาจมีความสัมพันธ์กับเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ (Related transition) หรือไม่มีความสัมพันธ์ก็ได้ (Unrelated transition)

1.3 ลักษณะของการเปลี่ยนผ่าน เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาหนึ่งของการเปลี่ยนผ่าน ทั้งนี้การเปลี่ยนผ่านจะเกิดขึ้นไปในทิศทาง หรือมีการเปลี่ยนแปลงคุณลักษณะ บทบาท ความสัมพันธ์ ความสามารถและแบบแผนของพฤติกรรมไปในลักษณะใด ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ ดังนี้

- 1) การรู้สติ (Awareness) เป็นการรับรู้ความเข้าใจ และยอมรับในประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้น
- 2) การเตรียมพร้อม (Engagement) โดยคิดพิจารณาหาวิธีการและลงมือหาข้อมูล เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สอดคล้องกับสถานการณ์การเปลี่ยนผ่าน
- 3) การเปลี่ยนแปลงและความแตกต่าง (Change and Difference) เป็นการปรับตัวต่อบทบาทและสถานการณ์ใหม่ที่แตกต่างไปจากบทบาทเดิม
- 4) ระยะเวลาของการเปลี่ยนผ่าน (Transition time spa) หากมีความชัดเจนและคงที่ก็จะช่วยลดการเกิดความสับสนและความเครียดต่อเหตุการณ์ที่ไม่สามารถกำหนดได้
- 5) จุดวิกฤตหรือจุดเปลี่ยนของเหตุการณ์ (Critical points and event) เป็นการตระหนักรู้ว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือมีความแตกต่างไปจากเดิม

2. เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน เป็นกรอบในการประเมินบุคคล ครอบครัว หรือองค์กร เพื่อให้เข้าใจถึงประสบการณ์เปลี่ยนผ่าน ที่จะเป็นตัวทำนายว่าการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นหรือกำลังจะ

เกิดขึ้นนั้นจะผ่านพ้นไปได้โดยง่ายหรือจะมีความยากลำบาก ซึ่งขึ้นอยู่กับเงื่อนไขส่วนบุคคล (Personal) ชุมชน (Community) และสังคม (Society)

2.1 เงื่อนไขส่วนบุคคล เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่อาจยับยั้งหรือสนับสนุน กระบวนการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย 1) การให้ความหมาย (Meanings) ซึ่งเป็นการ ประเมินตัดสินการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นว่ามีผลกระทบต่อชีวิตของตนเองในด้านบวก ด้านลบ หรือ เป็นกลาง ๆ ซึ่งผลของการประเมินดังกล่าว มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์เดิมที่บุคคลมีต่อ สถานการณ์การเปลี่ยนผ่านนั้น ดังนั้นในสถานการณ์เดียวกันแต่ละบุคคลก็จะมีการประเมินผล แตกต่างกันไป 2) วัฒนธรรม ความเชื่อและทัศนคติ (Cultural beliefs and attitudes) เป็นอีกสิ่งหนึ่งที่มี ผลต่อกระบวนการเปลี่ยนผ่านของบุคคล ทั้งนี้ในบริบทของแต่ละสังคมก็จะมีวัฒนธรรม ความเชื่อ และทัศนคติที่แตกต่างกัน 3) สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (Socioeconomic status) มีผลกระทบต่อจิตใจ และทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติได้หากบุคคลนั้นมีสถานะทางเศรษฐกิจและ สังคมที่ไม่ดี 4) การเตรียมความพร้อมและความรู้ (Preparation and knowledge) เป็นการพัฒนา ทักษะที่จำเป็นของสถานการณ์เปลี่ยนผ่าน เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในสถานะใหม่และปรับตัว เข้ากับสถานะใหม่ได้อย่างสมบูรณ์

2.2 เงื่อนไขจากสภาพชุมชน เป็นเงื่อนไขอีกประการหนึ่งที่สามารถส่งเสริมหรือ ยับยั้งกระบวนการเปลี่ยนผ่านของบุคคล เช่น แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว บุคลากรทางสุขภาพ และกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เป็นต้น

2.3 เงื่อนไขจากสภาพสังคม เป็นสิ่งแวดล้อมภายนอกตัวบุคคลที่สำคัญระหว่างที่มี การเปลี่ยนผ่าน และมีผลกระทบต่อกระบวนการเปลี่ยนผ่าน

3. รูปแบบการตอบสนอง เป็นการตอบสนองของบุคคลที่มีต่อสถานการณ์เปลี่ยนผ่าน โดยประเมินได้จากตัวชี้วัดด้านกระบวนการ (Process Indication) และตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ (Outcome Indicators)

3.1 ตัวชี้วัดด้านกระบวนการ เป็นผลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย 1) การมีความต่อเนื่อง (Feeling connected) ซึ่งเป็นวัฒนธรรมของการดูแลรักษาใน โรงพยาบาลที่จะต้องทำให้เกิดความต่อเนื่องของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความรู้สึกมั่นคงและปลอดภัยทั้งสภาพร่างกายและจิตใจ 2) การทำให้ ผู้รับบริการมีปฏิสัมพันธ์ (Interesting) กับผู้อื่น เนื่องจากจะเป็นสิ่งที่จะช่วยให้เกิดการพัฒนา พฤติกรรมอย่างเปิดเผย ชัดเจน และยอมรับต่อการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้น 3) การสร้างความเข้าใจใน สถานที่และสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (Location and being situated) เป็นการรับรู้ และสร้างความหมาย ใหม่ต่อการเปลี่ยนผ่านในขณะนั้น 4) การสร้างความเชื่อมั่นและการปรับตัว (Developing

confidence and coping) เป็นการเพิ่มความเข้าใจในกระบวนการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นให้กับผู้รับบริการ

3.2 ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ เป็นความสามารถของบุคคลในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่บทบาทใหม่ได้อย่างแข็งแกร่ง (Mastery) และมีความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สอดคล้องกับสถานการณ์ได้ ตลอดจนสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม (Fluid integrative identities)

4. การบำบัดทางการพยาบาล เป็นวิธีการต่าง ๆ ที่พยาบาลจะสามารถช่วยเหลือให้บุคคลเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ได้อย่างสมบูรณ์ และง่ายขึ้น ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากโรคและการรักษา และการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสม ซึ่งขั้นตอนในการบำบัดทางการพยาบาลมีดังนี้

4.1 การประเมินความพร้อมของบุคคลในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ (Assessment of readiness) โดยทำการประเมินทุกเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน

4.2 การเตรียมความพร้อมสำหรับการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ (Preparation for transition) เป็นการให้ความรู้หรือพัฒนาทักษะที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ให้เป็นไปได้ง่ายขึ้น

4.3 การให้การพยาบาลเพื่อสนับสนุนการเปลี่ยนผ่าน หรือการใช้บทบาทเสริม (Role supplementation) สามารถทำได้โดยส่งเสริมการรับรู้ ความเชื่อ และสร้างเจตคติต่อความเจ็บป่วยในทางที่เหมาะสม ให้ข้อมูลที่ช่วยให้เกิดการพัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง ดึงแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ เช่น ครอบครัว ระบบบริการ และสังคมมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น ตลอดจนส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยด้วยการพัฒนาความรู้และฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย

4.4 ประเมินผลลัพธ์ของการเปลี่ยนผ่าน เช่น ความสามารถในการปรับตัว ความเชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพ การรับรู้ถึงการเข้าถึงระบบบริการทางสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต ตลอดจนสภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกายและทางจิตใจ

จากทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านที่ Meleis et al. (2000) ได้กล่าวว่าการเปลี่ยนแปลงสภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยทำให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนผ่านซึ่งเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน แต่ถ้าหากทำความเข้าใจในกระบวนการเปลี่ยนผ่านที่จะเกิดขึ้น และทราบปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนผ่าน ก็จะจัดการกับปัจจัยที่สนับสนุนหรือยับยั้ง เพื่อให้การเปลี่ยนผ่านเป็นไปได้ง่ายขึ้น ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ ดังนั้นหากพยาบาลสามารถประเมินธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน เงื่อนไขการเปลี่ยนผ่าน ตลอดจนทำความเข้าใจกับกระบวนการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้น ก็จะสามารถออกแบบการพยาบาลเพื่อจัดการกับปัจจัยที่ยับยั้ง และช่วยส่งเสริมปัจจัยที่ช่วยให้การเปลี่ยนผ่านเป็นไปได้ง่ายขึ้น

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะที่มีความผิดปกติในหน้าที่ของหัวใจที่ร้ายแรง เรื้อรังและก้าวหน้าขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มักได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเฉพาะช่วงระยะวิกฤตเท่านั้น เมื่ออาการดีขึ้นและเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยมักได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยจึงต้องเตรียมตัว เรียนรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อควบคุมอาการรวมถึงป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม ควบคุมอาการและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะหัวใจล้มเหลวได้ สามารถทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายและมีความสุขในการดำเนินชีวิต ถ้าผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรังที่บ้านได้ดี ก็จะส่งผลให้การเปลี่ยนผ่านเป็นไปได้ง่ายขึ้น เกิดการดูแลตนเองอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจนต้องกลับมาพบแพทย์ก่อนกำหนดหรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะแทรกซ้อน และมีอาการผิดปกติจึงต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ภายหลังการรักษาพยาบาล ตัวบ่งชี้ที่แสดงว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนผ่านจากการได้รับการดูแลจากบุคลากรในโรงพยาบาลเป็นการดูแลตนเองที่บ้าน คือ ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

### **ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในการเปลี่ยนผ่านจากการได้รับการรักษาในโรงพยาบาลไปสู่บ้าน**

ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยว่าสามารถจะกลับไปดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านได้ ซึ่งนำมาใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (Shaefer, Anderson, & Simmus, 1990) แนวคิดเกี่ยวกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้นำเสนอเป็นครั้งแรกโดย Finwick ในปี ค.ศ. 1979 เพื่อใช้ประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู ตั้งแต่นั้นเป็นต้นมาความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจึงเป็นหนึ่งในองค์ประกอบของการวางแผนจำหน่าย และเป็นปัจจัยหนึ่งที่นักวิจัยทางการแพทย์ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ของคุณภาพการดูแลผู้ป่วยของสถานบริการ (Turrel Davis, Graham, & Weiss, 2005 ; Weiss & Piacentine, 2006; ศรีนรินทร์ ศรีประสงค์, 2551) มีผู้ให้ความหมายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไว้หลายท่าน ดังนี้

Finwick (1979) ให้ความหมายว่า เป็นการผสมผสานระหว่างปัจจัยทางด้านร่างกาย (Physiological) จิตใจ (Psychological) และสังคม (Social) ซึ่งความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นความสมดุลระหว่างความสามารถและข้อจำกัดของกระบวนการนี้ (Cognitive) อารมณ์ (Affective) และจิตใจ (Psychological) แบ่งการประเมินความพร้อมก่อน

จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็น 5 ด้าน คือ ด้านการรักษา (Medical status) ด้านการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวัน (Function readiness) ด้านจิตสังคม (Psycho-social readiness) ด้านทักษะการติดต่อสื่อสาร (Readiness in communication skill) และด้านรูปแบบการดำเนินชีวิตในอนาคต (Readiness in future living patterns)

Steele and Sterling (1992 cited in Turrell et al., 2005) ให้ความหมายของความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลว่าเป็นการคาดการณ์ของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับความสามารถของผู้ป่วยที่จะออกจากอาคารดูแลของบุคลากรในระยะวิกฤต โดยเป็นการรับรู้ที่ดีและเพียงพอในด้านร่างกาย (Physiological) ด้านความคิด (Cognitive) ด้านอารมณ์ (Affective) ด้านความสามารถในการเคลื่อนไหวตามอำนาจของจิตใจ (Psychomotor skills) และด้านการสนับสนุนที่จะได้รับภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Social support)

Weise and Piacentine (2006) ได้ให้ความหมายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลว่า เป็นการตัดสินใจ (Judgement) หรือการรับรู้สภาพของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Patient's immediate state) ต่อความสามารถ (Abilities) ในการจัดการดูแลสุขภาพเมื่ออยู่ในสภาพแวดล้อมที่บ้าน

สำหรับการศึกษานี้ผู้ศึกษาใช้แนวคิดของ Weise and Piacentine (2006) จากการให้ความหมายของความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลดังกล่าว พบว่าเป็นการประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย และครอบครัว

ภาวะหัวใจล้มเหลว ถือเป็นภาวะเจ็บป่วยที่เรื้อรังถ้าหากผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตนเพื่อควบคุม และป้องกันการกำเริบของอาการได้ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากขึ้น ดังนั้นความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จึงเป็นปรากฏการณ์การรับรู้และการคาดการณ์ของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เกี่ยวกับความสามารถในการจัดการกับภาวะสุขภาพของตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งหากผู้ป่วยได้รับการเตรียมตัวที่ดีก่อนจำหน่ายก็จะทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่าจะสามารถไปดูแลตนเองได้ จากการศึกษพบว่า ระดับของความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยรับรู้ สามารถทำนายอัตราการกลับเข้ารับการรักษาได้อย่างแม่นยำ ถ้าหากผู้ป่วยมีระดับความพร้อมสูง ก็จะสามารถทำนายได้ว่าอัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำจะต่ำ (Turrell et al., 2005; Weiss & Piacentine, 2006; Weiss et al., 2007)

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้เชี่ยวชาญแต่ละสาขาวิชาชีพก็จะมีตัวชี้วัดในการประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายในผู้ป่วยคนเดียวกันที่แตกต่างกัน (Finwick, 1979 cited in Dalton & Gottlieb, 2003) ในขณะที่ผู้ป่วยและครอบครัวจะประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจาก

โรงพยาบาลในมุมมองที่นอกเหนือจากอาการแสดงทางสรีรวิทยา ส่วนบุคลากรสุขภาพจะรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จากความคงที่ของอาการทางกาย ได้แก่ สัญญาณชีพ ความสมดุลของปริมาณน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย การขับถ่าย ความสามารถในการเคลื่อนไหว ร่างกาย ความเจ็บปวด และอาการคลื่นไส้อาเจียน (Weiss et al., 2007) ส่งผลให้การประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีระดับต่ำกว่าที่ทีมสุขภาพประเมิน (Weiss & Piacentine, 2006; Reiley, Iezzoni, Davis, & Tuchin, 1996 cited in Lerret, 2009) ดังนั้นขณะที่บุคลากรสุขภาพประเมินว่าผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่ผู้ป่วยและครอบครัวอาจรับรู้ว่าจะยังไม่พร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเอง การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

