

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

สุมาลี สามัคคานนทการ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

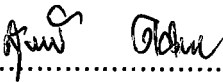
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

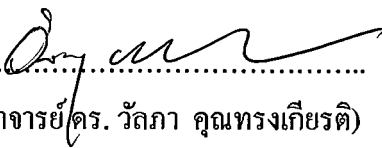
สิงหาคม 2559

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

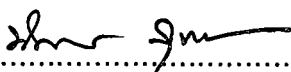
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ สุมาลี สามัคคานนทการ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

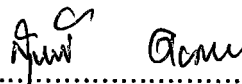
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

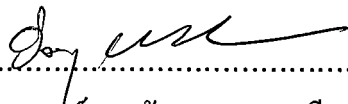
.....  อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุภาภรณ์ ด้วงแพง)

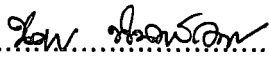
.....  อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วัลภา คุณทรงเกียรติ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....  ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทวัน สุวรรณรูป)

.....  กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุภาภรณ์ ด้วงแพง)

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

.....  กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นัยนา พิพัฒน์วิชิชา)

คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพา

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

วันที่ 23 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2559

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดีด้วย ความกรุณาอย่างยิ่ง จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ คิ้วแพง อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ตลอดจนทุ่มเทเวลาอันมีค่าในการแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่เสมอมา ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ และขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศูววรรณ ประภรณ์ ที่กรุณาสละเวลาในการเป็นคณะกรรมการสอบเค้าโครงและรับเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นฤมล ปทุมรักษ์ ประธานสาขาวิชาการพยาบาล-ผู้ใหญ่ที่ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้การจัดทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ และขอขอบพระคุณ คณาจารย์ทุกท่านที่กรุณาถ่ายทอดความรู้ ปลุกฝังและกระตุ้นให้มีการพัฒนาความคิดในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในระหว่างการศึกษา และสร้างความภาคภูมิใจในวิชาชีพพยาบาล

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ช่วยอำนวยความสะดวกในกระบวนการจัดทำและสอบวิทยานิพนธ์และขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ ที่จัดทำหลักสูตรการพยาบาลผู้ใหญ่ภาคพิเศษ ทำให้ผู้ที่อยู่ระหว่างการปฏิบัติงานมีโอกาสได้ศึกษาหาความรู้ เพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลที่สะท้อนความเป็นเอกลักษณ์ของความเป็นวิชาชีพมากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกและเจ้าหน้าที่อาชุนกรรมผู้ป่วยนอกทุกท่าน และเจ้าหน้าที่งานวิจัย ที่กรุณาอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบพระคุณผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการวิจัยนี้ให้สำเร็จลงด้วยดี

ขอขอบพระคุณฝ่ายการพยาบาล ผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน โรงพยาบาลกรุงเทพพัทยาทุกท่านที่สนับสนุนให้มีพลังในการศึกษาครั้งนี้ และขอขอบคุณมิตรสหาย ผู้มีจิตใจดีงามที่ได้ประสพพบทุกท่านที่ได้สร้างความรู้สึกละดีและแล้วเสร็จในการจัดทำวิทยานิพนธ์

ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา สามี และสมาชิกในครอบครัวทุกท่าน รวมถึงเพื่อน ๆ พี่ ๆ น้อง ๆ ร่วมรุ่นพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต รหัส 52 ที่ให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือมาโดยตลอด จนประสบความสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้

สุมาลี สามัคคานนทการ

52920250: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้ใหญ่; พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คำสำคัญ: ภาวะหัวใจล้มเหลว/ การปฏิบัติหน้าที่/ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่

สุมาลี สามัคคานนทการ: ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว(FACTORS INFLUENCING FUNCTIONAL PERFORMANCE AMONG HEART FAILURE PATIENTS). คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: สุภาภรณ์ ค้วงแพง, พย.ด., วัลภา คุณทรงเกียรติ, พย.ด. 127 หน้า. ปี พ.ศ. 2559.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและศึกษาอิทธิพลของปัจจัยอาการหายใจลำบาก โรคร่วม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้าและความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษาต่อการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเข้ารับการรักษา ณ คลินิกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจำนวน 111 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินอาการหายใจลำบาก แบบประเมิน โรคร่วม แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษาและแบบสอบถามการปฏิบัติหน้าที่ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า:

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการปฏิบัติหน้าที่อยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.48$, $SD = 0.62$) การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($Beta = .39$) และภาวะซึมเศร้า ($Beta = -.28$) สามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 32 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพ และโปรแกรมจัดการภาวะซึมเศร้าที่จะช่วยให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ควรมีการวิจัยซ้ำเพื่อค้นหาตัวแปรทำนายอื่นร่วมด้วย และนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมที่ส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

52920250: MAJOR: ADULT NURSING; M.N.S. (ADULT NURSING)

KEYWORDS: HEART FAILURE/ FUNCTIONAL PERFORMANCE/ FACTORS
INFLUENCING FUNCTIONAL PERFORMANCE.

SUMALEE SAMAKKANONTHAKARN: FACTORS INFLUENCING
FUNCTIONAL PERFORMANCE AMONG HEART FAILURE PATIENTS. ADVISORY
COMMITTEE: SUPAPORN DUANGPAENG, D.N.S., WANLAPA KUNSONGKEIT, Ph.D.
127 P. 2016.

This descriptive predictive research was aimed to explore functional performance and factors that influence functional performance including dyspnea, co-morbidity condition, health perception, depression and medical treatment adherence among heart failure patients. The subjects of the study comprised 111 heart failure patients, randomly selected by simple random sampling technique. They received treatment at Outpatient clinic, Prapokklao Hospital, Chantaburi Province. The research instruments utilized for data elicitation consisted of demographic questionnaire, dyspnea assessment form, co-morbidity assessment form, health perception questionnaires, depression questionnaires, medical regimen adherence questionnaires and functional performance questionnaires. Descriptive statistic and stepwise multiple regression were used to analyze the data collected.

The results revealed:

The heart failure patients had high level of functional performance ($\bar{x} = 3.48$, $SD = 0.62$). Health perception (Beta = .39) and depression (Beta = -.28) exclusively influenced functional performance. Health perception and depression were likely to significantly predict 32% of the variance in functional performance ($p < .001$).

The research results can be beneficial for developing programs to promote health perception and depression management. This would help heart failure patients perform their functional performance effectively. It is recommended that further study be carried out to find out other predictors which could be a significant contribution to developing programs promoting functional performance among heart failure patients.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	9
สมมติฐานของการวิจัย.....	9
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	9
ขอบเขตของการวิจัย.....	11
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	11
2 เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
ภาวะหัวใจล้มเหลว.....	13
การปฏิบัติหน้าที่ (Functional performance) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว.....	23
ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of unpleasant symptoms).....	29
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว.....	32
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	49
สถานที่ทำการศึกษา.....	49
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	49
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	50
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย.....	57
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	58
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	59
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	60
..	

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย.....	62
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	62
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	72
สรุปผลการวิจัย.....	72
อภิปรายผลการวิจัย.....	75
ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้.....	81
ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป.....	81
บรรณานุกรม.....	83
ภาคผนวก.....	98
ภาคผนวก ก.....	99
ภาคผนวก ข.....	101
ภาคผนวก ค.....	104
ภาคผนวก ง.....	107
ภาคผนวก จ.....	121
ภาคผนวก ฉ.....	124
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	127

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	จำนวน และร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว..... 63
2	จำนวน และร้อยละ ของข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว..... 65
3	คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการปฏิบัติหน้าที่โดยรวม และรายด้าน จำแนกตามระดับการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว..... 66
4	คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของอาการหายใจลำบาก..... 66
5	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามคะแนนของโรคที่พบร่วม ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว..... 67
6	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว..... 67
7	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว..... 68
8	ผลรวมคะแนนความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา..... 69
9	ความสัมพันธ์ระหว่างอาการหายใจลำบาก โรคร่วม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษากับการปฏิบัติหน้าที่ ในผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลว..... 70
10	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณและค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณของการรับรู้ ภาวะสุขภาพและภาวะซึมเศร้าต่อการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว..... 71

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	10
2 Updated version of the middle-range theory of unpleasant symptoms.....	32

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่มีความซับซ้อนซึ่งเกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างหรือการทำงานที่ของหัวใจซึ่งเป็นปัญหาของหลายประเทศทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2554 มีผู้ป่วยทั่วโลกที่ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 41 ล้านคน (Forouzanfar et al., 2013) ซึ่งอัตราส่วนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อประชากรในประเทศสหรัฐอเมริการ้อยละ 1.9 ในทวีปยุโรป ร้อยละ 1-2 ส่วนประเทศในทวีปเอเชีย เช่น จีนอยู่ที่ ร้อยละ 1.3 สิงคโปร์ ร้อยละ 4.5 (Lam, 2015)

สำหรับประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 ถึง พ.ศ. 2556 มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้นทุกปีอย่างต่อเนื่อง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2552) ในส่วนเครือข่ายบริการสุขภาพเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปี พ.ศ. 2555 ถึง พ.ศ. 2556 มีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 15,052 และ 14,913 คน ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติของโรงพยาบาลระดับเดียวกันในระดับประเทศ พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือสูงกว่าโรงพยาบาลในเขตอื่น ๆ เช่น โรงพยาบาลอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี 95 คนต่อประชากรแสนคน โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี 69 คนต่อประชากรแสนคน (สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2553) สำหรับโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ พบว่า ในปี พ.ศ. 2557 มีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกจำนวน 581 คน (งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี, 2558) จากสถิติดังกล่าวสะท้อนว่า ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทยเช่นกัน