Weiss and Piacentine (2006) ประเมินความพร้อมตามการรับรู้ของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลใน 4 ด้าน ดังนั้นการศึกษานี้จึงประเมินความพร้อมตามการรับรู้ของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลใน 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านบุคคล (Personal status) เป็นความพร้อมทางร่างกายและอารมณ์ของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยจะรับรู้ถึงความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย มีความรู้สึกปลอดภัยและมีความมั่นใจในความสามารถที่จะดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
2. ด้านความรู้ (Knowledge) เป็นการรับรู้ถึงความเหมาะสมของข้อมูลที่ต้องการในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การขาดความพร้อมในด้านความรู้ในการดูแลตนเองอาจนำไปสู่ปัญหาภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้
3. ด้านความสามารถในการแก้ปัญหา (Coping ability) เป็นการรับรู้ในความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการและแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ถ้าผู้ป่วยมีความสามารถในการแก้ไขและจัดการปัญหาที่ดีก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้เป็นปกติ ไม่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
4. ด้านความคาดหวังในการได้รับความช่วยเหลือ (Expected support) เป็นความคาดหวังของผู้ป่วยที่จะได้รับการช่วยเหลือทั้งทางด้านอารมณ์และด้านวัตถุ สิ่งของ เงินทอง และแรงงานที่จะได้รับภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลใน 4 ด้าน ด้วยระดับที่แตกต่างกันตามการรับรู้ของตนเอง และนอกจากการรับรู้ในด้านต่าง ๆ ข้างต้นแล้ว ในช่วงเวลาก่อนจำหน่าย ยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งมีส่วนในการยับยั้งหรือส่งเสริมให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมากขึ้นแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

## ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังไม่มีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แต่มีการศึกษาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง โดยพบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีสมรรถนะการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพโดยรวมไม่ต่างจากผู้ใหญ่ (จอม สุวรรณ โณ, เรวดี เพชรศิริลักษณ์, จุก สุวรรณ โณ, วงรัตน์ ไสสุข และอรุณศรี จันทร์ประดิษฐ์, 2552) และจากการศึกษาของ เกศรา โชนำชัยศิริ (2554) พบว่าภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว และการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 46 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $R^2=.46, p<.001$ ) และยังพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรม การดูแลตนเองอยู่ในระดับที่ไม่เหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังขาดการศึกษาที่เพียงพอเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และจากการชี้แนะของทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน ผู้วิจัยจึงคัดเลือกปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้อง ซึ่งบทบาทของพยาบาลสามารถประเมินและสามารถจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับสูงปัจจัยดังกล่าวได้แก่ เพศ และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน และปัจจัยด้านการบำบัดทางการพยาบาล ได้แก่การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

### เพศ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เพศ เป็นปัจจัยเงื่อนไขส่วนบุคคลที่สามารถสนับสนุนหรือยับยั้งความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จากการศึกษานี้ของ Riedinger et al. (2001) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพศหญิงจะมีความพึงพอใจในชีวิต มีสมรรถภาพทางกาย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ตลอดจนมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับต่ำกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยเพศหญิงรับรู้อาการและระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวมากกว่าเพศชาย ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกายและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และผู้ป่วยเพศหญิงมีความทุกข์ทรมานด้านจิตใจมากกว่าเพศชาย (Friendman, 2003; Johnansson, Agnebrink, Dahlstroma, & Brestrom, 2004; Heo et al., 2007) อย่างไรก็ตามจากการศึกษาผลลัพธ์ภายหลังการรักษาของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพศหญิงและชายมีความแตกต่างกัน โดยพบว่าผู้ป่วยเพศชายมีการพยากรณ์อัตราการรอดชีวิตหลังจากมีอาการภาวะหัวใจล้มเหลว

เกิดขึ้นแล้ว โดยเฉลี่ย 1.7 ปี ในขณะที่ผู้ป่วยเพศหญิงมีอัตราการรอดชีวิตเฉลี่ย 3.2 ปี และอัตราการตายภายใน 5 ปี พบอัตราการตายในผู้ป่วยชายร้อยละ 60 และผู้ป่วยหญิงร้อยละ 45 (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2553) ผลการศึกษาดังกล่าวอาจสะท้อนถึงความแตกต่างของความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ของเพศกับการรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

### การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยเงื่อนไขของการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากดำรงชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ต้องพึ่งพาอาศัยครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางสุขภาพ ช่วยเหลือในการทำกิจกรรม การให้คำปรึกษา มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และความรู้สึกซึ่งกันและกัน ให้ความไว้วางใจกันเพื่อให้บรรลุความต้องการของตนเอง เกิดความรู้สึกมั่นคง ทำให้ดำรงชีวิตภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีความสุข เชื่อมโยงไปสู่ภาวะร่างกายและจิตใจของบุคคล โดยมีผู้ให้ความหมายของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

Zimet et al. (1988) ให้ความหมายว่า การรับรู้และเข้าใจ อย่างเพียงพอจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลใกล้ชิด เพื่อเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ต่อการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Zimet et al. (1988) ซึ่งกล่าวว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบที่บุคคลได้รับจาก ครอบครัว เพื่อน และบุคคลใกล้ชิด โดยทั้งสามมิติแห่งการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลนั้นสามารถเผชิญกับภาวะที่ก่อให้เกิดความเครียด หรือภาวะเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยบุคคลผู้นั้นจะรับรู้ว่ามีคนคอยช่วยเหลือ ได้รับการดูแลเอาใจใส่ ความไว้วางใจ ห่วงใย หรือเห็นคุณค่าของตนเองอยู่ ทำให้เกิดพฤติกรรมตอบสนองทางสุขภาพอย่างเหมาะสม ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 3 องค์ประกอบได้แก่

1. ครอบครัว (Family) เป็นองค์กรที่มีขนาดเล็กที่สุดในสังคมประกอบด้วย บุคคลที่มีความสัมพันธ์กันทางสายโลหิตหรือทางกฎหมายเป็นกลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป โดยการสมรส หรือการรับรองบุตรเป็นบุตรบุญธรรม มีการดำเนินชีวิตร่วมกัน รวมทั้งมีความผูกพันกันทั้งทางอารมณ์และจิตใจ มีการดำเนินชีวิตร่วมกัน รวมทั้งมีการพึ่งพากันทางสังคม และเศรษฐกิจ

2. เพื่อน (Friend) เป็นบุคคลที่คอยช่วยเหลือเกื้อกูล เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ มีความเข้าใจ คอยเคียงข้างเมื่อบุคคลนั้นมีความทุกข์ มีความจริงใจ รับฟังความคิดเห็น หรือความไม่สบายใจของอีกฝ่ายได้ โดยไม่ได้ร่วมสายโลหิตเดียวกัน



3. บุคคลอื่นที่มีความสำคัญ (Significant other) เป็นบุคคลที่มีความสำคัญที่ช่วยให้บุคคลหนึ่งก้าวผ่านช่วงวิกฤตได้ เป็นบุคคลที่ไม่ได้มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต แต่การได้รู้จักบุคคลนี้จะช่วยให้การดำเนินชีวิตมีความสุข โดยจะคอยให้ความช่วยเหลือ บุคคลอื่นที่มีความสำคัญ ได้แก่ คนที่เคารพนับถือ ผู้บังคับบัญชา อาจารย์ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือคนในชุมชน เช่น อสม.

โดยทั้งสามองค์ประกอบของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลนั้นสามารถเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยบุคคลผู้นั้นจะรับรู้ว่ามีคนคอยช่วยเหลือ ได้รับการดูแลเอาใจใส่ ความไว้วางใจ ห่วงใย เห็นคุณค่าของตนเอง ทำให้เกิดพฤติกรรมตอบสนองได้อย่างเหมาะสม เช่น พฤติกรรมสุขภาพที่ดี เป็นต้น

การสนับสนุนทางสังคม คือการที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรับรู้ถึงความรู้สึกใคร่ผูกพัน ความไว้วางใจ และความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่นในสังคมที่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีคุณค่าในตนเอง เนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลวไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำรงชีวิตให้สอดคล้องกับการเจ็บป่วย และข้อจำกัดในความสามารถของการทำหน้าที่ของร่างกายส่งผลให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจหลอดเลือด พบว่าผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ หรือ คู่ครอง ที่ดีสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องเหมาะสม มีอัตราการเสียชีวิต และการเจ็บป่วยน้อยลง โดยเฉพาะในช่วง 1 ปีแรกภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Mookadam, 2004) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี (Sayers et al., 2008) และผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ จะมีกำลังใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองในทางที่ดี (Krumholz et al., 1999) นอกจากนี้ยัง พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการช่วยเหลือโดยการจดยาให้รับประทาน และไปรับยาให้ขณะมาตรวจตามนัด จะมีพฤติกรรมมาตรวจตามนัด และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพิ่มขึ้น (ปิยะรัตน์ นิมพิทักษ์พงศ์, 2548) จันทิมาฤกษ์เลื่อนฤทธิ (2555) ได้ศึกษากระบวนการทางด้านจิตใจและอารมณ์เพื่อการมีชีวิตที่ปกติของผู้ป่วยหัวใจวาย พบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัวในทุกๆระยะของกระบวนการที่เกิดขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบความต้องการ และความหมายของการมีชีวิตอยู่ ทำให้ผู้ป่วยพยายามฝ่าฟันกับปัญหาต่างๆ และสามารถก้าวผ่านปัญหาต่างๆ ได้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องของการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสะท้อนให้เห็นว่าถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้การสนับสนุน

ทางสังคมที่ดี จะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดีซึ่งอาจแสดงถึงผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อไปดูแลตนเองที่บ้านได้

### การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นการบำบัดทางการพยาบาลที่พยาบาลให้แก่ผู้ป่วยและญาติ และเป็นกิจกรรมที่สำคัญในการวางแผนจำหน่ายที่พยาบาลเข้าไปให้การช่วยเหลือบุคคลให้มีความรู้ และพัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อการเปลี่ยนผ่าน เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ ตลอดจนทักษะต่าง ๆ ที่จะสามารถช่วยให้การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สถานะใหม่ได้อย่างสมบูรณ์ (Meleis et al., 2000)

โดยจุดมุ่งหมายของการสอนเพื่อการจำหน่าย (Discharge teaching goals) ก็เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการ และแนวทางการรักษา การปฏิบัติตามแนวทางการรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ความจำเป็นของการพักผ่อน การรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค การจัดการเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ตามระดับความสามารถของผู้ป่วย และทราบว่าเมื่อใดควรจะต้องได้รับการตรวจตามนัด (Schiling McCann, 2007) ซึ่ง Weiss and Piacentine (2006) ได้แบ่งคุณภาพการสอนออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านเนื้อหาการสอน (Content amount) ประกอบไปด้วยข้อมูลในเรื่องการดูแลตนเอง การจัดการกับภาวะอารมณ์ ยาและการรักษา และการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา และด้านทักษะการสอน (Content delivery) เป็นลักษณะหรือบุคลิกภาพของผู้สอนในการรับฟังและตอบคำถามผู้ป่วย วิธีการสอน การประเมินความเข้าใจของผู้ป่วย ความสอดคล้องและตรงกันของข้อมูลที่รับจากบุคลากรทางสุขภาพ ช่วงเวลาและระยะเวลาในการสอน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า Weiss et al. (2007) ได้ศึกษาผู้ป่วยอายุกรรมและศัลยกรรมจำนวน 147 ราย พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาล โดยพยาบาลที่มีการเตรียมเนื้อหาการสอนที่มีทักษะการสอนที่ดี ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน ถ้าข้อมูลที่ได้รับจากบุคลากรทางสุขภาพนั้นมีความสอดคล้องและตรงกันก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีทักษะและความรู้ที่จะดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ไม่ครอบคลุมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ (Heine, Koch, & Giodie, 2004) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาถึงความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยก่อนจำหน่ายมีความต้องการข้อมูลในเรื่องการใช้ยา ภาวะแทรกซ้อนและอาการแสดงของโรค การรักษาและการปฏิบัติกิจกรรมก่อนได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Smith & Liles, 2007) สอดคล้องกับการศึกษาของ แสงเดือน กันทะชู (2552) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความ

พร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 100 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสอนที่มีคุณภาพก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะออกจากโรงพยาบาล ดังนั้นการสอนผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะต้องมีเนื้อหาที่เหมาะสมและครอบคลุม ผู้สอนต้องมีทักษะการสอนที่ดีจึงจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะเปลี่ยนผ่านจากการรักษาในโรงพยาบาลไปดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .29, p < .05$ )

การสอนภายในโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่จะช่วยให้อัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำลดลง อย่างไรก็ตามก่อนที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะไม่สามารถจำข้อมูลที่สำคัญที่พยาบาลบอกได้เลย หากขาดทักษะการสอนที่ดีในการส่งผ่านข้อมูลให้กับผู้ป่วย (Walraven, Bennett, Jennings, Austin, & Forster, 2011) จากการศึกษาพบว่าพยาบาลไม่สามารถให้ข้อมูลตามที่ผู้ป่วยต้องการได้ เนื่องจากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่มักได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเฉพาะช่วงระยะวิกฤตเท่านั้น เมื่ออาการดีขึ้นและเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยมักได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน จึงอาจไม่มีเวลาเตรียมตัวในการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ประกอบกับสภาพของหัวใจอาจยังไม่ฟื้นตัวเต็มที่ และด้วยบริบทภายในโรงพยาบาลที่จะต้องมุ่งเน้นให้การดูแลผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันให้ได้รับความปลอดภัย ทำให้กระบวนการสอนที่ผู้ป่วยได้รับจากพยาบาลไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ไม่ครอบคลุมในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองภายหลังจำหน่าย และเป็นเพียงการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยขณะปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเท่านั้น (Suhonen & Leino-Kilpi, 2006; สุธีรา สร้อยสังวร, 2550; ขนิษฐา ชวนานนท์ และอนินดา เตชะเวชเจริญ, 2551) จากสถานการณ์ดังกล่าวจึงอาจมีผลต่อการรับรู้ข้อมูลจากการสอนที่ได้รับ ซึ่งอาจทำให้มีผลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในมารดาหลังคลอด และในกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีความเจ็บป่วยด้านอายุรกรรมและศัลยกรรมในต่างประเทศ สำหรับประเทศไทยเป็นการศึกษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแต่ยังไม่พบการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งมีความแตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยข้างต้น เนื่องจากเป็นภาวะที่มีความผิดปกติในหน้าที่ของหัวใจที่รุนแรงเรื้อรังรักษาไม่หายขาด แม้จะรักษาให้อาการดีขึ้นแล้วแต่ยังสามารถกลับเป็นซ้ำได้อีก จากลักษณะที่เป็นโรคเรื้อรังทำให้เกิดอาการกำเริบเป็นระยะ ๆ เป็นผลให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งในด้านสังคมและเศรษฐกิจจากการมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง ดังนั้นหากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก็จะทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

มีความเชื่อมั่นว่าจะสามารถจัดการกับภาวะสุขภาพของตนได้เป็นอย่างดีภายหลังการจำหน่าย การศึกษาครั้งนี้จะทำให้ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตาม การรับรู้ของผู้ป่วยและทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เพื่อนำมาพัฒนาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลวให้เหมาะสม ครอบคลุมตามความต้องการของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อม ที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research design) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของ เพศ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี เป็นผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ในปี พ.ศ. 2557

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ทั้ง 5 หอผู้ป่วย ของ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี ตั้งแต่ เดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนพฤษภาคม ปี พ.ศ. 2557 โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
2. แพทย์อนุญาตให้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
3. ระดับความรู้สึกรู้ตัวดี มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถตอบ

แบบสอบถามได้ด้วยตนเองหรือตอบคำถามได้

4. สามารถสื่อสาร และเข้าใจภาษาไทยได้ดี
5. ผู้ป่วยได้รับการพิจารณาว่ามีอาการคงที่แล้ว โดยมีสัญญาณชีพปกติ ไม่มีอาการหายใจ

เหนื่อยหอบ หายใจลำบาก หรืออาการอื่น ๆ ที่แสดงถึงภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำภายใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา

#### การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

1. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Thorndike (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณดังนี้

$$n = 10k + 50$$

n คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

k คือ จำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา

(การศึกษานี้มีจำนวนตัวแปรต้นที่นำมาศึกษาทั้งหมด 3 ตัวแปร)

$$\text{ดังนั้น } n = (10 \times 4) + 50$$

$$n = 90$$

ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ 90 ราย

2. เลือกตัวกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วย

อายุรกรรมทั้ง 5 หอผู้ป่วยของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ประกอบด้วยตึกผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 อายุรกรรมชาย 2 อายุรกรรมหญิง 3 อายุรกรรมหญิง 4 ตึกสงฆ์อาพาธ ผู้วิจัยกำหนดช่วงเวลาที่ศึกษา คือเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2557 และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลจนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด 90 ราย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 4 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไป เป็นคำถามแบบเลือกตอบ และคำถามปลายเปิด จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส บทบาทในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือเมื่อออกจากโรงพยาบาล ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ และสิทธิการรักษาพยาบาล

1.2 ข้อมูลด้านการเจ็บป่วย เป็นการบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ วันที่เข้ารับการรักษา ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวนครั้งที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว วันที่แพทย์ระบุการจำหน่ายผู้ป่วย ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว (New York Heart Association Function Classification [NYHA])

2. แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS)

ในการศึกษานี้ใช้แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ ซึ่งพัฒนาโดย Zimet et al. (1988) เป็นแบบสอบถามใช้วัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากครอบครัว (Family) เพื่อน (Friends) และบุคคลพิเศษ (Significant other) สำหรับแบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิตินี้ฉบับภาษาไทย Wongpakaran et al. (2011) ได้ทำการแปลและแปลย้อนกลับแบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ และแบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้

2.1 ด้านการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากครอบครัว จำนวน 4 ข้อ

2.2 ด้านการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากเพื่อน จำนวน 4 ข้อ

2.3 ด้านการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากบุคคลพิเศษ จำนวน 4 ข้อ

ข้อคำถามแต่ละข้อประกอบด้วยคำตอบที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale)

7 อันดับ มีความหมายของคำตอบและเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้

1 = ไม่เห็นด้วยอย่างมาก หมายถึง ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบไม่ตรง  
ความจริงมากที่สุด

2 = ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบไม่ตรง  
ความจริงมาก

3 = ค่อนข้างไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบไม่ตรงความ  
จริงเล็กน้อย

4 = เฉยๆ หมายถึง ข้อความนั้นผู้ตอบรู้สึกเป็นกลาง

5 = ค่อนข้างเห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบได้ตรง  
ความจริงมากเล็กน้อย

6 = เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบได้ตรง  
ความจริงมาก

7 = เห็นด้วยอย่างมาก หมายถึง ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบได้ตรงความ  
จริงมากที่สุด

การคิดคะแนนจะนำคะแนนรวมทั้งชุดของแบบสอบถามหารด้วยจำนวนข้อ ได้ค่า  
คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1-7 คะแนนจากนั้นนำมาแปลผล ซึ่งสามารถแบ่งระดับการสนับสนุนทาง  
สังคมได้ 3 ระดับคะแนน ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.0-2.5 คะแนน แปลว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมต่ำ

ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.6-5.5 คะแนน แปลว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 5.6-7.0 คะแนน แปลว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมสูง

Wongpakaran et al. (2011) ได้นำแบบสอบถามชุดนี้ไปใช้วัดการรับรู้การสนับสนุนทาง  
สังคมในกลุ่มนักศึกษาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่จำนวน 310 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น  
เท่ากับ .91 และกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่รักษาตัวในโรงพยาบาลได้ค่าความเชื่อมั่น .87 และสุวีณา  
เบาะเปลี่ยน (2554) ได้ใช้แบบสอบถามชุดนี้มาวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรค  
หลอดเลือดหัวใจ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89

### 3. แบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาล

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบสอบถามการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาล ที่พัฒนาโดย Weiss and Piacentine (2006) ที่ใช้วัดคุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาล สำหรับแบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาลฉบับภาษาไทย แสงเดือน กันทะฐู (2552) ได้นำไปแปลและแปลย้อนกลับซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ โดยแบ่งข้อคำถาม ออกเป็น 2 ด้าน ดังนี้

3.1 ด้านเนื้อหาการสอน จำนวน 6 ข้อ คือ ข้อ 1-6 แต่ละข้อประกอบด้วยข้อคำถามเปรียบเทียบระหว่างข้อมูลของผู้ป่วยต้องการ กับข้อมูลที่ได้รับการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเกี่ยวกับ การดูแลตนเอง การจัดการกับภาวะอารมณ์ ยาและการรักษา และการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา โดยในส่วนของข้อมูลที่ต้องการนั้นไม่ได้นำมาคิดคะแนน

3.2 ด้านทักษะการสอน จำนวน 12 ข้อ คือ ข้อ 7-18 เป็นข้อคำถามการรับรู้ของผู้ป่วยต่อความสามารถในการสื่อสาร อธิบาย และความเอาใจใส่ของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยในการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 11 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 0-10 โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่พบเหตุการณ์นั้นเลย และ 10 คะแนน หมายถึง พบเหตุการณ์นั้นเป็นอย่างมาก คะแนนรวมได้จากคะแนนของเนื้อหาการสอนที่ได้รับ และทักษะการสอน ซึ่งคะแนนรวมทั้งหมดยู่ในช่วงคะแนน 0-180 คะแนน ผู้ที่ให้คะแนนน้อยแสดงว่าคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ ส่วนผู้ที่ให้คะแนนสูงแสดงว่าคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของพยาบาลอยู่ในระดับดี ซึ่งแสงเดือน กันทะฐู (2552) แปลผลคะแนน โดยแบ่งระดับคะแนนจากการหาอันตรภาคชั้นดังนี้

คะแนน	ระดับคุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาล
0-60	ต่ำ
61-120	ปานกลาง
121-180	สูง

Weiss and Piacentine (2006) ได้นำแบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาลไปทดสอบในผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วย ด้านอายุรกรรมและศัลยกรรมจำนวน 121 ราย มารดาหลังคลอดบุตรจำนวน 122 ราย และบิดามารดาของผู้ป่วยเด็กจำนวน 113 ราย ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าได้ค่าความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .89 ต่อมา Weiss et al. (2007) ได้นำไปทดสอบในผู้ใหญ่ที่มีการเจ็บป่วยด้านอายุรกรรมและศัลยกรรมจำนวน 147 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .92



และแสงเดือน กันทะขู้ (2552) นำไปทดสอบในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 100 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .85

#### 4. แบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาล

ในการศึกษานี้ใช้แบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาล เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาโดย Weiss and Piacentine (2006) สำหรับแบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาลฉบับภาษาไทย ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์ (2551) ได้แปลและแปลย้อนกลับ และผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 5 ท่าน แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 23 ข้อ เป็นคำถามด้านลบ 2 ข้อ (ข้อ 3 และ 6) ส่วนที่เหลือเป็นคำถามด้านบวก โดยที่ข้อ 1 เป็นคำถามให้เลือกตอบว่า พร้อม หรือไม่พร้อมที่จะกลับบ้าน ส่วนคำถามข้อ 2-23 แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

4.1 ด้านสภาพร่างกายและจิตใจ จำนวน 7 ข้อ คือ ข้อ 2-8 เป็นการประเมินความแข็งแรงของสภาพร่างกายและจิตใจ ตามการรับรู้ของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

4.2 ด้านความรู้ในการดูแลตนเอง จำนวน 8 ข้อ คือ ข้อ 9-16 เป็นการประเมินความรู้ในการดูแลตนเอง เพื่อให้สอดคล้องกับแผนการรักษา และตอบสนองต่อความต้องการส่วนบุคคล ตามการรับรู้ของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

4.3 ด้านความสามารถในการเผชิญปัญหา จำนวน 3 ข้อ คือ ข้อ 17-19 เป็นการประเมินความสามารถของตนเองในการจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพ และป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตามการรับรู้ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

4.4 ด้านความคาดหวังในการได้รับความช่วยเหลือ จำนวน 4 ข้อ คือ ข้อ 20-23 เป็นการรับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และการช่วยเหลือเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

แบบสอบถามนี้มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่ามีคะแนนตั้งแต่ 0-10 โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่พบเหตุการณ์นั้นเลย / ไม่ทราบเลย และ 10 คะแนน หมายถึง พบเหตุการณ์นั้นเป็นอย่างมาก / ทราบเหตุการณ์นั้นอย่างมาก คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-220 ผู้ที่ได้คะแนนน้อย แสดงว่ามีการรับรู้ความพร้อมต่อการจำหน่ายในระดับต่ำ ส่วนผู้ที่ได้คะแนนสูงแสดงว่ามีการรับรู้ความพร้อมต่อการจำหน่ายในระดับสูง ซึ่ง แสงเดือน กันทะขู้ (2552) แปลผลคะแนนโดยแบ่งระดับคะแนนจากการหาอันตรายภาคขึ้น ดังนี้

คะแนน	ระดับการรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่าย
0-73	ต่ำ
74-147	ปานกลาง
148-220	สูง

Weiss and Piacentine (2006) ได้นำแบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาลไปทดสอบในผู้ใหญ่ที่มีความเจ็บป่วยด้านอายุรกรรมและศัลยกรรมจำนวน 121 ราย มารดาหลังคลอดบุตรจำนวน 122 ราย และบิดามารดาของผู้ป่วยเด็กจำนวน 113 ราย ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าได้ค่าความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .90 จากนั้น Weiss et al. (2007) ได้นำไปทดสอบกับผู้ใหญ่ที่มีความเจ็บป่วยด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม จำนวน 147 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .93 นอกจากนี้ ศรีรินทร์ ศรีประสงค์ (2551) ได้นำไปทดสอบใช้ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจำนวน 180 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .85 และแสงเดือน ก้นทะชู (2552) ได้นำไปใช้ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 100 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .79

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

#### การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการนอนก่อนออกจากโรงพยาบาล และแบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาล ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่าความเชื่อมั่นด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ .88, .92 และ .92 ตามลำดับ และค่าความเชื่อมั่นจากกลุ่มตัวอย่าง 90 ราย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .88, .92 และ .92

#### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยนำเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เมื่อได้รับอนุมัติผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัยชี้แจงสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ หากกลุ่มตัวอย่างต้องการถอนตัวออกจากการวิจัยก็สามารถบอกยกเลิกได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ

ด้วยการลงรหัสไม่ระบุชื่อ-นามสกุล และจะนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม จากนั้นข้อมูลจะถูกทำลายหลังจากตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานไปแล้ว 1ปี ในระหว่างการเข้าร่วมการวิจัยและตอบแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติ เช่น อาการเหนื่อย หายใจลำบากหรืออาการอื่นๆที่แสดงถึงอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างยุติการเข้าร่วมการวิจัยทันทีและประสานงานกับทีมพยาบาลในเวรนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทางการแพทย์และการรักษาตามมาตรฐานของโรงพยาบาลต่อไป

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

แบ่งการดำเนินการเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

#### 1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

1.2 เมื่อได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียดการวิจัยพร้อมขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

#### 2. ขั้นตอนดำเนินการ

2.1 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมในแต่ละวัน โดยสอบถามจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยว่ามีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีคุณสมบัติตรงตามคุณลักษณะกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด และได้รับอนุญาตจากแพทย์ให้จำหน่ายกลับบ้านได้

2.2 ผู้วิจัยขอเข้าพบผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้แต่ละราย เพื่อขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิตลอดจนขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมกับขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ

2.3 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง เริ่มจากการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ แบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และแบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามลำดับ โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดประมาณ 30-40 นาที

2.4 ภายหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจากการทำแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการรักษาที่บันทึกในเวชระเบียนของผู้ป่วย

2.5 ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และรวบรวมนำข้อมูลไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การวิเคราะห์ข้อมูลมี ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบเซรียล (Point biserial correlation coefficients)