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะที่การดำเนินโรคอยู่ในระยะสุดท้าย เป้าหมายของการรักษาเพื่อควบคุมไม่ให้มีอาการกำเริบ ทั้งการรักษาด้วยยาหรือการรักษาด้วยเครื่องมือพิเศษ รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ และชมรมหัวใจล้มเหลว, 2557) ถึงแม้ว่าจะมีแนวทางการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวที่ชัดเจน แต่ผู้ป่วยก็มีโอกาสเกิดอาการกำเริบและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (สิทธิลักษณ์ วงษ์วันพันธ์,

ล่าองค์กร เกียรติเจริญสิน, ปราณิ ความณี, ชลดา จรัสพัฒน์วงษ์ และทักษิณา กัมติ, 2553) จึงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว

ผลกระทบต่อผู้ป่วย พบว่าเมื่อหัวใจทำงานไม่มีประสิทธิภาพทำให้ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลงส่งผลให้เกิดเลือดคั่งในปอด จึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากหรืออาการหอบเหนื่อยขณะทำกิจกรรม (Fetcher & Thomas, 2001) จากผลกระทบด้านร่างกายที่อาจส่งผลต่อจิตใจ จึงทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความทุกข์ทรมานสูง (Blinderman, Homel, Billings, Portenoy, & Temstedt, 2008) เนื่องจากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยจึงเกิดความกลัวและมีความพยายามแยกตัวเองออกจากสังคมอย่างต่อเนื่อง (Jeon Kraus, Jowsey, & Glasgow, 2010) การศึกษาของ Havranek, Spertus, Masoudi, Jones, and Rumsfeld (2004) พบว่าการอาศัยอยู่เพียงลำพัง การดื่มสุรา การได้รับผลกระทบจากภาวะเศรษฐกิจที่เกี่ยวกับการรักษา และภาวะสุขภาพมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เมื่อผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าก็ยิ่งทำให้แยกตัวออกสังคมมากขึ้นซึ่งเป็นวงจรที่วนกลับไปมาในชีวิตของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงมากขึ้นก็ยิ่งทำให้การปฏิบัติหน้าที่ทางกายลดลง (Vaccarino, Kasl, Abramson, & Krumholz, 2001)

ผลกระทบด้านครอบครัว จากพยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลวที่ทำให้ถูกจำกัดการทำกิจกรรมส่งผลให้การปฏิบัติหน้าที่ได้ลดลงผู้ป่วยจึงมีภาวะพึ่งพาเพิ่มมากขึ้น ในแต่ละสัปดาห์ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องได้รับการดูแลจากผู้อื่นเป็นเวลาหลายชั่วโมง (Gure, Kabeto, Blaum, & Langa, 2007) ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องได้รับการดูแลทั้งจากองค์กรภายนอกและจากครอบครัว จึงทำให้ครอบครัวมีความรู้สึกเหน็ดเหนื่อย ขาดอิสระในชีวิต และทำให้ครอบครัวขาดรายได้ เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยที่อาจจะมีอาการกำเริบอยู่ตลอดเวลา (สมฤดี ดินวนพะเนา, วัลภา คุณทรงเกียรติ และสุภาภรณ์ ด้วงแพง, 2557) จากความเจ็บป่วยที่อาจเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ผู้ป่วยจึงต้องปรับตัวและเริ่มต้นใช้ชีวิตอยู่กับการเจ็บป่วยด้วยการพยายามจำกัดกิจกรรมต่างๆ (Oliveira, Correia, & Cavalcanti, 2013) ทั้งการจำกัดกิจกรรมทางกายและสังคมของตนเอง เนื่องจากรู้สึกหวาดกลัวและรู้สึกไม่ปลอดภัยซึ่งอาจจะทำให้การปฏิบัติหน้าที่ลดลงตามไปด้วย

ถึงแม้ว่าจะมีแนวทางการดูแลรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีมาตรฐาน แต่ผู้ป่วยอาจจะมีอาการกำเริบได้ตลอดเวลาที่ส่งผลต่อการปฏิบัติกิจกรรม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวภายหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 18.8 ผู้ป่วยยังมีอาการขณะพัก เมื่อประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยวิธีการทดสอบอย่างเป็นระบบพบว่า มีเพียงร้อยละ 22.6 เท่านั้นที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้เอง ในขณะที่ผู้ป่วยร้อยละ 25.8 มีปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับเล็กน้อย และร้อยละ 51.6 อยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง (Zaharias, Cataldo,

Mackin, & Esquivel, 2014) จากสถานะการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวถูกจำกัด การปฏิบัติกิจกรรมส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติหน้าที่ลดลง ดังเช่นการศึกษาของ อมรรัตน์ กรเกษม, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, คณิงนิจ พงศ์ถาวรกมล และเอนก กนกศิลป์ (2557) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่า ภาวะการทำหน้าที่โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และภาวะการทำหน้าที่ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับต่ำสุด เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลทั่วไปหรือผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรัง ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการปฏิบัติหน้าที่ลดลงทั้งทางด้านร่างกาย ตามบทบาท รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (Hobbs et al., 2002) ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานประจำวันและการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทลดลงมากกว่าและมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และยังคงมีความเสี่ยงที่สูงขึ้นของข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานประจำวันและการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานประจำวันที่มีข้อจำกัดพบได้มากที่สุดร้อยละ 41.8 คือกิจกรรมภายในบ้าน รองลงมาร้อยละ 35.6 คือกิจกรรมภายนอกบ้าน (Gure et al., 2007) และเมื่อติดตามผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ระยะเวลา 3.2 ปี พบว่า ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการปฏิบัติหน้าที่ด้านการปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานประจำวัน และพบว่าอัตราการตายเพิ่มขึ้นตามความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานประจำวันตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป (Dunlay et al., 2015) นอกจากนี้มีผู้ป่วยร้อยละ 69 ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (Sawafita & Chen, 2013) การปฏิบัติหน้าที่เป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากการปฏิบัติหน้าที่เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยกระทำในแต่ละวันของการดำรงชีวิตและเป็นสิ่งที่สะท้อนถึงความเป็นอิสระของบุคคล

การปฏิบัติหน้าที่ (Functional performance) Leidy (1994) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นการกระทำได้จริงของบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อาชีพ และจิตวิญญาณตามปกติของชีวิต เพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน ส่วน Wilson and Cleary (1995) ได้ให้ความหมายว่าการปฏิบัติหน้าที่เป็นความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติหน้าที่ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ สังคม และบทบาท ในขณะที่ Lenz, Pugh, Milligan, Gift, and Suppe (1997) ได้กล่าวถึงการปฏิบัติ (Performance) ว่าเป็นผลลัพธ์ของบุคคลที่ปฏิบัติได้ประกอบด้วย การปฏิบัติหน้าที่ และการปฏิบัติด้านการคิดทางปัญญา (Cognitive performance) การปฏิบัติหน้าที่ ยังครอบคลุมถึงการปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานประจำวัน การปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนเองและการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม เพื่อตอบสนองความต้องการตามสถานะของบุคคล

Lenz et al. (1997) ได้กล่าวถึงการปฏิบัติหน้าที่ในทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ไว้ว่า อาการไม่พึงประสงค์ และปัจจัยส่วนบุคคล ทั้งทางด้านกายภาพ ด้านจิตใจ และด้านสถานการณ์ต่างมีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งอาการไม่พึงประสงค์ (Symptoms) เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการ

เปลี่ยนแปลงหน้าที่ต่าง ๆ ไปจากปกติ โดยที่ผู้ป่วยเป็นผู้รายงานอาการหรือคิดว่าอาการมีผลต่อ ภาวะสุขภาพ ซึ่งมีติของอาการ ประกอบด้วยความเข้มหรือความรุนแรง ระยะเวลา ระดับของการ รับรู้หรือความทุกข์ทรมานและคุณภาพของอาการ ส่วนปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย 1) ด้าน กายภาพ (Physiologic) ซึ่งเกี่ยวข้องกับกายภาพหรือ โครงสร้าง หรือความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่ 2) ด้านจิตใจ (Psychologic) เป็นกระบวนการคิดหรืออารมณ์ที่มีผลต่อการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นปฏิกิริยา ต่อผลกระทบของการเจ็บป่วยโดยการยอมรับหรือความไม่แน่ใจต่อความเจ็บป่วยของตนเองหรือ ความผิดปกติที่เกิดขึ้น และ3) ด้านสถานการณ์ (Situation) ที่ประกอบด้วยสภาพสังคมและ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพรอบ ๆ ตัว วิถีชีวิตของผู้ป่วยที่ส่งผลต่อการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพ ทั้งอาการไม่พึงประสงค์และปัจจัยส่วนบุคคลต่างส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งประกอบด้วย การปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานประจำวัน การปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนเองและการมีปฏิสัมพันธ์กับ สังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้สนใจศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวไว้อย่างกว้างขวาง ซึ่งพบปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ อาการหายใจลำบาก (Karapolat et al., 2008) และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ โรคร่วม (Chiaranai, Salyer, & Best, 2009) การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Johansson, Brostrom, Dahlstrom, & Alehagen, 2008) ภาวะซึมเศร้า (นนทกร ดำรงค์, 2558) และความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา (นนทกร ดำรงค์, 2558; Parish, Kosma, & Welsch, 2013) ซึ่งสอดคล้องกับ Lenz et al. (1997) ที่ได้กล่าวถึงการ ปฏิบัติหน้าที่ในทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ไว้ว่า อาการไม่พึงประสงค์ และปัจจัยส่วนบุคคล ทั้ง ทางด้านกายภาพ ด้านจิตใจ และด้านสถานการณ์ต่างมีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่