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กับความพร้อมก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยการใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2557 รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 90 ราย ผลการศึกษานำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 3 การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ส่วนที่ 4 ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

#### ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือเมื่อออกจากโรงพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ( $n=90$ )

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	49	54.4
หญิง	41	45.6
<b>อายุ (ปี)</b>		
20-35 (วัยผู้ใหญ่ตอนต้น)	4	5.0
36-60 (วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง)	68	75.0
61ปีขึ้นไป (วัยผู้ใหญ่ตอนปลาย / สูงอายุ)	18	20.0
$(M = 53.93, SD = 9.53, Min = 30, Max = 82)$		
<b>สถานภาพสมรส</b>		
คู่	70	77.8
หม้าย, หย่า, แยก	14	15.5
โสด	6	6.7
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	88	97.8
คริสต์	1	1.1
อิสลาม	1	1.1
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	34	37.8
มัธยมศึกษา	28	31.2
อนุปริญญา	13	14.4
ปริญญาตรี	12	13.3
ปริญญาโท	3	3.3
<b>อาชีพ</b>		
รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	29	32.2
รับจ้าง	21	23.3

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
<b>อาชีพ (ต่อ)</b>		
งานบ้าน	1	21.1
ค้าขาย	14	15.6
เกษตรกรรม	5	5.6
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2	2.2
<b>รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน</b>		
< 5,000 บาท	20	22.0
5,001-10,000 บาท	22	25.0
10,001-30,000 บาท	29	32.0
30,001-50,000 บาท	19	21.0
<i>(M = 17,753, SD = 14191.20 Min = 600, Max = 50,000)</i>		
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>		
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	40	44.0
มีเงินเพียงพอและเหลือเก็บ	31	34.0
ไม่เพียงพอ	19	22.0
<b>สิทธิการรักษาพยาบาล</b>		
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	43	48.0
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	36	40.0
ประกันสังคม	11	12.0
<b>บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือเมื่อออกจากโรงพยาบาล</b>		
ไม่มีบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแล	17	19.0
มีบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแล	73	81.1
บุตร	50	56.0
ภรรยา-สามี	18	20.0
มารดา	3	3.0
น้องชาย	2	2.0

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 54.4) เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง มีอายุระหว่าง 36-60 ปี (ร้อยละ 75) มีอายุเฉลี่ย 53.93 ปี ( $SD = 9.53$ ) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 77.8) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.8) มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 37.8) รองลงมา มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 31.2) ประกอบอาชีพรับราชการ (ร้อยละ 32.2) รองลงมา คืออาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 23.3) โดยมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวอยู่ระหว่าง 10,001-30,000 บาท (ร้อยละ 32) รองลงมาคือ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 25) ความเพียงพอของรายได้ พบว่ามีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 44) รองลงมาคือ มีเงินเพียงพอและเหลือเก็บ (ร้อยละ 34) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 48) รองลงมาใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (ร้อยละ 40) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลเมื่อออกจากโรงพยาบาล (ร้อยละ 81) โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตร (ร้อยละ 56)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ( $n=90$ )

ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
<b>สาเหตุของการมีภาวะหัวใจล้มเหลว</b>		
มีปริมาณเลือดมากเกินไป	74	82.0
กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	10	11.0
ลิ้นหัวใจรั่ว/ ลิ้นหัวใจตีบ	4	4.0
กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ	2	3.0
<b>ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว</b>		
ระดับที่ 3	54	60.0
ระดับที่ 4	36	40.0



ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
<b>ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคร่วม</b>		
ไม่มีโรคร่วม	17	18.9
มีโรคร่วม	73	81.1
ความดันโลหิตสูง	57	57
เบาหวาน	39	39
โรคอื่น ๆ*	4	4
<b>ประวัติการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะหัวใจล้มเหลว</b>		
ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นครั้งแรก	30	33.3
ผู้ป่วยรายเก่าที่ได้รับการวินิจฉัยมาแล้ว	60	66.7
< 1 ปี	8	8.9
1-2 ปี	22	24.4
2 ปีขึ้นไป -3 ปี	14	15.7
3 ปีขึ้นไป -4 ปี	13	14.4
> 4 ปีขึ้นไป	3	3.3
<i>(M = 2.71, SD = 1.91, Min = 1, Max = 8)</i>		
<b>จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาใน 1 ปีที่ผ่านมา(n = 90)</b>		
1 ครั้ง	41	45.6
2 ครั้ง	21	23.3
3 ครั้ง	5	5.6
4 ครั้ง	8	8.9
5 ครั้ง	2	2.2
> 5 ครั้ง	13	14.4
<i>(M = 2.47, SD = 2.97, Min = 1, Max = 10)</i>		

\*โรคอื่น ๆ ประกอบด้วย โรคเก๊าต์ ไ้ไข่มันในเลือดสูง

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
<b>การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Re-admit/ ปี)</b>		
<b>(n = 30)</b>		
1 ครั้ง	26	87.0
2 ครั้ง	3	10.0
3 ครั้ง	1	3.3
<b>จำนวนวันนอนรักษา (วัน)</b>		
1-3วัน (Early discharge)	29	32.0
4 วัน	22	25.0
5 วันขึ้นไป (Late discharge)	39	43.0
<i>(M = 4.93, SD = 2.26)</i>		

จากตารางที่ 2 พบว่าสาเหตุของการมีภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เกิดจากการมีปริมาณเลือดมากเกินไป (Volume overload) (ร้อยละ 82) และมีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับ 3 (ร้อยละ 60) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคร่วม (ร้อยละ 81.1) โดยพบว่าโรคร่วมเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 57) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยรายเก่าที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวมาแล้ว (ร้อยละ 66.7) มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวโดยเฉลี่ย 2.71 ปี ( $SD = 1.91$ ) นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยรายเก่าที่มีจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษา 1 ครั้งในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 45.6) รองลงมาเป็นการเข้ารับการรักษา 2 ครั้งในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 23.3) และพบว่าผู้ป่วยรายเก่าจำนวน 30 รายที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน (Re-admission) โดยร้อยละ 87 กลับเข้ารับการรักษาซ้ำ 1 ครั้งในรอบ 1 ปี ซึ่งโดยเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล 4.93 วัน ( $SD = 2.26$ ) และพบว่าร้อยละ 43 มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล 5 วันขึ้นไป ทั้งนี้ยังพบว่าร้อยละ 32 มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลน้อยกว่าจำนวนวันนอนเฉลี่ยตามที่ Diagnosis Related Groups (DRG) กำหนด ( $DRG = 4.14$  วัน)

## ส่วนที่ 2 การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การรับรู้สนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว บุคคลพิเศษ และเพื่อนดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจำแนกตามคะแนนโดยรวมและรายด้าน ( $n=90$ )

คะแนนการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม	พิสัยที่เป็นไปได้	พิสัยที่ได้	<i>M</i>	<i>SD</i>	แปลผล
โดยรวม	1-7	5.0-7	4.96	1.13	ปานกลาง
จากครอบครัว	1-7	3.4-7	6.07	3.48	สูง
จากเพื่อน	1-7	3.1-7	4.80	4.88	ปานกลาง
จากบุคคลพิเศษ	1-7	3.2-7	3.98	7.04	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 4.96, SD = 1.13$ ) และพบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีค่าเฉลี่ยสูงสุดและอยู่ในระดับสูง ( $M = 6.07, SD = 3.48$ ) รองลงมา คือการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 4.80, SD = 4.88$ ) ส่วนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลพิเศษมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 3.98, SD = 7.04$ )

### ส่วนที่ 3 การรับรู้คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การรับรู้คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วย การรับรู้คุณภาพด้านเนื้อหาการสอน และการรับรู้คุณภาพด้านทักษะการสอน ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ยร้อยละของการรับรู้คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง ( $n=90$ )

การสอนก่อนจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล	พิสัยที่ เป็นไปได้	พิสัยที่ เป็นจริง	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mean%</i>
ด้านเนื้อหาการสอน					
ข้อมูลที่ต้องการ	0 – 60	28 – 60	46.04	6.42	76.73
ข้อมูลที่ได้รับ	0 – 60	0 – 60	40.30	9.39	67.16
ด้านทักษะการสอน	0 – 120	19 – 113	82.34	17.15	68.61
<b>คะแนนรวม</b>	<b>0-180</b>	<b>19 – 173</b>	<b>122.64</b>	<b>26.54</b>	<b>68.13</b>

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับดี ( $M= 122.64, SD = 26.54$ ) อย่างไรก็ตามยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการข้อมูลมากกว่าข้อมูลที่ได้รับ โดยพบว่าคุณค่าเฉลี่ยของข้อมูลที่ต้องการสูงกว่าข้อมูลที่ได้รับ ( $M = 46.04, SD = 6.42; M = 40.30, SD = 9.39$  ตามลำดับ) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนด้านทักษะใกล้เคียงกับ ( $Mean%=68.61$ ) ด้านเนื้อหาการสอน ( $Mean%=67.16$ )

#### **ส่วนที่ 4 ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล**

ข้อมูลความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วย การรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างในด้านสภาพร่างกายและจิตใจ ด้านความรู้ในการดูแลตนเอง ด้านความสามารถในการเผชิญปัญหา และด้านความคาดหวังที่จะได้รับความช่วยเหลือ ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ยร้อยละของการรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำแนกโดยรวมและคะแนนรายด้าน (n=90)

ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (n=90)				กลุ่มพร้อมที่จะกลับบ้าน (n=78)				กลุ่มไม่พร้อมที่จะกลับบ้าน (n=12)			
	พิสัยที่ เป็นจริง	M	SD	Mean%	พิสัยที่ เป็นจริง	M	SD	Mean%	พิสัยที่ เป็นจริง	M	SD	Mean%
ด้านสภาพร่างกายและจิตใจ (0-70 คะแนน)	26-65	43.72	6.28	62.45	31-65	45.19	5.08	64.55	26-41	34.16	4.83	48.8
ด้านความรู้ในการดูแลตนเอง (0-80 คะแนน)	9-79	57.87	10.68	72.33	37-79	59.97	8.41	74.96	9-60	44.25	13.90	55.31
ด้านความสามารถในการเผชิญปัญหา (0-30 คะแนน)	9-30	21.67	4.28	72.23	9-30	22.42	3.77	74.73	10-23	16.83	4.36	56.1
ด้านความคาดหวังในการได้รับ ความช่วยเหลือ (0-40 คะแนน)	12-40	28.67	6.11	71.67	12-40	29.33	5.87	73.32	14-31	24.41	6.20	61.02
<b>คะแนนรวม (0-220 คะแนน)</b>	60-205	153.82	23.81	69.91	105-205	158.92	18.97	72.23	60-148	120.66	26.14	54.8

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $M = 153.82, SD = 23.81$ ) ซึ่งหมายถึงกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณมีความพร้อมที่จะกลับบ้าน เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนด้านความรู้ในการดูแลตนเองมากที่สุด ( $Mean\% = 72.33$ ) รองลงมาคือด้านความสามารถในการเผชิญปัญหา ( $Mean\% = 72.23$ ) ด้านความคาดหวังในการได้รับความช่วยเหลือ ( $Mean\% = 71.67$ ) และด้านสภาพร่างกายและจิตใจ ( $Mean\% = 62.45$ ) ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่าคุณพร้อมที่จะกลับบ้าน ( $n=78$ ) ให้คะแนนความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $M = 158.92, SD = 18.97$ ) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้านความรู้ในการดูแลตนเองมากที่สุด ( $Mean\% = 74.96$ ) รองลงมาคือด้านความสามารถในการเผชิญปัญหา ( $Mean\% = 74.73$ ) ด้านความคาดหวังในการได้รับการช่วยเหลือ ( $Mean\% = 73.32$ ) และด้านสภาพร่างกายและจิตใจ ( $Mean\% = 64.55$ ) ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยที่รับรู้ว่าคุณไม่พร้อมที่จะกลับบ้าน ( $n=12$ ) ให้คะแนนความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 120.66, SD = 26.14$ ) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ด้านความคาดหวังในการได้รับการช่วยเหลือมากที่สุด ( $Mean\% = 61.02$ ) รองลงมาคือด้านความสามารถในการเผชิญปัญหา ( $Mean\% = 56.1$ ) ด้านความรู้ในการดูแลตนเอง ( $Mean\% = 55.31$ ) และด้านสภาพร่างกายและจิตใจ ( $Mean\% = 48.8$ ) ตามลำดับ

## ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาหาความสัมพันธ์ของเพศ การสนับสนุนทางสังคม และการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยทำการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ใช้สถิติ Point-biserial Correlation แต่เนื่องจากตัวแปรเพศนั้นเป็นตัวแปรระดับนามบัญญัติ (Nominal scales) ในการวิเคราะห์สถิติ Point-biserial

Correlation ต้องปรับตัวแปรในระดับนามบัญญัติเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variables) คือเพศชาย กำหนดให้เท่ากับ 0 เพศหญิงกำหนดให้เท่ากับ 1 แล้วจึงนำมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์

ส่วนการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคม การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กับ ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน โดยก่อนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551) ดังนี้

1. ตัวแปรต้น คือ การสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรระดับอันตรภาค การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นตัวแปรระดับอัตราส่วน ตัวแปรตาม คือ ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นตัวแปรระดับอัตราส่วน

2. กลุ่มตัวอย่างได้จากวิธีการสุ่มจากประชากร

3. ทำการทดสอบการกระจายข้อมูล พบว่าการสนับสนุนทางสังคม และการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีการกระจายเป็นปกติ

4. ทำการทดสอบความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง (Test for linearity) โดยใช้สถิติ F-test พบว่า การสนับสนุนทางสังคม การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง

5. ทำการทดสอบความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนคงที่ (Homoscedasticity) โดย Scatter plot พบว่ากราฟของการสนับสนุนทางสังคม การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีลักษณะเป็น Homoscedasticity

จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน



ตารางที่ 6 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การสนับสนุนทางสังคม และการสอนก่อน  
 จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วย  
 ภาวะหัวใจล้มเหลว ( $n = 90$ )

ตัวแปร	ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
1. เพศ	$r_{pb} = .35$
2. การสนับสนุนทางสังคม	$r = .29^{**}$
3. การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	$r = .58^{**}$