อาการหายใจลำบากซึ่งเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้ถึงร้อยละ 94 ในผู้ป่วยภาวะ หัวใจล้มเหลว (Metra, Cas, & Bristow, 2008) อาการหายใจลำบากเป็นการรับรู้ตามประสบการณ์ ของแต่ละบุคคลถึงความลำบากในการหายใจ จากงานวิจัยเชิงคุณภาพของ แวดดาว รอดเสถียร, วัลภา คุณทรงเกียรติ และสุภาภรณ์ ค้วงแพง (2556) พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อยเหมือนจะตายและ ความรู้สึกอยากตายและยังรู้สึกว่าการหายใจลำบากมีผลกระทบต่อปฏิบัติหน้าที่ ทั้งในด้าน การประกอบอาชีพ การปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานประจำวันและรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว ดังเช่นการศึกษาของ Karapolat et al. (2008) พบว่า ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีคะแนนหายใจ ลำบากมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ ($r = -.43$, $p < .05$) และการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคม ($r = -.46$, $p < .05$) และการศึกษาของ Seo, Roberts, Laframboise, Yates, and Yurkovich (2011) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่า อาการหายใจลำบาก มีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท ($Beta = .67$, $p < .05$)

ส่วนปัจจัยทางด้านกายภาพ คือ โรคร่วมซึ่งเป็นโรคที่ปรากฏร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลว และเป็นโรคที่มีความรุนแรงมากพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อชีวิตสูงมากขึ้น หรือใช้ทรัพยากรในการรักษาเพิ่มขึ้นระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาล (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2555) โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมักมีโรคร่วม ตั้งแต่หนึ่งโรคขึ้นไป (Moser, Doering, & Chung, 2005) ซึ่งโรคร่วมที่พบบ่อย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง, โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด, โรคเบาหวานและโรคถุงลมโป่งพองร้อยละ 71, 46, 42 และ 28 ตามลำดับ (Fonarow et al., 2008) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีโรคเบาหวานเมื่อทดสอบด้วยวิธี Six Minute walk test พบว่า ผู้ป่วยเดินได้ระยะทางสั้นลงและการปฏิบัติหน้าที่ทางกายลดลง (Fritschi & Redeker, 2015) และยังพบว่าโรคร่วมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการปฏิบัติหน้าที่ทางกาย ($r = -.31, p = .01$) (Chiaranai et al., 2009)

ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพและภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นกระบวนการคิดหรืออารมณ์ที่มีผลต่อการเจ็บป่วย ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องใช้ชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วยที่อาจมีอาการกำเริบได้ตลอดเวลา ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงมีการรับรู้ระดับสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางถึงไม่ดี (Farkas, Nabb, Kragelj, Cleland, & Lainscak, 2009) จากการศึกษาของ Johansson et al. (2008) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่า ผู้ป่วยที่มีค่าการบีบตัวของหัวใจมากกว่าร้อยละ 50 การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติหน้าที่ทางกาย ($r = .57, p < .01$) การปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท ($r = .46, p < .01$) และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ($r = .39, p < .01$) ส่วนในผู้ป่วยที่มีค่าการบีบตัวของหัวใจน้อยกว่าร้อยละ 40 การรับรู้ภาวะสุขภาพก็มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติหน้าที่ทางกาย ($r = .29, p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท ($r = .40, p < .01$) และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ($r = .44, p < .01$) เช่นเดียวกัน

ภาวะซึมเศร่ายังเป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 56 (สุรชัย คำภักดี, 2555) การศึกษาของ Hussain et al. (2011) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวพบอุบัติการณ์ภาวะซึมเศร่าร้อยละ 20 ถึงร้อยละ 48 (Castillon et al., 2006; Gottlieb et al., 2004) ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะซึมเศร่ามีข้อจำกัดการปฏิบัติกิจกรรมทางกายมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร่า (Ruo et al., 2003) ซึ่งผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะซึมเศร่าร้อยละ 40 มีภาวะพึ่งพาในการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาททั้งหมด และร้อยละ 10 มีภาวะพึ่งพาในการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทอย่างน้อย 2 กิจกรรม (Friedman, Lyness, Delavan, Li, & Barker, 2008) ภาวะซึมเศร่ามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานประจำวันตั้งแต่ 3 กิจกรรมขึ้นไป (Castillon et al., 2006) ดังเช่น การศึกษาของ Tsay and Chao (2002) พบว่า ภาวะซึมเศร่ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง

กับการปฏิบัติหน้าที่ ($r = -.33, p < .01$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นนทร คำนงค์ (2558) ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการปฏิบัติหน้าที่ ($r_s = -.45, p < .001$) ซึ่งเมื่อแยกตามรายด้านพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการปฏิบัติหน้าที่ทางกาย ($r = -.27, p < .001$) และมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท ($r = -.46, p < .001$) และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ($r = -.34, p < .001$) (Gottlieb et al., 2004) นอกจากนี้การศึกษาของ Conley, Feder, and Redeker (2015) พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีอิทธิพลกับการปฏิบัติหน้าที่ (Beta = $-.25, p < .05$) การบรรเทาหรือจัดการภาวะซึมเศร้า จะช่วยให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น การปฏิบัติหน้าที่ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสังคมก็จะดีขึ้นตามไปด้วยเช่นกัน (Xiong et al., 2012)

สำหรับปัจจัยด้านสถานการณ์พบว่า ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ซึ่งเป็นความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพที่กระทำร่วมกันเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ไปในทิศทางที่ดีขึ้น โดยสอดคล้องกับวิถีชีวิต ค่านิยมและความพึงพอใจของผู้ป่วย (WHO, 2003; Jimmy & Jose, 2011; ชื่นจิตร กองแก้ว, 2554) ประกอบไปด้วย การรับประทานยาตามแผนการรักษา การรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การออกกำลังกายด้วยการเดินบนทางราบ รวมถึงการติดตามน้ำหนักตัว การปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอจะช่วยป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวกำเริบได้ ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลวที่พบได้บ่อยคือ การขาดความสม่ำเสมอของการรับประทานยาที่เหมาะสมร้อยละ 52 และการรับประทานยาร้อยละ 30 (Diaz et al., 2011) เมื่อภาวะหัวใจล้มเหลวกำเริบทำให้ผู้ป่วยถูกจำกัดการปฏิบัติกิจกรรมซึ่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ ดังนั้นความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยมีสภาวะสุขภาพอยู่ในภาวะปกติซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติหน้าที่ที่ดีขึ้น ดังเช่นการศึกษาที่พบว่าพฤติกรรม การรับประทานยาเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่มมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติหน้าที่ ($r_s = .36, p < .01$) (นนทร คำนงค์, 2558) และจำนวนยาที่ผู้ป่วยรับประทานตามแผนการรักษามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานประจำวัน ($r_s = -.43, p < .01$) และมีอำนาจการทำนายการปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานประจำวัน (Beta = $-.17, p < .05$) (Demir & Unsar, 2011) สำหรับการออกกำลังกายมีประโยชน์อย่างมากสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ การออกกำลังกายทำให้ความสามารถทางกายของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10 ถึงร้อยละ 30 (Carvalho & Guimaraes, 2010) และทำให้การทำงานของหัวใจดีขึ้น ผู้ป่วยสามารถเดินได้ระยะทางไกลมากขึ้นเมื่อทดสอบด้วยวิธีการวัดระยะทางที่เดินได้ใน 6 นาที (Tol, Huijsmans, Kroon, Schothorst, & Kwakkel, 2006) ซึ่งระยะทางที่เดินได้ใน 6 นาทีมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับ

ปานกลางกับการปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานประจำวัน ($r = .56, p < .01$) (Parish et al., 2013) ดังนั้นหากผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอจะนำไปสู่การปฏิบัติหน้าที่ได้มากยิ่งขึ้น

การปฏิบัติหน้าที่เป็นสิ่งผู้ป่วยให้ความหมายถึงผลลัพธ์ของสุขภาพของตนเอง (Wang, 2004) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีงานวิจัยในต่างประเทศที่ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างกว้างขวาง ซึ่งทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จากการสืบค้นงานวิจัยในประเทศไทย การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีอยู่อย่างจำกัด การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตามกรอบแนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์พบการศึกษาอาการไม่พึงประสงค์มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ดังเช่น การศึกษาของ วาสนา สุวรรณศรีมี, วันเพ็ญ ภิญญภาสกุล, วิชชุดา เจริญกิจการ และฉัตรกนก ทุมวิภาต (2556) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่า อาการอ่อนเพลียหรือเปลี้ยหรือไม่มีแรง มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะการทำหน้าที่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อมรรัตน์ กรเกษม และคณะ (2557) พบว่า ประสิทธิภาพอาการเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะการทำหน้าที่ ในขณะที่อาการหายใจลำบากซึ่งเป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่อาจมีผลต่อการจำกัดการปฏิบัติกิจกรรม แต่ในการศึกษาของ วาสนา สุวรรณศรีมี, วันเพ็ญ ภิญญภาสกุล, วิชชุดา เจริญกิจการ

และ ฉัตรกนก ทุมวิภาต. (2556) พบว่า อาการหายใจไม่อิ่มหรือหายใจตื้นและอาการหายใจลำบากขณะนอนราบไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ ซึ่งไม่สอดคล้องกับวรรณกรรมในต่างประเทศ ส่วนการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลมีการศึกษาปัจจัยด้านจิตใจและด้านสถานการณ์ดังเช่น การศึกษาของ นนทกร คำนงค์ (2558) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลพบว่า ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่มมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่