$**p < .01$

$r$  = Pearson's Product Moment Correlation

$r_{pb}$  = Point Biserial Correlation

จากตารางที่ 6 พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจาก  
 โรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับ  
 ต่ำกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญ  
 ทางสถิติที่ระดับ  $p < .01$  ( $r = .29$ ) และการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์  
 ทางบวกระดับปานกลางกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจ  
 ล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .01$  ( $r = .58$ )

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาเป็นผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี ระหว่าง เดือนกุมภาพันธ์ ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2557 จำนวน 90 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ แบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และแบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .88, .92, .92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาในข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว โดยการใช้อยู่สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ไบซีเรียล และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยการใช้อยู่สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

#### สรุปผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

##### 1. ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป และข้อมูลด้านการเจ็บป่วย

1.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 54.4) มีอายุเฉลี่ย 53.93 ปี ( $SD = 9.53$ ) มีอายุระหว่าง 36-60 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 75) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 77.8) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.8) จบประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 37.8) รองลงมาจบมัธยมศึกษา (ร้อยละ 31.2) ประกอบอาชีพรับราชการ (ร้อยละ 32.2) รองลงมา คืออาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 23.3) โดยมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวอยู่ระหว่าง 10,001-30,000 บาท (ร้อยละ 32) รองลงมาคือ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 25) มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 44.4) รองลงมาคือ มีเงิน

เพียงพอและเหลือเก็บ (ร้อยละ 34.4) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 47.8) รองลงมาใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (ร้อยละ 40.0) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลเมื่อออกจากโรงพยาบาล (ร้อยละ 81) โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตร (ร้อยละ 56)

1.2 จากการศึกษาข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า สาเหตุของการมีภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เกิดจากการมีปริมาณเลือดมากเกินไป (Volume overload) (ร้อยละ 82) และมีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับ 3 (ร้อยละ 60) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วม (ร้อยละ 81.1) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 57) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยรายเก่าที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวมาแล้ว (ร้อยละ 66.7) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาระยะหัวใจล้มเหลว 1 ครั้งในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 45.6) รองลงมาเข้ารับการรักษา 2 ครั้งในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 23.3) โดยเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล 4.93 วัน ( $SD = 2.26$ )

2. การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 4.96, SD = 1.13$ ) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $M = 6.07, SD = 3.48$ ) รองลงมา คือ จากเพื่อน ( $M = 4.80, SD = 4.88$ ) และจากบุคคลพิเศษ ( $M = 3.98, SD = 7.04$ )

3. การรับรู้คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับดี ( $M = 122.64, SD = 26.54$ ) ค่าเฉลี่ยของข้อมูลที่ต้องการสูงกว่าข้อมูลที่ได้รับ ( $M = 46.04, SD = 6.42; M = 40.30, SD = 9.39$  ตามลำดับ) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนคุณภาพการสอนด้านทักษะการสอนใกล้เคียงกับ ( $Mean\% = 68.61$ ) ด้านเนื้อหาการสอน ( $Mean\% = 67.16$ )

4. ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $M = 153.82, SD = 23.81$ ) และพบว่าร้อยละ 87 ของกลุ่มตัวอย่างรู้ว่าตนเองพร้อมที่จะกลับบ้าน โดยให้คะแนนความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $M = 158.92, SD = 18.97$ ) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ให้คะแนนการรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในด้านความรู้ในการดูแลตนเองมากที่สุด ( $Mean\% = 74.96$ ) รองลงมา คือด้านความสามารถในการเผชิญปัญหา ( $Mean\% = 74.73$ ) ด้านความคาดหวังในการได้รับความช่วยเหลือ ( $Mean\% = 73.32$ ) และด้านสภาพร่างกายและจิตใจ ( $Mean\% = 64.55$ ) ตามลำดับ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยร้อยละ 13 ระบุว่าตนเองไม่พร้อมจะกลับบ้านซึ่งกลุ่มนี้ ให้คะแนน

การรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 120.66$ ,  $SD = 26.14$ ) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้รับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้านความคาดหวังในการได้รับความช่วยเหลือมากที่สุด ( $Mean\% = 61.02$ ) รองลงมาคือด้านความสามารถในการเผชิญปัญหา ( $Mean\% = 56.1$ ) ด้านความรู้ในการดูแลตนเอง ( $Mean\% = 55.31$ ) และด้านสภาพร่างกายและจิตใจ ( $Mean\% = 48.8$ ) ตามลำดับ

## การอภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ ดังนี้

### ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 90 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 54.4 ทั้งนี้อธิบายได้ว่าเนื่องจาก เพศชายจะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจมากกว่าเพศหญิง เนื่องจากพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ภาวะเครียดทางร่างกายและจิตใจทำให้หัวใจทำงานมากขึ้นซึ่งถือเป็นสาเหตุชักนำให้เกิดโรคที่เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ (เพ็ญจันทร์ เสรวิวัฒนา, 2555) สอดคล้องกับสถิติของ American Heart Association Heart Disease and Stroke Statistics (2012) ที่พบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศไทยเกิดในเพศชายมากกว่าเพศหญิง นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 75 ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ กันยา โทธิปิติ (2552) ที่ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในวัยก่อนสูงอายุ พบว่าเพศชายมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าเพศหญิงในวัยเดียวกัน

จากการศึกษาข้อมูลด้านสุขภาพพบว่า สาเหตุของการมีภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เกิดจากการมีปริมาณเลือดมากเกินไป (Volume overload) ร้อยละ 82 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วม ร้อยละ 81.1 และโรคร่วมที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 57 สอดคล้องกับการศึกษาของ ประสาท เหล่าถาวร (2546) ที่พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่มีโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวานเป็นโรคร่วม (Giamouzis et al., 2011; Laothavorn et al., 2010; Roger et al., 2012; Suwanno, Petpichetchian, Riegel, & Issaramalai, 2009; วณิดา หาจักร, 2555) เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงทำให้หัวใจต้องทำงานหนักบีบตัวแรงขึ้น เพื่อเอาชนะแรงต้านภายในหลอดเลือดที่เพิ่มสูงขึ้น Gary and Davis (2008) พบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุให้เกิด diastolic heart failure ได้ร้อยละ 91 ซึ่งเป็นภาวะที่เกิดจากการขัดขวางไม่ให้เลือดลงสู่หัวใจ

ห้องล่างซ้ายได้หรือได้น้อยลง จากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นทำให้หัวใจห้องล่างแข็งคล้ายตัวได้ไม่ดี (เพ็ญจันทร์ เสรวิวัฒนา, 2555) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสดเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว สูงถึง 2.9 เท่าของคนปกติ (Leung et al., 2009)

### การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 4.96, SD = 1.13$ ) ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรับรู้ว่ามีบุคคลคอยช่วยเหลือ และสามารถขอความช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลพิเศษได้อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมากที่สุดและอยู่ในระดับสูง ( $M = 6.07, SD = 3.48$ ) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 77.8 มีสถานภาพสมรสคู่ และส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร เมื่อออกจากโรงพยาบาลจะมีบุคคลที่คอยให้ความช่วยเหลือดูแลร้อยละ 81 โดยจะมีบุตรเป็นผู้ที่ให้ความช่วยเหลือดูแลร้อยละ 56 สอดคล้องกับการศึกษาของ วนิดา หาจักร (2555) ที่พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมากที่สุด มีสถานภาพสมรสคู่ และส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร เป็นครอบครัวขยาย ญาติพี่น้องบุคคลใกล้ชิดจะอยู่อาศัยใกล้เคียงกัน ซึ่งสังคมวัฒนธรรมไทย บุคคลในครอบครัวญาติพี่น้องจะดูแลช่วยเหลือเกื้อกูลกัน คอยให้กำลังใจ เอาใจใส่ ห่วงใยและรับฟังปัญหาต่างๆ ร่องลงมา คือการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ( $M = 4.80, SD = 4.88$ ) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยกลางคนมีอายุเฉลี่ย 53.9 ปี ซึ่งเป็นวัยทำงานทำให้มีโอกาสได้พบปะพูดคุยกับบุคคลอื่นมีการแลกเปลี่ยนข้อมูล และมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นในสังคม ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงประเมินว่าตนเองได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนในระดับปานกลาง นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลพิเศษอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 3.98, SD = 7.04$ ) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยรายเก่าถึงร้อยละ 66.7 และมีระยะเวลาของการเจ็บป่วยจากภาวะหัวใจล้มเหลวมาแล้วโดยเฉลี่ย 2.71 ปี จึงมีประสบการณ์ของการเข้ารับการรักษา และได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองจาก บุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูล ชักถามอาการและพูดคุย ทำให้เกิดความชัดเจนของอาการและการรักษา ช่วยลดความคลุมเครือ และเข้าใจภาวะความเจ็บป่วยได้มากขึ้น จึงประเมินว่าตนเองได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลพิเศษอยู่ในระดับปานกลาง

### การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนคุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับดี ( $M = 122.64, SD = 26.54$ ) ซึ่งหมายถึง กลุ่มตัวอย่างประเมินว่า

การสอนที่ได้รับมีคุณภาพดี โดยรายงานว่าพยาบาลใช้ช่วงเวลาที่ปฏิบัติกรพยาบาลข้างเตียงผู้ป่วย ในการให้ความรู้ เช่น ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยา การจำกัดน้ำดื่ม การจำกัดเกลือ และสอน ก่อนจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาลก็จะได้รับคำแนะนำเพิ่มเติมในช่วงเวลาสั้นๆก่อนกลับบ้าน โดย เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เช่น การสังเกตอาการผิดปกติ อาการเหนื่อยหอบอาการ บวมที่ขา การมาตรวจตามนัด สอดคล้องกับการศึกษาของ Weiss et al. (2007) ที่พบว่า ผู้ป่วย อายุรกรรมและศัลยกรรมให้คะแนนการสอนอยู่ในระดับดี นอกจากนี้ แสงเดือน กันทะชู (2552) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจ ตายเฉียบพลันพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสอนที่มีคุณภาพดีก่อนจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล ( $M = 123.92, SD = 31.85$ )

แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะให้คะแนนคุณภาพการสอนโดยรวมอยู่ในระดับดี แต่พบว่า กลุ่มตัวอย่างรายงานว่าข้อมูลที่ได้รับ ( $Mean\% = 67.16$ ) ยังน้อยกว่าข้อมูลที่ต้องการ ( $Mean\% = 76.73$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉาดยา ขนุนทอง (2543) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ ที่ได้รับการจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาลจำนวน 30 ราย พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูล จาก พยาบาลที่ดูแลอยู่ในระดับสูง และสูงกว่าที่ได้รับจากพยาบาลที่ดูแล จากการศึกษาครั้งนี้เมื่อ พิจารณาเนื้อหาการสอนรายด้าน พบว่ามีเนื้อหาการสอนที่กลุ่มตัวอย่างต้องการมากที่สุดใน 2 ลำดับแรกแต่ได้รับข้อมูลน้อยกว่าที่ต้องการค่อนข้างมาก ได้แก่ ข้อมูลจากพยาบาลเกี่ยวกับยาหรือ การรักษาหลังจากกลับไปอยู่บ้านแล้ว เช่น การปรับขนาดของยาขับปัสสาวะ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจ เกิดขึ้น ( $M = 8.08$ ) แต่ข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างได้รับจากพยาบาลผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าข้อมูลที่ ต้องการ ( $M = 6.77$ ) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่าสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล ( $M = 8.10$ ) แต่ข้อมูลที่ได้รับมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าข้อมูลที่ต้องการ ( $M = 6.96$ ) (ภาคผนวก ง) ทั้งนี้อาจเนื่องจากพยาบาลรับรู้ ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยรายเก่า ซึ่งจะมีประสบการณ์การได้รับการสอน และน่าจะมีความรู้ในการ ดูแลตนเองมาบ้างแล้วจึงทำให้พยาบาลขาดการประเมินความต้องการข้อมูลของผู้ป่วย

#### **ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล**

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $M = 153.82, SD = 23.81$ ) โดยที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 87 ระบุว่าตนเองพร้อมที่จะกลับบ้าน โดยกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ให้คะแนนความพร้อมก่อนจำหน่าย ออกจาก โรงพยาบาลอยู่ในระดับสูง ( $M = 158.92, SD = 18.97$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Weiss and Piacentine (2006) ที่พบว่าผู้ใหญ่ที่มีความเจ็บป่วยด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม ( $n = 121$ ) ร้อยละ 96 รายงานว่ามีความพร้อมที่จะออกจาก โรงพยาบาลในระดับสูง ( $M = 183.90, SD = 34.40$ )

ส่วนกลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยร้อยละ 13 ที่รับรู้ว่าจะกลับบ้านให้คะแนนความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับปานกลาง ( $M= 120.66, SD = 26.14$ ) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยรายเก่าเป็นส่วนใหญ่และมีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวในระดับ 3 ร้อยละ 60 มีโรคร่วมมากกว่า 1 โรคถึงร้อยละ 81.1 จึงทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล กลัว ในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และเมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มพร้อมที่จะกลับบ้าน กับกลุ่มไม่พร้อมที่จะกลับบ้าน พบว่า มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพร้อมก่อนจำหน่ายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -4.86, p < .01$ ) โดยผู้ป่วยที่ไม่พร้อมที่จะกลับบ้านรายงานว่าต้องกลับไปใช้ชีวิตหลังจำหน่ายโดยลำพัง (Weiss and Piacentine, 2006)