นอกจากนี้การทบทวนงานวิจัยในประเทศไทย มีผู้สนใจศึกษาการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการปฏิบัติหน้าที่ได้ดีขึ้น ซึ่งทบทวนงานวิจัยตามกรอบแนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ ได้แก่ โปรแกรมการจัดการอาการไม่พึงประสงค์และ โปรแกรมจัดการปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งการพัฒนาโปรแกรมจัดการอาการไม่พึงประสงค์ ดังเช่นการศึกษาของ ธนากรณัฏ แก้วยก, อภิญา วรศศิริโยธา และวลัยพร นันท์ศุภวัฒน์ (2554) เกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบากและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่งเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ก่อนการทดลองผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเท่ากับ 3.93 (SD = .70) ซึ่งการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของโปรแกรมนี้นี้มีค่าที่คาดหวังอยู่ระหว่าง 1-13 คะแนน หลังการทดลองพบว่า ผู้ป่วยมี

คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเพิ่มขึ้นเป็น 5.13 (SD = 1.46) ซึ่งผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายภายหลังได้รับ โปรแกรมเพิ่มขึ้นไม่มากนัก สอดคล้องกับการศึกษาของ ลัดดาวัลย์ ฤทธิกล้า, ชดช้อย วัฒนะ และพีระพงศ์ กิติภาวงศ์ (2555) ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ภาวะหายใจลำบาก ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งค่าคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่เป็นไปได้อยู่ในช่วง 0-230 คะแนน ภายหลังจาก 12 สัปดาห์พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับ โปรแกรมมีคะแนนภาวะหายใจลำบากลดลง และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเท่ากับ 174.59 (S.D.= 41.61) ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น แต่ก็เป็นการประเมินในช่วงเวลาสั้น ๆ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันไม่สูงที่สุดตามค่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่เป็นไปได้

ส่วนการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมปัจจัยส่วนบุคคลดังเช่น การศึกษาของ จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ, พัชรินทร์ ขวัญชัย และทัศนีย์ สร้อยอ่อน (2555) เกี่ยวกับโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อความสามารถในการทำกิจกรรมและการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ภายหลังจาก 12 สัปดาห์พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมและการดูแลตนเองหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งก่อนการทดลองผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสามารถในการทำกิจกรรมได้ตามปกติ และมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 72.2 (SD = 5.7) หลังการทดลองผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมได้ตามปกติเช่นกัน ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 84.3 (SD = 4.9) และการศึกษาของ ปรวรรณ วิทย์วารานุกูล และชนกพร จิตปัญญา (2552) เกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการออกกำลังกายต่อความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า ภายหลังจากผู้ป่วยได้รับ โปรแกรมมีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ได้ดีขึ้นด้วยวิธีการวัดระยะทางที่ผู้ป่วยเดินบนพื้นราบใน 6 นาที ซึ่งผู้ป่วยสามารถเดินได้ในระยะทางที่ยาวไกลเพิ่มขึ้นจากเดิม ซึ่งเป็นการประเมินภายหลัง 8 สัปดาห์ที่ผู้ป่วยได้รับ โปรแกรม

จากการทบทวนวรรณกรรมจึงพอสรุปได้ว่า การศึกษาการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศไทยเป็นการศึกษาเกี่ยวกับการหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการพัฒนา โปรแกรมส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของร่างกายและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการปฏิบัติหน้าที่ได้เพิ่มมากขึ้นแต่ยังประสบผลสำเร็จไม่เท่าที่ควร ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีการปฏิบัติหน้าที่ได้ใกล้เคียงก่อนได้รับ โปรแกรม อาจเป็นไปได้ว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นอาจจะไม่ครอบคลุมในทุกปัจจัยที่จะช่วยส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่ที่เป็นปัจเจกบุคคลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวให้ดีขึ้น ได้ ซึ่งทฤษฎีอาการไม่พึง

ประสงค์ (Lenz et al., 1997) ได้กล่าวไว้ว่า อาการไม่พึงประสงค์ และปัจจัยส่วนบุคคลทั้งทางด้านกายภาพ ด้านจิตใจ และด้านสถานการณ์ต่างมีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ จึงมีความเป็นไปได้ว่าการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ยังต้องการการศึกษาที่ยืนยันถึงปัจจัยที่สามารถทำนายหรือร่วมทำนายการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการหายใจลำบาก โรคร่วม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า และความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่สำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับสถานะการเจ็บป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ อาการหายใจลำบาก โรคร่วม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า และความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา

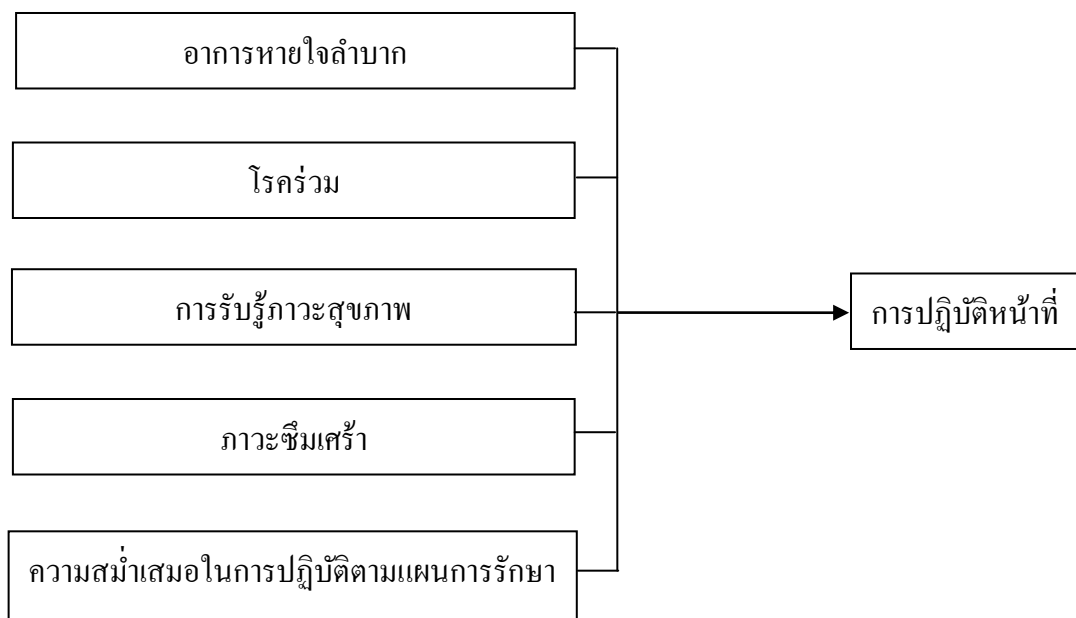
สมมติฐานของการวิจัย

อาการหายใจลำบาก โรคร่วม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า และความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of unpleasant symptoms) ของ Lenz et al. (1997) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ประกอบด้วยมโนทัศน์หลักที่สำคัญ 3 มโนทัศน์ ได้แก่ อาการไม่พึงประสงค์ (Symptoms) คืออาการที่ผู้ป่วยรับรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ต่าง ๆ ไปจากปกติ ปัจจัยที่มีผลต่ออาการไม่พึงประสงค์ (Influencing factors) ประกอบด้วยปัจจัย 1) ปัจจัยด้านกายภาพ (Physiologic) ที่เกี่ยวข้องกับกายภาพหรือโครงสร้างหรือพยาธิสภาพของร่างกายปกติหรือผิดปกติไปจากเดิม 2) ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychologic) คือกระบวนการคิดหรืออารมณ์ที่มีผลต่อการเจ็บป่วย ระดับความรู้ หรือความไม่แน่ใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และ 3) ปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situation) ซึ่งประกอบด้วยสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพรอบ ๆ ตัวรวมถึงวิถีชีวิตของ

ผู้ป่วย ซึ่งอาการไม่พึงประสงค์และปัจจัยส่วนบุคคลด้านต่าง ๆ ส่งผลต่อการปฏิบัติ ประกอบด้วย การปฏิบัติหน้าที่และการปฏิบัติด้านการคิดทางปัญญา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อาการหายใจลำบากซึ่งเป็นอาการไม่พึงประสงค์มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ ($r = -.43, p < .05$) และการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคม ($r = -.46, p < .05$) (Karapolat et al., 2008) ส่วนโรคร่วมเป็นปัจจัยด้านกายภาพมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการปฏิบัติหน้าที่ทางกาย ($r = -.31, p = .01$) (Chiaranai et al., 2009) ส่วนปัจจัยด้านจิตใจได้แก่การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติหน้าที่ทางกาย ($r = .57, p < .01$) การปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท ($r = .46, p < .01$) และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ($r = .39, p < .01$) (Johansson et al., 2008) และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการปฏิบัติหน้าที่ ($r_s = -.45, p < .001$) (นนทกร คำนงค์, 2558) และปัจจัยด้านสถานการณ์คือความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษาที่พบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่มมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติหน้าที่ ($r_s = .36, p < .01$) (นนทกร คำนงค์, 2558) ทั้งอาการไม่พึงประสงค์และปัจจัยส่วนบุคคลทั้งสามด้านมีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จึงสรุปได้ดังแผนภาพ 1-1



ภาพที่ 1-1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์มากกว่า 1 เดือนขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอก ณ คลินิกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2559 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2559 จำนวน 111 คน

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวทุกระดับของความรุนแรงจำแนกตามสมรรถนะการทำหน้าที่ของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์กที่จำแนกออกเป็น 4 ระดับ (NYHA Functional Classification: NYHA-FC I-IV)