จากการพิจารณาความพร้อมรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้านความรู้ในการดูแลตนเองมากที่สุด ( $Mean\%=72.33$ ) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.7 เป็นผู้ป่วยรายเก่าซึ่งมีประวัติเป็นภาวะหัวใจล้มเหลวมาแล้วเฉลี่ย 2.71 ปี และในปีที่ผ่านมาผู้ป่วยมีจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาแล้วเฉลี่ย 2.47 ครั้ง ทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ และการรักษาที่ได้รับ ส่งผลให้มีความรู้ในการดูแลตนเองภายหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีประสบการณ์ในการดูแลตนเองภายหลังออกจากโรงพยาบาลมาแล้ว และยังพบว่าทุกหอผู้ป่วยมีการสอนผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้านสภาพร่างกายและจิตใจน้อยที่สุด ( $Mean\%=62.45$ ) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60 มีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ระดับ 3 จึงมีขีดจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวันต่างๆ ผู้ป่วยเริ่มมีอาการใจสั่นอ่อนเพลีย หายใจลำบาก หรือเจ็บหน้าอก ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ทำกิจกรรมประจำวันน้อยกว่าปกติ (เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา, 2555) และร้อยละ 82 มีสาเหตุของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวจากการมีปริมาณเลือดมากเกินไป ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบรุนแรงถึงขั้นใส่ท่อหลอดลมคอเพื่อช่วยการหายใจ และได้รับการรักษาเพื่อขับปริมาณน้ำที่เกินออกจากร่างกาย โดยให้ยาขับปัสสาวะ เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาจนปลอดภัยจากภาวะวิกฤต และสามารถถอดท่อหลอดลมค้อออกได้ จึงยังคงอ่อนเพลีย อ่อนล้า เนื่องจากผู้ป่วยมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ย 4.93 วัน ( $SD = 2.26$ ) ทั้งนี้ร้อยละ 32 มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลน้อยกว่าจำนวนวันนอนเฉลี่ยตามที่ DRG กำหนด ( $DRG = 4.14$ ) ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าจะไม่มีความพร้อมที่จะกลับบ้าน เนื่องจากไม่มั่นใจว่าจะสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้อย่างปลอดภัย และต้องตกอยู่ในสภาวะพึ่งพาผู้อื่น เมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับไปดูแลตนเองที่บ้าน จึงเกิดความรู้สึกว่าสภาพร่างกายและจิตใจยังไม่พร้อมและมี

ความรู้ที่ไม่เพียงพอที่จะจัดการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน ซึ่งจาก 2 สาเหตุดังกล่าวทำให้รับรู้ว่ามี ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง

### **ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และการสอนก่อนจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจ ล้มเหลว**

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับ ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า การรับรู้การ สนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = .29$ ) อธิบายได้ว่าการที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจ ล้มเหลวรับรู้ว่ามีบุคคลคอยช่วยเหลือ และสามารถขอความช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน และ บุคคลพิเศษจะมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมากขึ้น อธิบายภายใต้กรอบแนวคิด ของ Meleis et al. (2000) กล่าวว่า แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว บุคลากรทางสุขภาพ และกลุ่ม ผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเป็นเงื่อนไขของการเปลี่ยนแปลง และเป็นตัวทำนายว่าการเปลี่ยนแปลง ที่เกิดขึ้น หรือกำลังจะเกิดขึ้นจะผ่านพ้นไปได้ง่ายหรือมีความยากลำบาก ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มีการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ หรือคู่ครองที่ดีจะสามารถปฏิบัติตน ได้ถูกต้อง เหมาะสม มีการเจ็บป่วย และอัตราการเสียชีวิตน้อยลง โดยเฉพาะในช่วง 1 ปีแรกภายหลังจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล (Mookadam, 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sayers, Riegel, Pawlowski, Coyne, and Samaha (2008) พบว่าการที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับการสนับสนุนทางสังคมใน ระดับสูงและส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาลเพื่อที่จะกลับไปดูแล ตนเองที่บ้าน ได้ดี

การสอนก่อนจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมก่อน จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = .58$ ) ซึ่งหมายความว่า หากกลุ่มตัวอย่างรับรู้คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล ในระดับดี จะมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับสูงตามไปด้วย อธิบายภายใต้ กรอบแนวคิดของ Meleis et al. (2000) ที่ระบุว่า การสอนก่อนจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาลเป็น มโนทัศน์ของการบำบัดทางการพยาบาล เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะใหม่ได้ อย่างสมบูรณ์และง่ายขึ้น จากการศึกษาของ Weiss et al., (2007) พบว่าการสอนก่อนจำหน่ายออก จากโรงพยาบาลที่มีคุณภาพสูงมีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาลใน ระดับสูง และเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ใหญ่ที่มี ความเจ็บป่วยด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม ( $r^2 = .33, p < .01$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ



แสงเดือน กันทะงู (2552) ที่พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ประเมินว่าการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีคุณภาพสูง ทำให้มีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับสูงเช่นกัน ( $r = .291, p < .05$ ) ดังนั้นหากผู้ป่วยรับรู้คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายว่ามีคุณภาพดี จะทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ และมั่นใจว่าจะกลับไปดูแลตนเองได้

อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยรายเก่าที่มีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวในระดับ 3 ถึงร้อยละ 60 ทำให้ผู้ป่วยชาย และผู้ป่วยหญิงเกิดความเสื่อมถอยอย่างต่อเนื่องของพยาธิสภาพและประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ เป็นผลให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบได้ตลอดเวลา อาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้น เช่น อาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก อ่อนล้า นอนราบไม่ได้ บวม เกิดข้อจำกัดในการทำกิจกรรมสูญเสียสมรรถภาพของร่างกาย ต้องพึ่งพาผู้อื่น รู้สึกไม่แน่นอนกับชีวิตของตน (เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา, 2555) ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถเปลี่ยนแปลงไปกลับมาได้ขึ้นอยู่กับการศึกษาและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย (วรรณวรงค์ วงศ์เจริญ, 2547) โดยความรุนแรงที่เกิด พบได้ไม่จำกัดเพศซึ่งอาจเป็นเหตุให้เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่าย

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

### 1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้เรื่องการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในเรื่องความต้องการข้อมูลมากกว่าข้อมูลที่ได้รับจริง ดังนั้นพยาบาลควรประเมินความต้องการข้อมูลของผู้ป่วย เพื่อนำมาวางแผนการให้ความรู้ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวให้ได้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย

1.2 จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมากที่สุด พยาบาลหรือบุคลากรทีมสุขภาพ ควรให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในแผนการรักษาพยาบาล การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว และเรื่องการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ทั้งด้านสาเหตุ อาการ และการจัดการกับอาการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการ เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ที่อยู่กับผู้ป่วยขณะเกิดอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว

## 2. ด้านการวิจัย

ผู้วิจัยควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยทำนายการรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ตลอดจนศึกษาพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้มีความเหมาะสมมากขึ้น

## 3. ด้านบริหารการพยาบาล

ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดแนวปฏิบัติเพื่อการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างเหมาะสม

## 4. ด้านการศึกษาพยาบาล

คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาพยาบาลควรนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลสำหรับประกอบการเรียนการสอนเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

## บรรณานุกรม

- กฤติกา ชูณวงศ์. (2547). *ผลของการใช้โปรแกรมเดินออกกำลังกายที่บ้านต่อความสามารถในการออกกำลังกายและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง*. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กัญญา แซ่โก. (2552). *ความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ป่วยตา*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กัญญา โพธิ์ปิติ. (2552) พฤติกรรมสุขภาพกับภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของวัยก่อนสูงอายุพื้นที่เฝ้าระวังจังหวัดกาญจนบุรี. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เกศรา ไชคนำชัยศิริ. (2554). *อิทธิพลของภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เกษม รัตนสุมาวงศ์. (2546). Congestive heart failure: Pathophysiology & Diagnosis. ใน วิไล พิงวิไล, เสาวลักษณ์ พรหมพงศา (บรรณาธิการ), *Cardiology 2003* (หน้า 33- 39). กรุงเทพฯ: ไชยา.
- ขนิษฐา ชวนานนท์ และอนินดา เตชะเวชเจริญ. (2551). *การศึกษาภาวะผู้ป่วยกระดูกหักที่บ้านในผู้ป่วยผ่าตัดตามโลหะที่ขา กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาลน่าน*. เข้าถึงได้จาก [http://r2r.hsri.or.th/portfolio/filedownload/book\\_52\\_2\\_detail-book.pdf](http://r2r.hsri.or.th/portfolio/filedownload/book_52_2_detail-book.pdf)
- จารุวรรณ มานะสุรการ. (2544). *ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: ผลกระทบทางการพยาบาล*. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จุฬาลักษณ์ บารมี. (2551). *สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS*. ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์.
- จอม สุวรรณ โฉ, เรวดี เพชรศิริสัมพันธ์, จุก สุวรรณ โฉ, วงรัตน์ ไสสุข และอรุณศรี จันทระประดิษฐ์. (2552). *อายุกับการดูแลตนเองในภาวะหัวใจล้มเหลว: เปรียบเทียบสมรรถนะการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้ใหญ่*. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 27(4), 335-346.
- จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ. (2555). *กระบวนการจัดการทั้งด้านจิตใจและอารมณ์เพื่อการมีชีวิตที่ปกติของผู้ที่มีภาวะหัวใจวาย*. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(4), 108 – 121.

- ชไมพร สติรลีลา. (2541). การศึกษาความต้องการการดูแล และการได้รับการดูแลจากพยาบาลของ ผู้ป่วยที่หน่วยพักค้างรอดูอาการ ศึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณาดยา ขุนทอง. (2543). ความคิดเห็นของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดหัวใจต่อการบริการพยาบาล: กรณีศึกษาแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- เบญจวรรณ ละอองผล. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความ คาดหวังผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผล เปิดภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ประสาท เหล่าถาวร. (2546). *อายุรศาสตร์ในเวชปฏิบัติ 1*. กรุงเทพฯ: รุ่งศิลป์การพิมพ์.
- ปิยะรัตน์ นิ่มพิทักษ์พงศ์. (2548). การสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยเรื่องการใส่ยาในผู้ป่วยภาวะ หัวใจล้มเหลว. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 14(4), 649-660.
- เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา. (2555). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. ใน *ปราชญ์ ทัพไพเราะ (บรรณาธิการ), การพยาบาลอายุรศาสตร์ 1*. กรุงเทพฯ: หจก. เอ็นพีเพรส.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2553). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ คลังนาวิทยา.
- รพีพันธุ์ สุ่มหิรัญ. (2552). การทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการเพื่อลดการกลับเข้ารับการรักษา เข้าในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. งานนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รังสฤษฎ์ กาญจนวณิชย์. (2547). Heart Failure Management Programe. ใน *อภิชาติ สุคนธสรทรัพย์ และรังสฤษฎ์ กาญจนวณิชย์ (บรรณาธิการ), Heart Failure*. เชียงใหม่: ไอแอมออกเ กในเซอร์แอนด์เวอร์ไทซิ่ง .
- เรวัตร พันธุ์กิ่งทองคำ. (2552). *อายุรศาสตร์ทันยุค 2552*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดการพิมพ์.

- วรรณวรางค์ วงศ์เจริญ. (2547). Clinical assessment of heart failure. ใน อภิชาติ สุคนธทรัพย์ และ รังสฤษฏ์ กาญจนะวานิชย์ (บรรณาธิการ), *Heart Failure*. เชียงใหม่: ไอแอมออเก ไนเซอร์แอนด์เวอร์ไทซิ่ง .
- วนิดา หาจักร. (2555). อิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล .
- วันเพ็ญ พิษิตพรชัย และ อุยาวิ อัครวิเศษ. (2546). การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย แนวคิดและการประยุกต์ใช้ กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิทยา ศรีดามา. (2548). *Evidence – Base. Clinical Practice Guideline* ทางอายุรกรรม 2548 (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรินรัตน์ ศรีประสงค์. (2551). การทดสอบเชิงประจักษ์รูปแบบจำลองการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังออกจากโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริลักษณ์ ศรีประสงค์. (2543). การศึกษากิจกรรมในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระยะหกสัปดาห์แรกภายหลังออกจากโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล .
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2553). สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. เข้าถึงได้จาก [http://bps.ops.moph.go.th// Healthinformation/illness/](http://bps.ops.moph.go.th//Healthinformation/illness/) ตาราง 16+DF.
- สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. (2547). หัวใจล้มเหลว. ใน วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ), *ตำราอายุรศาสตร์*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. (2550). หัวใจล้มเหลว . ใน วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ), *ตำราอายุรศาสตร์ 4 โครงการตำราจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2552). การพยาบาลผู้ป่วยหัวใจวาย. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), *การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 2*. กรุงเทพฯ: วี เจ พรินติ้ง.
- สมชาย วรรณคุณาชัย. (2547). Role of aldosterone antagonist in treatment of heart failure. ใน อภิชาติ สุคนธทรัพย์ และ รังสฤษฏ์ กาญจนะวานิชย์ (บรรณาธิการ), *Heart Failure*. เชียงใหม่: ไอแอมออเก ไนเซอร์แอนด์เวอร์ไทซิ่ง.

- สุวีณา เมาะเปลียน. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างอายุสิทธิการรักษาการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและระยะเวลาที่มาถึงโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล .
- สุธีรา สร้อยสังวรณ์. (2550). *คุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลอุตรดิตถ์*. งานนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- แสงเดือน กันทะขู้. (2552). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- American Heart Association. *Cardiovascular disease statistics*. Dallas: AHA; 2010.  
Retrieved from <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=4478>.
- American Heart Association. (2012). Heart Disease and Stroke Statistics – 2012 Update. *Journal of The American Heart Association*, 125, 12-230.
- Anderson, M. A., Lersen, J., Dusio, M. E., Brrant, P. J., Brown, S. M., & Brown, B. C. (2006). Evidenced based Factors in Readmission of Patients with Heart Failure. *J Nurs Care Qual*, 21.160-7.
- Barbara, R., & Terri, E. W. (2009). Poor sleep and impaired self – care: Towards a comprehensive model Linking sleep , cognitive , and heart failure out comes. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 8(5), 337 – 344.
- Bekelman, D., Havranek, E., Beeker, D., Kutner, J., Peterson, P., & Wittstein, I. (2007). Symptoms, Depression, and Quality of Life in Patient with Heart Failure. *Journal of Cardiac Failure*, 13(8), 643-648.
- Bennet, S. J., Cordes, D. K., Westmoreland, G., Castro, R., & Donnelly, E. (2000). Self-care strategies for symptom management in patients with chronic heart failure. *Nursing Research*, 49(3), 139-145.
- Braunwald, E. (2000). Heart Failure. In E. Braunwald, et al., (Eds.), *Harrison's principles of internal medicine* (pp. 1318-1329). New York: McGraw-Hill.

- Broadbent, E., Ellis, C. J., Thomas, J., Gamble, G., & Petrie, K. J. (2009). Further development of an illness perception intervention for myocardial infarction patients: A randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research, 67*(1), 17-23.
- Bruck, S., Little, W. C., Chao, T., Rideman, R. L., Upadhyya, B., Wesley-Farrington, D., & Sane, D. C. (2004). Relation of anemia to diastolic heart failure and the effect on outcome. *American Journal of Cardiology, 93*(8), 1055-1057.
- Burke, M. M., & Laramie, L., A. (2000). *Primary care of the older adult: A multidisciplinary approach* (pp. 202-210). St. Louis: Mosby.
- Carelock, J., & Clark, A. P. (2001). Heart failure: Pathophysiologic mechanisms. *American Journal of Nursing, 101*(12), 26-32.
- Chan, CY. J., Ong, CY. T., Avalos, G., Regan, J. P., Mc Cann, J., Groarke, A. G., & Kelly, L. J. (2009). Illness representations in patients with hand injury. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery, 62*, 927-932.
- Chick, N., & Melesis, A. I. (1986). Transition: A nursing concern. In P. L. Chinn (Ed.), *Nursing research methodology: Issues and implementation* (pp. 237-257). Maryland: Aspen Publishers Inc.
- Cleland, J. G., Thackray, S., Goodge, L., Kaye, G., & Cooklin, M. (2000). Outcome studies with device therapy in patients with heart failure. *Journal of Cardiovascular Electrophysiology, 13* (1Suppl), S73-S91.
- Congdon, J. G. (1994). Managing the incongruities: the hospital discharge experience for elderly patient, their families, and nurses. *Apply Nursing Reserve, 7*(3), 125-131.
- Dalton, C. C., & Gottlieb, N. L. (2003). The concept of readiness to change. *Journal of Advanced Nursing, 42*(2), 108-117.
- DeWalt, D. A., Berkman, N. D., Sheridan, S., Lohr, K. N., & Pignone, M. P. (2004). Literacy and health outcomes a systematic review of the literature. *Journal of General Internal Medicine, 19*, 1228-1239.
- Dichen, C., McGowan, L., Percival, C., Tomenson, B., Cotter, L., & Heagerty, A. (2008). Negative illness perception are associated with new-onset depression following myocardial infarction. *Journal of General Hospital Psychiatry, 30*, 414-420.

- Dickstein, K., Cohen-Solal, A., Filippatos, G., McMurray, J. J. V., Ponikowski, P., & Poole-Wilson, P. A. (2008). ESC Guideline for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. *European Heart Journal*, 29, 2388-2442.
- Dracup, K., Mckinley, S., Riegel, B., Mieschke, H., Doering, L., V., & Moser, D. K. (2006). A nursing intervention to reduce prehospital delay in acute coronary syndrome a randomized clinical trial. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 21(3), 186-193.
- Epstein, M. A., Jha, K. A., & Orav, J. E. (2011). The Relationship between Hospital Admission Rate and Rehospitalization. *The New England Journal of Medicine*, 365(24), 2287-2295.
- Fenwick, A. M. (1979). An interdisciplinary tool for assessing patients' readiness for discharge in the rehabilitation setting. *Journal of Advanced Nursing*, 4, 9-21.
- Francis, G. S., Gassler, J. P., & Sonnenblick, E. H. (2001). Pathophysiology and diagnosis of heart failure. In V. W. Alexander, & R. A. O'Rourke (Ed.), *The Heart* (pp. 655-685). RR Donnelley and Sons.
- Friedman, M. M. (2003). Gender differences in the health related quality of life of adult with heart failure. *HEART & LUNG*, 32(5), 320-327.
- Gary, R., & Davis, L., (2008). Diastolic heart failure. *HEART & LUNG*, 37(6), 405-416.
- Giamouzis, G., Kalogeropoulos, A., Georgiopoulou, V., Laskar, S., Smith, A. L., Dunbar, S., et al. (2011). Hospitalization Epidemic in Patients With Heart Failure Risk Factor, Risk Prediction, Knowledge Gaps, and Future Directions. *Journal of Cardiac Failure*, 17(1), 54-75.
- Gheorghiade, M., & Pang, P. S. (2009). Acute Heart Failure Syndromes. *Journal of the American College of Cardiology*, 53(7), 557-573.
- Hamner, J. B., & Ellison, K. J. (2005). Predictor of hospital readmission after discharge in patient with congestive heart failure. *Heart and Lung*, 34(4), 231-239.
- Heo, S., Moser, D. K., & Widener, J. (2007). Gender differences in the effects of physical and emotional symptoms on health-related quality of life in patient with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6, 146-152.
- Heine, J., Koch, S., & Goldie, P. (2004). Patients' experience of readiness for discharge following a total hip replacement. *Australian Journal of Physiotherapy*, 50(4), 227-233.



- Holzemer, W. L. (1994). The impact of nursing care in Latin America and the Caribbean: A focus on outcomes. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 5-12.
- Holzemer, W. L., & Reilly, C. A. (1995). Variables, variability, and variations research: Implications for medical informatics. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 2(3), 183-190.
- Huang, T. Y., Moser, D. K., Hwang, S. L., Lennie, T. A., Chung, M., & Heo, S. (2010). Comparison of health-related quality of life between american and taiwanese heart failure patients. *Journal of Transcultural Nursing*, 21(3), 212-219.
- Hunt, S. A., Abraham, W. T., Chin, M. H., Feldman, A. M., Francis, G. S., & Ganiats, T. G. (2005). ACC/AHA 2005 Guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult-summary article. *Circulation*, 20, 1-27.
- Jaarsma, T., Hal fens, R., Tan, F., Abu-Saad, HH., & Dracupk, D. J. (2000). Self – care and quality of life in patient with advance heart failure: The effect of supportive educational intervention. *Heart Lung* 2000, 29, 319-30.
- Jensen, B. O., & Peterson, K. (2003). The illness experiences of patients after a first time myocardial infarction. *Patient Education and Counseling*, 51, 123-131.
- Jessup, M., Abraham, W. T., Casey, D. E., Feldman, A. M., Francis, G. S., Ganiats, T. G. (2009). 2009 Focused update: ACCF/AHA Guidelines for the diagnosis and management of heart failure in adult. *Journal of the American College of Cardiology*, 53(15), 1343-1382.
- Johansson, P., Agnebrink, M., Dahistro. Ma, U., & Brostro m, A. (2004). Measurement of health-Relate quality of life in chronic heart failure, from a nursing perspective-a review of the literature. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 3, 7-20.
- Katz, A. M. (2000). Therapeutic strategies for managing heart failure. In *Heart failure: Pathophysiology, molecular biology and clinical management*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kleinpell, R. M. (2004). Randomized trial of an intensive care unit – based early discharge planning intervention for critically ill elderly patient. *American Journal of Critical Care*, 13(4), 335-345.

- Krumholz, H.M., Butler, J., Miller, J., Vaccarino, V., Williams, C.S., & de Leon M. (1999). Prognostic Importance of emotional support for elderly patient hospitalized with heart failure. *Circulation*, 97, 958-64.
- Laothavorn, P., Hengrussamee, K., Kanjanavanit, R., Moleerergpoom, W., Laorakpongse, D., & Pachirat, O. (2010). Thai Acute Decompensated Heart Failure Registry (Thai ADHERE). *CVD Prevention and Control*, 5, 89-95.
- Leung, A. A., Eurich, D. T., Lamb, D. A., Majumdar, S. R., Johnson, J. A., & Blackburn, D. F. (2009). Risk of Heart Failure in Patients With Recent-Onset Type 2 Diabetes: Population-Based Cohort Study. *Journal of Cardiac Failure*, 15(2), 152-157.
- Lerret, M. S. (2009). *Discharge readiness: An integrative review focus on discharge following pediatric hospitalization*. Retrieved from <http://www.carloshaya.net/biblioteca/boletinenfermeriaop2/discharge.pdf>
- Lindenfeld, J., Albert, N. M., Moser, D. K., Boehmer, J. P., Rogers, J. G., & Collins, S. P. (2010). Executive Summary: HFSA 2010 Comprehensive Heart Failure Practice Guideline. *Journal of Cardiac Failure*, 16(6), 475-539.
- Lip, G. Y., Gibbs, C. R., & Beevens, D. G. (2000). ABC of heart failure: Aetiology. *British Medical Journal*, 320(7227), 104-107.
- MacInnes, J. D. (2005). The illness perception of women following acute myocardial infarction: Implications for behavior change and attendance at cardiac rehabilitation. *Journal of Women and Health*, 42(4), 105-121.
- Marquis, D., Foreman, K. M., & Terry, T. F. (2010). *Critical Care Nursing of Older Adults Best Practices*. New York: Springer.
- Mc Cormic, S. A. (1999). Advanced practice nursing for congestive heart failure. *Critical Care Nursing Quarterly*, 1-6.
- Mc Murray, J. J., & Stewart, S. (2000). Epidemiology, aetiology, and prognosis of, and prognosis of heart Failure. *Heart*, 83(5), 592-602.
- Meleis, A. L., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transition: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.

- Mookadam, F. (2004). *Social Support and Its Relationship to Morbidity and Mortality After Acute Myocardial Infarction*. Received from <http://archinte.jamanetwork.com>
- Moser, D. K., & Mann, D. L. (2000). Improving outcomes in heart failure; It's not unusual beyond usual care. *Circulation, 105*(24), 2810-2812.
- Norekval, T. M., Moons, P., Hanestad, B. R., Nordrehaug, J. E., Wentzel-Larsen, T., & Fridlund, B. (2008). The other side of the coin: Perceived positive effects of illness in women following acute myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 7*, 80-87.
- Pang, P. S., Cleland, J. G. F., Teerlink, J. R., Collins, S. P., Lindsell, C. J., & Sopko, G. (2008). A proposal to standardize dyspnoea measurement in clinical trials of acute heart failure syndromes: the need for a uniform approach. *European Heart Journal, 29*(6), 816-824.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Riedinger, M. S., Dracup, K. A., Brecht, M. L., Padilla, G., Sarna, L., & Ganz, P. A. (2001). Quality of life in patients with heart failure: Do gender differences exist?. *Heart & Lung, 30*(2), 105-106.
- Rogers, R. L., Feller, E. D., & Gottlieb, S. S. (2006). Acute congestive heart failure in the emergency department. *Cardiology Clinics, 24*(1), 115-123.
- Roger, V. L., Go, A. S., Lloyd-Jones, D. M., Benjamin, E. J., Berry, J. D., Borden, W. B., et al. (2012). Heart Disease and Stroke Statistics-2012 Update: A Report From the American Heart Association. *Journal of the American Heart Association, 3*(10), 12-230.
- Sayers, S. L., Riegel, B., Pawlowski, S., Coyne, J. C., & Samaha, F. (2008). Social support and self-care of patient with heart failure. *Annals of Behavioral Medicine, 35*(1), 70-79.
- Schilling McCann, J. A. (2007). *Best Practices Evidence Based Nursing Procedures*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Shaefer, A. L., Anderson, J. E., & Smims, L. M. (1990). Are they ready? Discharge planning for Older surgical patients. *Journal of Nursing Research, 6*(2), 56-68.
- Smith, J., & Liles, C. (2007). Information need before hospital discharge of myocardial infarction patients: a comparative, descriptive study, *Journal of Clinical Nursing, 16*, 662-671.

- Soine, L. A. (2009). Heart failure and cardiogenic shock. In S. L. Woods., E. S. S. Froelicher., S. U. Motzer & E. J. Bridges. (6 Eds.), *Cardiac Nursing* (pp. 555-591). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Suhonen, R., & Leion-Kilpi, H. (2006). Adult surgical patients and the information provided to them by nurses; A literature review. *Patient Education and Counseling*, 65, 5-15.
- Suwanno, J., Petpichetchian, W., Riegel, B., & Issaramalai, S, A. (2009). A Model Predicting Health Status of Patients with Heart Failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 24(2), 118-126.
- Tarolli, K. A. (2003). Left ventricular systolic dysfunction and nonischemic cardiomyopathy. *Crit Care Nurs*, 20(1), 3-15.
- Todero, C. M., Laframbois, L. M., & Zimmerman, L. M. (2002). Symptom status and quality of Life outcome of home base disease management program for heart failure patient. *Outcome Management*, 6(4), 161-168.
- Tully, KC. (2002). *Advanced practice nursing with older adult; Clinical guideline*. New York: McGraw-Hill.
- Turrell, S., Davis, R., Graham, H., & Weiss, I. (2005). Adolescents with anorexia nervosa: multiple perspectives of discharge readiness. *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 18(3), 116-126.
- Walraven, V. C., Bennett, C., Jennings, A., Austin, C. P., & Forster, J. A. (2011). Proportion of Hospital readmission deemed avoidable: a systematic review. *Canadian Medical Association Journal*, 187(7).
- Wedewardt, J., Bitter, T., Prinz, C., Faber, L., Horstkotte, D., & Oldenburg, O. (2010). Cheyne-Stokes respiration in heart failure Cycle length is dependent on left ventricular ejection fraction. *Sleep Medicine*, 11(2), 137-142.
- Weiss, M., & Piacentine, B. L. (2006). *Psychometric Properties of the Readiness for Hospital Discharge Scale*. Retrieved from [http://epublication.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1029&context=nursing\\_fac](http://epublication.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1029&context=nursing_fac)

- Weiss, M., Piacentine, B. L., Lokken, L., & Archer, J. (2007) *Perceived Readiness for Hospital Discharge in Adult Medical-Surgical Patients*. Retrieved from [http://epublication.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1056&context=nursing\\_fac](http://epublication.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1056&context=nursing_fac)
- Wongpakaran, T., Wongpakaran, N., & Ruktrakul, R. (2011). Reliability and Validity of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS): Thai Version. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 7, 161-166
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก  
เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย



## เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วย  
ภาวะหัวใจล้มเหลว

รหัสจริยธรรมการวิจัย 12-11-2556

ชื่อผู้วิจัย นางสาวปาริณช พรเจริญ

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวให้มีประสิทธิภาพต่อไป

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยจะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 80 คน