การปฏิบัติหน้าที่ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งประกอบไปด้วย การปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานประจำวัน การปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนเอง และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม เพื่อตอบสนองความต้องการตามสถานะของบุคคล ประเมินโดยใช้แบบสอบถาม Functional performance inventory short form พัฒนาโดย Liedy and Kneble (1999) อ้างถึงใน พัทธ์ชนก วิจิธรรมศักดิ์, 2553) ฉบับภาษาไทยของพัทธ์ชนก วิจิธรรมศักดิ์ (2553) โดยผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

อาการหายใจลำบาก หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ถึงความรู้สึกเหนื่อย หายใจไม่อิ่ม หายใจไม่สะดวก ซึ่งอาจเกิดอาการอย่างเฉียบพลันหรือเป็นอยู่เรื้อรังที่อาจเกิดขึ้นทั้งขณะ ออกแรงหรือขณะพัก ประเมินโดยแบบวัดอาการหายใจลำบากแบบตัวเลขของ Gift and Narsavage (1998)

โรคร่วม หมายถึง โรคที่เกิดขึ้นร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลว ประเมินโดยใช้แบบประเมินโรคร่วมของ Charlson comorbidity index (Charlson, Pompei, Ales, & Mackenzie, 1987) ฉบับภาษาไทยของ สุภาภรณ์ ค้วงแพง และ จุฬาลักษณ์ บารมี (2555)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความคิดเห็นของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อภาวะสุขภาพของตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ประเมินโดยใช้แบบสอบถาม Short form-12 version 2 ฉบับภาษาไทยซึ่งปรับปรุงโดยองค์กร Quality Metric Incorporated ในประเทศสหรัฐอเมริกา (Ware et al., 2009)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเกี่ยวกับภาวะจิตใจที่เป็นทุกข์ที่เกิดจากความเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งภาวะที่เป็นทุกข์มีระยะเวลานาน 2 สัปดาห์

ขึ้นไป ประเมินโดยแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของ กรมสุขภาพจิต กระทรวง
สาธารณสุข (2553)

ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา หมายถึง ความถูกต้องและต่อเนื่องใน
การปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในเรื่องการรับประทานยาตามแผนการ
รักษา การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การจำกัดน้ำดื่ม และการออกกำลังกาย ประเมิน
โดยใช้แบบสอบถามความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากการ
ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

บทที่ 2

เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่ (Functional performance) ของผู้ป่วยหัวใจภาวะล้มเหลว ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยมีเนื้อหาครอบคลุมในหัวข้อ

1. ภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 1.1 ความหมายและอุบัติการณ์
 - 1.2 พยาธิสรีรวิทยา
 - 1.3 ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวหรือภาวะหัวใจล้มเหลวกำเริบ
 - 1.4 ประเภทของภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 1.5 การดูแลรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 1.6 ผลกระทบจากภาวะหัวใจล้มเหลว
2. การปฏิบัติหน้าที่ (Functional performance) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
3. ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of unpleasant symptoms)
4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลว

ความหมายและอุบัติการณ์

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์และชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย (2557) ได้ให้ความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลวว่าเป็นกลุ่มอาการซึ่งมีสาเหตุจากความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ อาจเกิดจากมีความผิดปกติของโครงสร้างหรือการทำหน้าที่ของหัวใจ มีผลทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายหรือรับเลือดกลับเข้าสู่หัวใจได้ตามปกติ

จาก Heart failure guidelines ของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาและสมาคมโรคหัวใจประเทศสหรัฐอเมริกา(American College of Cardiology Foundation: ACCF and American Heart Association: AHA) ได้ให้ความหมายไว้ว่าภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการของโรคทางคลินิกที่มีความซับซ้อนที่เกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างหรือการทำหน้าที่ของหัวใจ

ซึ่งส่งผลให้ความสามารถในการทำงานของหัวใจในการคลายตัวเพื่อรับเลือดหรือบีบตัวเพื่อส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายลดลง (Yancy et al., 2013)

อุบัติการณ์

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้ทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2554 มีผู้ป่วยทั่วโลกที่ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นจำนวน 41 ล้านคน (Forouzanfar et al., 2013) ซึ่งมีอัตราส่วนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ใช้ชีวิตร่วมกับประชากรทั่วไปในแต่ละทวีปดังนี้ ในทวีปอเมริกา เช่น ประเทศอเมริกาพบอัตราส่วนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ที่ร้อยละ 1.9 ในทวีปยุโรป เช่น ประเทศฝรั่งเศสอยู่ที่ร้อยละ 2.2 ซึ่งสถิติโดยรวมของทวีปอยู่ที่ร้อยละ 1-2 ส่วนประเทศในทวีปเอเชีย เช่น ประเทศจีนอยู่ที่ร้อยละ 1.3 ประเทศสิงคโปร์ร้อยละ 4.5 (Lam, 2015)

สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2552 พบผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีสาเหตุจากภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 142,743 คน พ.ศ. 2553 จำนวน 147,197 คน พ.ศ. 2554 จำนวน 166,227 พ.ศ. 2555 จำนวน 171,316 และ พ.ศ. 2556 จำนวน 171,125 คน (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2552) จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีจำนวนเพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี ส่วนในเครือข่ายบริการสุขภาพเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือในปี พ.ศ. 2555 ถึง พ.ศ. 2556 มี จำนวนผู้ป่วย 15,052 และ 14,913 คน ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบสถิติโดยใช้ค่ามัธยฐานของโรงพยาบาลระดับเดียวกันในประเทศ พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลในปี พ.ศ. 2553 ของไตรมาสที่ 3 ซึ่งอยู่ที่ 43.8 คนต่อประชากรแสนคน ซึ่งพบว่า โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี มีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน 38.2 คน โรงพยาบาลระยอง จังหวัดระยอง 38.2 คน โรงพยาบาลอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี 95 คน โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี 69 คน โรงพยาบาลตราด จังหวัดตราด 46.1 คน โรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ 21 คน โรงพยาบาลพระพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา 74 คน และ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช จังหวัดสระแก้ว 40 คน (สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2553) จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในเครือข่ายบริการสุขภาพเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีอัตราที่สูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับสถิติในระดับประเทศ สำหรับโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี เป็นโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิที่มีศักยภาพในการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่า ในปี พ.ศ. 2557 มีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอก 581 คน (งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี, 2558)

นอกจากนี้ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นโรคที่มีอาการกำเริบได้ตลอดเวลา จึงพบผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวและเสียชีวิตในปีได้ร้อยละ 24.3 (สิทธิลักษณ์ วงษ์วันทนี และคณะ, 2553) ส่วนอัตราการตายในโรงพยาบาลพบร้อยละ 5 โดยเฉพาะในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีค่าบีบตัวของหัวใจลดลงพบอัตราการตายถึงร้อยละ 8.2 (ประสาธต์ เหล่าถาวร และคณะ, 2553) ดังเช่นการศึกษาของ Organized program to initiate lifesaving treatment in hospitalized patients with heart failure ที่มีการศึกษาโดยติดตามผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวภายหลังจำหน่ายพบว่า ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำถึงร้อยละ 96.9 และในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอัตราการตายถึงร้อยละ 36.2 (Fonarow et al., 2008)

พยาธิสรีรวิทยา

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการที่ซับซ้อนในการทำหน้าที่ที่บ่งพร่องของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซึ่งอาจจะเป็นการบีบตัว (Systolic dysfunction) จากการที่มีกล้ามเนื้อยืดขยาย ทำให้ความสามารถในการบีบตัว เพื่อส่งเลือดไปเลี้ยงร่างกายลดลง Cardiac output ลดลง ค่าความสามารถในการบีบตัวที่วัดได้เรียกว่า Ejection fraction (EF) ถ้า EF ต่ำกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40 แปลผลว่า มีภาวะพร่องในการบีบตัว ส่วนการคลายตัว (Diastolic dysfunction) เป็นภาวะพร่องในการคลายตัวเพื่อรับเลือดมีค่า EF มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40 (Yancy et al., 2013) เมื่อหัวใจทำงานขาดประสิทธิภาพผลที่ตามก็คือ Stroke volume ลดลง Cardiac output ก็ลดลงตามไปด้วย การลดลงของ Cardiac output ทำให้เกิดการกระตุ้น Neurohormonal system ส่งผลให้มีการเพิ่มปริมาตรของเหลวในร่างกายจึงทำให้เกิดเลือดคั่งในปอด (Fletcher & Thomas, 2001) ภาวะที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดในอัตราที่เพียงพอกับความต้องการของเนื้อเยื่อหรืออาจเรียกว่า “Pump failure” ซึ่งมีผลต่อระบบไหลเวียนโลหิตในร่างกายทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซในร่างกายลดลง ร่างกายจึงมีการปรับชดเชยเพื่อให้มีปริมาณเลือดไปเลี้ยงร่างกายอย่างเพียงพอ โดยการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกเพื่อเพิ่มการบีบตัวและอัตราการเต้นของหัวใจ นอกจากนี้ยังเกิดการกระตุ้นระบบ Renin-angiotensin aldosterone system การปรับชดเชยที่ใช้ระยะเวลานานจากการที่ระบบเหล่านี้ไม่สามารถสร้างกลไกในการบีบตัวได้ ก็จะทำให้การทำหน้าที่ของกล้ามเนื้อหัวใจแย่ลง การปรับตัวที่ใช้ระยะเวลานานก็ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงรูปทรงของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่าง (Ventricle remodeling) และยิ่งทำให้การบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจก็ยิ่งมีอาการเลวลง (Varughese, 2007) มักจะพบการทำหน้าที่บ่งพร่องในการบีบตัวหรือคลายตัวของหัวใจในผู้ป่วยหัวใจหัวใจล้มเหลว และเป็นตัวทำนายอัตราการตายในทุกสาเหตุการตาย (Redfield et al., 2003)

ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวหรือภาวะหัวใจล้มเหลวกำเริบ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่ส่งเสริมที่ทำให้การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวหรือภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการกำเริบ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. อายุ ในผู้ที่มีอายุมากขึ้นมีแนวโน้มต่อการเกิดอุบัติการณ์ภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มมากขึ้น (Curtis et al., 2008) และร้อยละ 14 ของผู้ที่มีอายุมากขึ้น โดยเท่ากับหรือมากกว่า 70 ปีทำให้เกิดการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลวได้ (Moser et al., 2005)

2. พฤติกรรมหรือวิถีชีวิตของบุคคล โดยพบความชุกของปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ ผู้ที่เคยสูบบุหรี่ และความอ้วนที่ร้อยละ 51.2 และ 24.5 ตามลำดับ (Dunlay, Weston, Jacobsen, & Roger, 2009) ดังเช่นการศึกษาของ He et al. (2001) ในผู้ที่มีประวัติสูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ 1.59 เท่า และเมื่อประเมินการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวพบอุบัติการณ์ได้ถึงร้อยละ 17.1 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Yang, Negishi, Otahal, and Marwick (2015) ในผู้ที่มีประวัติสูบบุหรี่มีโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ถึง 1.6 เท่า และผู้ที่มีน้ำหนักเกินมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้น (He et al., 2001) ซึ่งในบุคคลที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วนมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในอัตรา 10.5 ต่อ 1,000 คนต่อปี (Loehr et al., 2009) นอกจากนี้การศึกษานี้ยังพบปัญหาอื่นหรือมีความยากลำบากในการนอนหลับพบว่า ในบุคคลกลุ่มนี้มีแนวโน้มในการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวมากกว่าผู้ที่ไม่มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ (Laugsand, Strand, Platou, Vatten & Janszky, 2014)

3. โรคร่วมหรือโรคเรื้อรัง เมื่อมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 19 ปี พบผู้ป่วยที่มีประวัติความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคลิ้นหัวใจและโรคเส้นเลือดหัวใจตีบมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะโรคเส้นเลือดหัวใจตีบมีโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ถึง 8.11 เท่า และเมื่อประเมินการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวพบได้ถึงร้อยละ 61.6 (He et al., 2001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Dunlay et al. (2009) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 962 ราย พบความชุกของปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเส้นเลือดหัวใจตีบและโรคเบาหวานที่ร้อยละ 66.2, 29.1 และ 18.5 ตามลำดับ เมื่อติดตามความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่า โรคเส้นเลือดหัวใจตีบมีโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว 3.05 เท่า โรคเบาหวาน 2.65 เท่า ซึ่งมากกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคเส้นเลือดหัวใจตีบและโรคเบาหวาน สำหรับประเทศไทยก็เช่นเดียวกัน ดังเช่นการศึกษาของ สุรชัย กอบเกียรติพงษ์ (2556) พบว่าสาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลวได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 53.8 โรคลิ้นหัวใจร้อยละ 21.2 ความดันโลหิตสูงร้อยละ 15.4 และโรคกล้ามเนื้อหัวใจร้อยละ 7.7 ในขณะที่โรคร่วมที่กล่าวไว้ในข้างต้นเป็นสาเหตุของการพัฒนาไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลว และในขณะเดียวกันโรคร่วมเหล่านี้ก็เป็นปัจจัย

ชักนำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการกำเริบได้ ดังเช่นการศึกษาของ Ali, Nazeer, Ahmed, Fatima, and Niaz. (2014) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 200 ราย พบปัจจัยที่ทำให้มีอาการกำเริบ ได้แก่ ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ร้อยละ 22.5 หัวใจเต้นผิดจังหวะ ร้อยละ 21.26 โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ร้อยละ 20 และการติดเชื้อ ร้อยละ 6.5 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรัชย์ กอบเกื้อชัยพงษ์ (2556) พบปัจจัยกระตุ้นภาวะหัวใจล้มเหลวให้มีอาการกำเริบ ได้แก่ อาการหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 20.6 ภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 6.9 การติดเชื้อ ร้อยละ 5.3 และภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ร้อยละ 4.3 นอกจากนี้ยังพบว่า โรคเบาหวานเป็นตัวทำนายการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความเสียหายในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การเพิ่มขึ้นแต่ละเปอร์เซ็นต์ของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดจะเพิ่มอัตราความเสี่ยง ร้อยละ 1.36 ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Melle et al., 2010)

4. การปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษาของ Diaz et al. (2011) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 102 ราย พบปัจจัยที่ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวกำเริบ ได้แก่ การขาดความสม่ำเสมอของการรับประทานยาที่เหมาะสม ร้อยละ 52 และการรับประทานยาร้อยละ 30 เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุรัชย์ กอบเกื้อชัยพงษ์ (2556) ที่พบว่า การขาดความสม่ำเสมอของการรับประทานยาที่เหมาะสมและการรับประทานยาที่ร้อยละ 28.2 และ 9.2 ตามลำดับ และการศึกษาของ Ali et al. (2014) ที่พบปัจจัยสอดคล้องกัน ได้แก่ การขาดความสม่ำเสมอของการรับประทานยา ร้อยละ 17.5 ที่เป็นปัจจัยชักนำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการกำเริบได้

ประเภทของภาวะหัวใจล้มเหลว

จากการทบทวนวรรณกรรมพบการจัดแบ่งประเภทของภาวะหัวใจล้มเหลวได้หลายวิธี เช่น ชนิดของภาวะหัวใจล้มเหลวตามระยะเวลาที่มีอาการ โดยแบ่งเป็นภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute, Decompensate heart failure) และภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (Chronic heart failure) หรือแบ่งตามการทำงานของหัวใจคือ Systolic heart failure และ Diastolic heart failure หรือ การแบ่งชนิดของภาวะหัวใจล้มเหลวโดยอิงตามค่าการบีบตัวของหัวใจ (EF.) เป็นต้น แต่ในการศึกษาครั้งนี้มีการจัดแบ่งประเภทของหัวใจล้มเหลว ดังนี้

1. การจัดแบ่งระยะของภาวะหัวใจล้มเหลวของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย สหรัฐอเมริกาและสมาคมโรคหัวใจประเทศสหรัฐอเมริกา (ACCF and AHA) (Yancy et al., 2013) ได้มีการจัดแบ่งระยะการดำเนินไปของโรคเป็น 4 ระยะ โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาและการดำเนินของภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งประกอบด้วย

Stage A ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงในการพัฒนาเข้าสู่ภาวะหัวใจล้มเหลว แต่โครงสร้างหัวใจไม่มีความผิดปกติและไม่มีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว

Stage B ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของหัวใจ แต่ไม่มีอาการหรืออาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว

Stage C ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของหัวใจ และเคยมีภาวะหัวใจล้มเหลวหรือปัจจุบันมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว

Stage D ผู้ป่วยมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ตอบสนองต่อการรักษา มีการรักษาที่มีความเฉพาะ

การศึกษาในประชากรที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 45 ปี จำนวน 2029 ราย พบว่า ความชุกของผู้ป่วย Stage A พบร้อยละ 22 Stage B พบร้อยละ 34 Stage C พบร้อยละ 12 และพบน้อยที่สุดคือ Stage D พบร้อยละ 0.2 การดำเนินการของโรคในแต่ละระยะ พบว่า จาก Stage B มีแนวโน้มไปสู่ Stage C ได้ถึง 9.6 เท่า และจาก Stage C มีแนวโน้มไปสู่ Stage D 5.3 เท่า และอัตราการรอดชีวิตที่ระยะเวลา 5 ปี ในกลุ่ม Stage A Stage B และ Stage C มีอัตราการรอดชีวิตมากที่สุดอยู่ที่ร้อยละ 97, 96 และ 75 ตามลำดับ ในขณะที่ Stage D มีอัตราการรอดชีวิตน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 20 (Ammar et al., 2007)

2. การจำแนกความรุนแรงตามสมรรถนะการทำหน้าที่ของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก โดยจำแนกออกเป็น 4 ระดับ (NYHA Functional Classification: NYHA-FC) ซึ่งจำแนกด้วยการประเมินความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยมีรายละเอียดดังนี้ (The criteria committee of the New York Heart Association cited in Yancy et al., 2013)

NYHA-FC I หมายถึง ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมทางกาย การทำกิจกรรมทางกายทั่วไปไม่ทำให้เกิดอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว

NYHA-FC II หมายถึง มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมทางกายเล็กน้อย พักแล้วอาการดีขึ้น การทำกิจกรรมทางกายทั่วไปทำให้เกิดอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว

NYHA-FC III หมายถึง มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมทางกายมาก พักแล้วอาการดีขึ้น การทำกิจกรรมทางกายที่ระดับต่ำกว่ากิจกรรมทั่วไปทำให้เกิดอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว

NYHA-FC IV หมายถึง ไม่สามารถทำกิจกรรมทางกายใด ๆ ที่ไม่ทำให้เกิดอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว หรือมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวขณะพัก

ซึ่งหากประเมินร่วมกันระหว่างระยะการดำเนินไปของโรคและการจำแนกสมรรถนะการทำหน้าที่ Stage B อยู่ใน NYHA-FC I ส่วน Stage C พบได้ทั้งประเภท NYHA-FC I ถึง NYHA-FC IV และ Stage D จัดอยู่ในประเภท NYHA-FC IV

การดูแลรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว

การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวมีแนวทางที่ชัดเจน ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการรักษาตั้งแต่ในระยะแรกเริ่มของภาวะหัวใจล้มเหลว (Yancy et al., 2013) ทั้งการรักษาด้วยยา การรักษาด้วยเครื่องมือพิเศษ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ และชมรมหัวใจล้มเหลว, 2557) โดยมีเป้าหมายเพื่อบรรเทาอาการภาวะหัวใจล้มเหลวและทำให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาวขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งการรักษาในแต่ละระยะของการดำเนินของภาวะหัวใจล้มเหลวมีรายละเอียด ดังนี้ (Chojnowski, 2006; Yancy et al., 2013; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ และชมรมหัวใจล้มเหลว, 2557)

Stage A ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงในการพัฒนาเข้าสู่ภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งมีสาเหตุจากความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดแดงตีบแข็ง ไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน การสูบบุหรี่ มีประวัติของการเกิดภาวะข้างเคียงของการใช้ยาโรคหัวใจ หรือประวัติครอบครัว ในระยะนี้ผู้ป่วยไม่มีความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจและอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวเป้าหมายในระยะนี้เป็นการควบคุมหรือชะลอการดำเนินของโรค โดยมีแนวทางดังนี้

1. การควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรให้ต่ำกว่า 140/ 90 mmHg. ในผู้ป่วยเบาหวานควรให้ต่ำกว่า 130/ 90 mmHg.
2. ควบคุมระดับไขมันในหลอดเลือด
3. ควบคุมระดับน้ำตาลในหลอดเลือดในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้
4. ควบคุมอาการของโรคประจำตัว
5. ถ้าผู้ป่วยมีโรคเมร็ง ต้องมีการตรวจสอบแผนการรักษาเพราะการได้รับยาเคมีบำบัดอาจทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจสูญเสียการทำงานที่
6. ส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การหยุดสูบบุหรี่

Stage B ผู้ป่วยไม่มีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว แต่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของหัวใจ เช่น การทำหน้าที่ที่ผิดปกติของหัวใจห้องล่างซ้าย หัวใจห้องล่างซ้ายขยายขนาดโตขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจตายหรือโรคลิ้นหัวใจและเป็นความเสี่ยงที่นำไปสู่การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเป้าหมายในระยะนี้เป็นการชะลอการดำเนินของโรค เพิ่มอัตราการรอดชีวิต ทั้งใน Stage A และ Stage B ควรได้รับยา ACEI (Angiotensin converting enzyme inhibitors) และ Beta blocker ถ้าไม่มีข้อห้าม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ACEI หยุดการทำงานของ Angiotensin เพื่อลดการกักเก็บน้ำและเกลือ ควรเริ่มต้นที่ขนาดยาต่ำ ๆ แล้วค่อย ๆ ปรับยา โดยต้องมีการเฝ้าระวังความดันโลหิต และการทำหน้าที่ของไต ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยากกลุ่ม ACEI ได้ก็เปลี่ยนเป็นกลุ่มARB(Angiotensin receptor blocker)

2. Beta-blockers มีประสิทธิภาพลดอาการ ทำให้อาการดีขึ้น ลดอัตราการตายและระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำในการเฝ้าระวังและการติดตามอาการภายหลังการใช้ยา

Stage C ผู้ป่วยเคยมีภาวะหัวใจล้มเหลวหรือปัจจุบันมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างการบีบตัวของหัวใจ เช่น การเปลี่ยนแปลงรูปร่างของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่าง เป้าหมายของการดูแลรักษาในระยะนี้เป็นการชะลอการดำเนินโรค ลดอาการ และเพิ่มอัตราการรอดชีวิต ยาที่เพิ่มในระยะนี้คือ ยาขับปัสสาวะ ยาดิจิทาลิส ยากกลุ่มAldosterone antagonists และยากกลุ่มVasodilators ควรหลีกเลี่ยงหรือหยุดยาที่มีผลต่อยาข้างต้น เช่น ยากกลุ่ม NSAID. นอกจากนี้ยังมีการร่วมรักษาเพื่อลดอัตราเสียชีวิต โดยการใช้เครื่อง Implantable cardioverter/defibrillator(ICD), Cardiac resynchronization therapy(CRT) หรือ Cardiac resynchronization therapy and defibrillator (CRT-D)

Stage D ผู้ป่วยมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวขณะพัก และมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม กลยุทธ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็คือ เพิ่มความสามารถในการทำงานของหัวใจ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะนี้ ต้องมีความถี่ในการประเมินอาการซ้ำ และอาจมีความต้องการในการใส่เครื่องช่วยการสูบฉีดเลือดของหัวใจ

ดังนั้น จึงพอสรุปได้ว่าองค์ประกอบสำคัญของชุดการรักษาประกอบด้วย

1. การรักษาด้วยยาเพื่อควบคุมภาวะหัวใจล้มเหลว ยาที่ใช้ในการรักษาประกอบไปด้วย กลุ่มยาขับปัสสาวะ (Diuretics) กลุ่มยา ACEI หรือ ARB กลุ่มยา Beta blockers กลุ่มยาดิจิทาลิส (Digoxin) นอกจากนี้ยังต้องรักษาด้วยยาอื่น ๆ เช่น ยาลดความดันโลหิต เพื่อควบคุมโรคร่วมในผู้ป่วยกลุ่มนี้ด้วย

2. การรักษาต่อหัวใจโดยตรงเช่น การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ หรือ การร่วมรักษาโดยการใช้เครื่อง ICD, CRT หรือ CRT-D

3. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันเกิดการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น การรับประทานอาหาร การควบคุมเกลือ รับประทาน 2 กรัมต่อวัน การจำกัดน้ำดื่มต่อวัน การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ รวมไปถึงการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ

ผลกระทบจากภาวะหัวใจล้มเหลว

การดูแลรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้ผู้ป่วยมีอายุที่ยืนยาวมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันการดำเนินของโรคที่มีความรุนแรงมากขึ้นตามระยะเวลาและความเสื่อมถอยของร่างกายตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งอาจเป็นผลให้ภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดการกำเริบได้อย่างเฉียบพลัน จึงทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ มีรายละเอียดดังนี้

1. ผลกระทบต่อผู้ป่วย เนื่องจากพยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลวส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงอาการที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ ซึ่งอาการที่อาจเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน เช่น อาการหายใจลำบากนอนราบไม่ได้ หรืออาการหายใจลำบากเวลากลางคืน (Ceia et al., 2004) ผู้ป่วยจึงต้องปรับตัวและเริ่มต้นใช้ชีวิตอยู่กับการเจ็บป่วยไม่ว่าจะเป็นการพยายามปรับตัวหรือจำกัดกิจกรรมต่างๆ (Oliveira et al., 2013) ดังเช่นการศึกษาของ ชุตินธร เรียนแพง (2548) พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการจัดการตนเองในระดับสูง ได้แก่ การจัดการตนเองเกี่ยวกับอาการหอบเหนื่อยขณะมีกิจกรรม อาการเหนื่อยล้า และอาการใจเต้น ส่วนการจัดการตนเองอยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ การจัดการตนเองเกี่ยวกับอาการเท้าบวม และอาการน้ำหนักเพิ่มอย่างรวดเร็ว

อย่างไรก็ตามผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวยังมีความจำเป็นที่ต้องเคลื่อนไหวร่างกายในการทำกิจกรรม ในขณะที่การทำงานของหัวใจมีภาวะบกพร่องในการส่งเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อและอวัยวะตามส่วนต่างๆของร่างกาย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทนในการทำกิจกรรมลดลง ซึ่งผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ได้จัดแบ่งเวลาหรือหยุดพักในการทำกิจกรรมในแต่ละวัน จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการเหนื่อยล้าตามมา (Wal, Jaarsma, & Veldhuisen, 2005) ในบุคคลที่มีความยากลำบากในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีแนวโน้มที่จะมีการรับรู้ระดับสุขภาพของตนเองไม่ดี (Haseen, Adhikari, & Soonthornhdada, 2010) จากข้อจำกัดดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางถึงไม่ดี (Farkas et al., 2009)

นอกจากนี้ภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีการกำเริบได้ตลอดเวลาจึงทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำ (Wal et al., 2005) และมีค่าเฉลี่ยของอัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ถึง 2.65 ครั้งต่อปี (สิทธิลักษณ์ วงษ์วันทนิย์ และคณะ, 2553) ซึ่งผู้ป่วยที่มีการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลวมีรายงานอาการที่เกี่ยวข้องกับความทุกข์ทรมานสูงถึงร้อยละ 14.1 ถึงร้อยละ 54.1 (Blinderman et al., 2008) เมื่อผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานก็ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าตามมาซึ่งภาวะซึมเศร้าพบได้ถึงร้อยละ 48 (Gottlieb et al., 2004) และผู้ป่วยมีความพยายามในการแยกตัวเองออกจากสังคมอย่างต่อเนื่องหรือไม่สามารถประกอบอาชีพต่อไปได้ (Jeon et al., 2010)

ดังเช่นการศึกษาของ Sawafta and Chen (2013) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 200 ราย พบว่ามีผู้ป่วยไม่ได้ประกอบอาชีพถึงร้อยละ 69

จากความเจ็บป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้ภาครัฐมีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยและในวงจรเศรษฐกิจก็สูญเสียรายได้ เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพสร้างรายได้ในการเลี้ยงชีพตนเองได้ ซึ่งอาจจะต้องได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐก็ยิ่งทำให้รัฐมีภาระค่าใช้จ่ายมากขึ้น หรือครอบครัวต้องรับผิดชอบในการหารายได้ทั้งเลี้ยงดูผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ซึ่งส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจตามมาในที่สุด