เมื่อท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ ลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และตอบแบบสอบถามจำนวน 4 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ แบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาล โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 - 40 นาที ระหว่างการตอบแบบสอบถามหากท่านมีอาการหายใจเหนื่อย เพลีย สามารถพักระหว่างการตอบแบบสอบถามได้ หรือถ้ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ได้แก่ มีอาการหอบเหนื่อยหายใจลำบาก ใจสั่น หน้ามืด วิงเวียน ผู้วิจัยจะให้ท่านหยุดตอบแบบสอบถามทันทีและให้การพยาบาลเบื้องต้น พร้อมกับประสานงานกับแพทย์และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือตามแนวทางการรักษาต่อไป

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ก็ได้ หรือแม้ว่าจะเข้าร่วมในการวิจัยแล้วก็สามารถยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลและบริการต่างๆที่ได้รับ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะถูกเก็บเป็นความลับด้วยการลงรหัส แล้วนำเสนอเป็นสถิติในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จากนั้นข้อมูลจะถูกทำลาย ภายหลังจากตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานไปแล้ว 1 ปี



หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันที่ทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามที่ นางสาวปาริณช พรเจริญ หมายเลขโทรศัพท์ 081-780-6707 หรือ ผศ.ดร.นิภาวรรณ สามารถกิจ อาจารย์ที่ปรึกษาการวิจัย มีหมายเลขโทรศัพท์ 084-0731300

นางสาวปาริณช พรเจริญ  
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ หรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้

**ภาคผนวก ข**

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรม/ หนังสือขอความอนุเคราะห์



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว  
Factors Related to Discharge Readiness in Patients with Congestive Heart Failure

ชื่อนิสิต นางสาวปาริณัฐ พรเจริญ

รหัสประจำตัวนิสิต 53910239      หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคปกติ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 12 - 11 - 2556

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 80 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ  
หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 19 ธันวาคม พ.ศ.2557

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการ  
วิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อน  
ดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 19 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2556

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรีย์ ไชยมงคล)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



**ใบรับรองผลการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์**  
**โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี**

คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ได้พิจารณาแบบเสนอโครงการวิจัยแล้ว คณะกรรมการพิจารณาอนุมัติในประเด็นการเคารพศักดิ์ศรี สิทธิมนุษยชนของกลุ่มตัวอย่างและการดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อให้ไม่ก่อให้เกิดความเสียหายหรืออันตรายแก่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา


**ชื่องานวิจัย**                           ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล  
 ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว  
 FACTORS RELATED TO DISCHARGE READINESS IN PATIENTS  
 WITH CONGESTIVE HEART FAILURE

**ผู้วิจัย**                                   นางสาวปาริณช พรเจริญ

**รหัสงานวิจัย**                       KNH 003/2557

กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมใดๆ ของการวิจัยครั้งนี้ ขณะอยู่ในช่วงเวลาให้การรับรองพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการเพื่อขอการรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง วันที่ 21 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 ถึงวันที่ 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558

ลงชื่อ.....

(แพทย์หญิงณัฐกร ประกอบ)  
 ประธานคณะกรรมการพิจารณา  
 การศึกษาวิจัยในมนุษย์

ลงชื่อ.....

(นายแพทย์วีรศักดิ์ ครองลาภเจริญ)  
 ผู้อำนวยการ  
 โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

ที่ ศธ ๖๖๐๗/๒๓๐๘



โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช  
 เลขที่... 891  
 วันที่ 22 ส.ค. 2557  
 เวลา 16.50 น.  
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
 ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๗ ธันวาคม ๒๕๕๖

134  
 22 ส.ค. 2557  
 16.46.4-

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยของนิสิต

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิทยานิพนธ์
  ๒. แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ

ด้วย นางสาวปารีนุช พรเจริญ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิภาวรรณ สามารถกิจ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยในวิทยานิพนธ์ดังกล่าว จากกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ณ ผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จำนวนทั้งหมดไม่เกิน ๓๐ ราย ในระหว่างวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ - ๓๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๗

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เพื่อโปรดทราบ

- ไลน์ ลว ๗๐๖ ก. ๗ เถ่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๕๖

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวจุฬารัตน์ วัชรสว่าง)  
 เจ้าหน้าที่งานธุรการผู้ปฏิบัติงาน  
 ๒๒ ส.ค. 2557

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์รัชนิกรณ์ ทรัพย์กรานนท์)  
 คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

11/๓๐ ก.ม.พพ/๓๓๐  
 ๓๓๕ ๑๑๓๐5

ฝ่ายบัณฑิตศึกษา  
 โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๘๓๖, ๐-๓๘๑๐-๒๘๔๕  
 โทรสาร ๐-๓๘๓๓๙-๓๔๗๖  
 ผู้วิจัยโทร ๐๘-๑๗๘๐-๖๗๐๗



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 83

ต. แสนสุข อ. เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

ที่ ศธ ๖๖๐๗/๑๙๕๕

๗ ตุลาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ด้วย นางสาวปาริณช พรเจริญ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์-ดร. นิภาวรรณ สามารถกิจ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัยเพื่อนำมาปรับใช้เก็บข้อมูลการทำวิทยานิพนธ์ ดังนี้

๑. แบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน” ของ คุณแสงเดือน กันทะขู ปีพ.ศ.๒๕๕๒ หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

๒. แบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของดัชนีนิพนธ์ เรื่อง “การทดสอบเชิงประจักษ์รูปแบบการจำลองการทำงานที่ในกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ภายหลังออกจากโรงพยาบาล” ของ คุณศรินรัตน์ ศรีประสงค์ ปีพ.ศ.๒๕๕๑ หลักสูตรพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์รัชนิกรณ์ ทรัพย์กรานนท์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๘๔๕, ๐-๓๘๑๐-๒๘๓๖

โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๔๗๖

ผู้วิจัยโทร ๐๘-๑๗๘๐-๖๗๐๗



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
ต. แสนสุข อ. เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

ที่ ศธ ๖๖๐๗/๑๘๕๒

๗ ตุลาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ด้วย นางสาวปาริณช พรเจริญ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์-ดร. นิภาวรรณ สามารถกิจ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสอบถามความรู้สึกลักษณะเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัย เรื่อง “RELIABILITY AND VALIDITY OF THE MULTIDIMENSIONAL SCALE OF PERCEIVED SOCIAL SUPPORT (MSPSS) : THAI VERSION” ของ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ทินกร วงศ์ปการันย์ และ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงณทัย วงศ์ปการันย์ ปี พ.ศ. ๒๕๕๔ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เพื่อนำมาปรับใช้เก็บข้อมูลการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์รัชนิกรณ์ ทรัพย์กรานนท์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๘๔๕, ๐-๓๘๑๐-๒๘๓๖

โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๔๗๖

ผู้วิจัยโทร ๐๘-๑๗๘๐-๖๗๐๗

ภาคผนวก ค  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



รหัสผู้ป่วย.....

วันที่เก็บข้อมูล.....

### ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

**คำชี้แจง** คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามทั่วไปที่เกี่ยวกับตัวท่าน กรุณาเติมข้อความในช่องว่าง หรือใส่เครื่องหมาย  $\checkmark$  ลงใน  ที่ตรงกับตัวท่าน

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ

ชาย  หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ศาสนา

พุทธ  อิสลาม

คริสต์  อื่นๆ

4. สถานภาพสมรส

โสด  คู่  หม้าย  อื่นๆ

5. ระดับการศึกษา

ประถมศึกษา  มัธยมศึกษา  อนุปริญญา

ปริญญาตรี  ปริญญาโทหรือสูงกว่า

6. อาชีพ

ทำงานบ้าน  รับจ้าง  ค้าขาย

ทำนา ทำสวน ทำไร่  รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ  อื่น ๆ ระบุ.....

7. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน..... บาท

8. ความเพียงพอของรายได้

ไม่เพียงพอ  เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ  มีเงินเหลือเก็บ

9. สิทธิการรักษาครั้งนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ชำระเงินเอง  ประกันสังคม

บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า  เบิกต้นสังกัดจากรัฐบาล/รัฐวิสาหกิจ

อื่น ๆ

10. บทบาทในครอบครัว

หัวหน้าครอบครัว  สมาชิกครอบครัว

11. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน

12. ท่านคาดว่าจะมีบุคคลที่จะให้ความช่วยเหลือท่านในภาระต่าง ๆ เมื่อออกจากโรงพยาบาลหรือไม่

ไม่มี  มี ระบุ.....

13. บุคคลที่จะให้ความช่วยเหลือท่านในภาระต่างๆ เช่น ค่าใช้จ่าย บุคคลที่พาท่านมาโรงพยาบาล

หลังจากท่านออกจากโรงพยาบาล

บิดา  มารดา  บุตร  เพื่อน  บุคคลอื่น ๆ

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการเจ็บป่วย (บันทึกจากเวชระเบียน)

1. วันที่เข้ารับการรักษา..... เวลา.....น.

2. ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว

ไม่ทราบ  ไม่มี

มีระบุ.....  เบาหวาน  ความดันโลหิตสูง  หัวใจ

3. สาเหตุของการมีภาวะหัวใจล้มเหลว

มีปริมาณเลือดมากเกินไป (Volume overload)  กล้ามเนื้อหัวใจตาย

กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ  สาเหตุอื่น ๆ.....

4. ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว (New York Heart Association Function Classification [NYHA])

ระดับความรุนแรงที่ 1(NYHA-FC I)  ระดับความรุนแรงที่ 2(NYHA-FC II)

ระดับความรุนแรงที่ 3(NYHA-FC III)  ระดับความรุนแรงที่ 4(NYHA-FC IV)

5. ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว.....ปี

6. จำนวนครั้งที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใน 1 ปีที่ผ่านมาด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว.....ครั้ง

7. วันที่แพทย์ระบุการจำหน่ายผู้ป่วย..... เวลา.....น.

## ชุดที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ

**คำชี้แจง** ผู้วิจัยสนใจว่าท่านรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับข้อความต่างๆ เหล่านี้ โปรดอ่านแต่ละข้อความอย่างตั้งใจและบอกว่าท่านรู้สึกอย่างไรในข้อความแต่ละข้อ ขอให้ท่านพิจารณาและเลือกคำตอบที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความ (\*\*บุคคลพิเศษ หมายถึง บุคคลที่นอกเหนือจากเพื่อนหรือครอบครัว)

ข้อความ	ไม่เห็น ด้วยอย่าง มาก	ไม่ เห็น ด้วย	ค่อนข้าง ไม่เห็น ด้วย	เฉย ๆ	ค่อนข้าง เห็นด้วย	เห็น ด้วย	เห็น ด้วย อย่าง มาก
1. มีบุคคลพิเศษที่คอยช่วย หากฉันต้องการความ ช่วยเหลือขึ้นมา							
2. มีบุคคลพิเศษที่สามารถ ร่วมทุกข์ร่วมสุขกับฉันได้							
3. ....							
4. ....							
5. ....							
.....							
.....							
.....							
12. ฉันสามารถเล่าปัญหา ของฉันให้เพื่อนฟังได้							





### ชุดที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หรือ วงกลมลงในตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยพิจารณาว่าเมื่อท่านต้องกลับไปอยู่บ้าน ท่านมีความรู้สึกพร้อมในเรื่องต่อไปนี้ หรือไม่ และมากน้อยเพียงใด

1. เมื่อนึกถึงการออกจากโรงพยาบาลท่านเชื่อว่า ท่านพร้อมแล้วที่จะกลับบ้านตามแผนการรักษา [ ] ไม่ใช่ [ ] ใช่	
2. ท่านรู้สึกว่าสภาพร่างกายของท่านพร้อมที่จะกลับบ้านมากน้อยเพียงใด	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ไม่พร้อม พร้อมเต็มที่
3. วันนี้ ท่านรู้สึกปวดหรือรู้สึกไม่สบายมากน้อยเท่าใด	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ไม่ปวด ปวดรุนแรง
4. ....	
5. ....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
23. ท่านจะได้รับความช่วยเหลือในการดูแลเกี่ยวกับความต้องการการรักษามากน้อยเพียงใด (เช่น การจำกัดน้ำดื่ม-เกลือ การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ไม่มีเลย มีมาก

## ภาคผนวก ง

ผลวิเคราะห์ค่าคะแนนเฉลี่ยรายข้อด้านเนื้อหาการสอน

ตารางที่ 7 ผลวิเคราะห์ค่าคะแนนเฉลี่ยรายข้อด้านเนื้อหาการสอน

ข้อ ที่	ข้อมูลที่ต้องการ	M	ข้อ ที่	ข้อมูลที่ได้รับ	M
1.1	ท่านต้องการข้อมูลการฝึกปฏิบัติ เรื่องการรักษาและการใช้ยาก่อน กลับไปอยู่บ้าน	7.52	1.2	ท่านได้รับข้อมูลการฝึกปฏิบัติ เรื่องการรักษาและการใช้ยา ก่อนกลับไปอยู่บ้าน	6.49
2.1	ท่านต้องการข้อมูลจากพยาบาล เกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อกลับไป อยู่บ้านแล้ว	7.87	2.2	ท่านได้รับข้อมูลจากพยาบาล เกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อ กลับไปอยู่บ้านแล้ว	7.01
3.1	ท่านต้องการข้อมูลจากพยาบาล เกี่ยวกับการดูแลภาวะอารมณ์เมื่อ กลับไปอยู่บ้านแล้ว	6.72	3.2	ท่านได้รับข้อมูลจากพยาบาล เกี่ยวกับการดูแลภาวะอารมณ์ เมื่อกลับไปอยู่บ้านแล้ว	6.10
4.1	ท่านต้องการข้อมูลจากพยาบาล เกี่ยวกับยาหรือการรักษาหลัง กลับไปอยู่บ้านแล้ว	8.08	4.2	ท่านได้รับข้อมูลจากพยาบาล เกี่ยวกับยาหรือการรักษาหลัง กลับไปอยู่บ้านแล้ว	6.77
5.1	ท่านต้องการข้อมูลจากพยาบาล เกี่ยวกับการขอความช่วยเหลือจาก ใครและเมื่อใด	7.76	5.2	ท่านได้รับข้อมูลจากพยาบาล เกี่ยวกับการขอความช่วยเหลือ จากใครและเมื่อใด	6.98
6.1	สมาชิกในครอบครัวหรือบุคคล ใกล้ชิดของท่านต้องการข้อมูล เกี่ยวกับการดูแลท่าน	8.10	6.2	สมาชิกในครอบครัวหรือบุคคล ใกล้ชิดของท่านได้รับข้อมูล เกี่ยวกับการดูแลท่าน	6.96