2. ผลกระทบต่อครอบครัว เนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะที่มีการดำเนินของโรคอยู่ในระยะสุดท้ายที่มีผลต่อการทำกิจกรรมของผู้ป่วย ดังเช่นการศึกษาของ จอม สุวรรณโณ, เรวดี เพชรศิราทัศน์, ปุณณวิทย์ ประเสริฐไทย, อรุณศรี จันทร์ประดิษฐ์ และวงษ์รัตน์ ใสสุข (2552) พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ เป็นผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งในแต่ละสัปดาห์ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องได้รับการดูแลผู้อื่นหรือครอบครัวอยู่ระหว่างจำนวน 14.45 ชั่วโมง ถึง 17.35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (Gure et al., 2007) เนื่องจากครอบครัวต้องดูแลผู้ป่วยจึงทำให้ครอบครัวมีความรู้สึกเหน็ดเหนื่อยจากการกระทำกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยแต่ละวันและขาดอิสระในชีวิต นอกจากนี้ยังทำให้ครอบครัวขาดรายได้เนื่องจากต้องมาดูแลผู้ป่วย (สมฤดี คีนวนพะเนา และคณะ, 2557) และทำให้คุณภาพชีวิตทางกายภาพและทางอารมณ์ของครอบครัวก็แย่ลงตามไปด้วย (Pressler et al., 2009)

จะเห็นได้ว่าภาวะหัวใจล้มเหลวได้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและภาวะเศรษฐกิจ โดยเฉพาะผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดการปฏิบัติกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อ ปฏิบัติหน้าที่ ดังเช่นการศึกษาของ Zaharias et al. (2014) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวภายหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่า ร้อยละ 18.8 ผู้ป่วยยังมีอาการขณะพัก แต่มีอาการลดลงลงเหลือเพียงร้อยละ 3.1 ในวันที่จำหน่าย และเมื่อสอบถามการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนการเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยร้อยละ 62.5 ที่ปฏิบัติได้ด้วยตนเอง แต่เมื่อประเมินโดยตรงด้วยวิธีการทดสอบอย่างเป็นระบบพบว่า มีเพียงร้อยละ 22.6 เท่านั้นที่ปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ในขณะที่ผู้ป่วยมีปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันร้อยละ 25.8 อยู่ในระดับเล็กน้อย และร้อยละ 51.6 อยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าภาวะหัวใจล้มเหลวส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งการเจ็บป่วยที่เกิดการกำเริบได้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมากที่สุดคือการปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งผลที่ตามมาอาจจะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะพึ่งพาผู้อื่นได้

การปฏิบัติหน้าที่ (Functional performance) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

การปฏิบัติหน้าที่เป็นสิ่งผู้ป่วยรับรู้ถึงการให้ความหมายในผลลัพธ์ของสุขภาพที่ตระหนักถึงการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคลในแต่ละวัน (Wang, 2004) เนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลวด้วยตัวโรคที่ทำให้ผู้ป่วยถูกจำกัดการทำกิจกรรมตามที่ได้กล่าวไว้ในข้างต้น เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลทั่วไปหรือผู้ป่วยโรคปอด ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมักจะมีภาวะพร้อมต่อการปฏิบัติหน้าที่ทางกาย ตามบทบาท รวมถึงทางสังคม (Hobbs et al., 2002) อีกทั้งผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้นมีความเกี่ยวข้องกับความสามารถการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน (Konjengbam et al., 2007) โดยเฉพาะภาวะบกพร่องในการดูแลตนเอง (Riegel, Lee, Dickson, & Carlson, 2009) ซึ่งข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมมีอิทธิพลโดยตรงทางลบกับคุณภาพชีวิต (พวงผกา กริทอง, 2550) โดยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยังมีความสัมพันธ์อย่างมากกับความทุกข์ทรมาน ความผาสุกและการปฏิบัติหน้าที่ (Blinderman et al., 2008)

จากผลกระทบของภาวะหัวใจล้มเหลวที่ส่งผลต่อผู้ป่วยโดยเฉพาะการปฏิบัติหน้าที่ จึงมีการศึกษาเกี่ยวกับการสร้างโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่ ดังเช่นการศึกษาของ พรสวรรค์ วิทย์วานุกูล และชนกพร จิตปัญญา (2552) เกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการออกกำลังกายต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม จำนวน 40 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน ภายหลัง 8 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการออกกำลังกายหลังการทดลองมีคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ด้วยวิธีการวัดระยะทางที่ผู้ป่วยเดินบนพื้นราบใน 6 นาที ก่อนการทดลองระยะทางที่ผู้ป่วยเดินได้มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 322.10 (SD = 42.78) ส่วนหลังการทดลองระยะทางที่ผู้ป่วยเดินได้มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 420 (SD = 44.93) ซึ่งผู้ป่วยสามารถเดินได้ในระยะทางที่ไกลมากขึ้น แต่เป็นการประเมินภายหลังผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับ โปรแกรม ซึ่งในระยะยาวยังไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยจะสามารถเดินได้ในระยะเพิ่มขึ้นมากกว่าเดิมหรือไม่

การศึกษาของ จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ และคณะ (2555) เกี่ยวกับ ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อความสามารถในการทำกิจกรรมและการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 66 คนแบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 33 คน โปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ประกอบด้วยกิจกรรม 3 อย่างคือ การสอน เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลวและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม และการเยี่ยมบ้าน การวัดความสามารถใน

การทำกิจกรรมประกอบ ด้วยข้อคำถาม 25 ข้อที่เกี่ยวข้องกับกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ซึ่งจัดระดับความสามารถเป็น 3 ระดับคือ สามารถทำได้ตามปกติ (คะแนนมากกว่าร้อยละ 70) สามารถทำได้แต่ช้า (คะแนนระหว่างร้อยละ 50-70) และไม่สามารถทำได้ (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 50) ซึ่งก่อนการทดลอง ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมอยู่ในช่วง 61-88 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจกรรมเท่ากับ 72.2 (SD = 5.7) ภายหลัง 12 สัปดาห์พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมมีความสามารถในการทำกิจกรรมอยู่ในช่วง 73.3 - 89.7 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 84.3 (SD = 4.9) ซึ่งผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้นแต่เป็นการประเมินในช่วงระยะเวลาไม่ยาวนานมากนัก นอกจากนี้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติไม่แตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ซึ่งในระยะยาวอาจต้องมีการติดตามความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยว่าจะคงอยู่ได้ตามปกติของแต่ละบุคคลหรือไม่

นอกจากนี้มีการศึกษาพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการ โดยเฉพาะอาการหายใจลำบาก ดังเช่นการศึกษาของ ธนากรณ์ แก้วยก และคณะ (2554) เกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบากและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 30 ราย เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ซึ่งโปรแกรมการจัดการตนเองประกอบด้วย 1) คู่มือการสอนสำหรับพยาบาลที่สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง และส่งเสริมทักษะในการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง 2) คู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง และ 3) สมุดรวบรวมข้อมูลสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบากลดลง และมีคะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบากต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .05$) และผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเพิ่มขึ้น และมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวัน การทำงานบ้าน การออกกำลังกาย และการมีกิจกรรมที่เป็นงานอดิเรก ซึ่งเป็นการประเมินความสามารถในการใช้ออกซิเจนทางอ้อมวัดเป็น MET อยู่ระหว่าง 1.00 – 13.00 METs คำถามในข้อคำถามแรกมีจำนวน MET ต่ำที่สุด = 1 MET และค่อยๆ เพิ่มขึ้นจนข้อสุดท้ายมีจำนวน 13 METs ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเท่ากับ 3.93 (SD = .70) ภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเพิ่มขึ้นเป็น 5.13 (SD = 1.46) ซึ่งมีคะแนนเพิ่มขึ้นไม่มากนัก ผู้วิจัยที่ศึกษาโปรแกรมนี้ได้เสนอแนะให้ควรมีการติดตามกลุ่มตัวอย่างในระยะยาว ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเพื่อติดตาม

กระบวนการ จัดการและประเมินอาการหายใจลำบากและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในระยะยาว

เช่นเดียวกับการศึกษาของ ลัดดาวัลย์ ฤทธิกล้า และคณะ (2555) เกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ภาวะหายใจลำบาก ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระดับที่ 2 และ 3 จำนวน 48 ราย (กลุ่มทดลอง 24 ราย และกลุ่มควบคุม 24 ราย) ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับการ โปรแกรมที่ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว การประเมินอาการกำเริบและหลักการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ฝึกทักษะการจัดการตนเองในการควบคุมโรคและการแก้ปัญหาเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการกำเริบ ฝึกการบันทึกในกลุ่มมือและฝึกปฏิบัติพฤติกรรม การจัดการตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเท่ากับ 129.34 , (S.D.=59.55) ซึ่งค่าคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่เป็นไปได้อยู่ในช่วง 0 – 230 คะแนน ภายหลังจาก 12 สัปดาห์ผู้ป่วยที่ได้รับ โปรแกรมมีคะแนนภาวะหายใจลำบากลดลงและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$) คะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$) และคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .01$) ซึ่งผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเท่ากับ 174.59 (S.D.= 41.61) จะเห็นได้ว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันยังไม่สูงถึงตามค่าที่คาดหวัง ผู้วิจัยในการศึกษาโปรแกรมนี้ได้เสนอแนะให้ควรมีการศึกษาโดยการติดตามผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะยาวและศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวตามที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น ซึ่งโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมุ่งส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่ทางกายและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในขณะที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวยังมีการปฏิบัติหน้าที่ดีขึ้นไม่มากนัก ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวยังมีภาวะการทำหน้าที่โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางและภาวะการทำหน้าที่ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมอยู่ในระดับต่ำสุด (อมรรัตน์ กรเกษม และคณะ, 2557) และผู้ป่วยมีความพยายามแยกตัวจากสังคมเนื่องจากมีข้อจำกัดทางกาย (Jeon et al., 2010) ดังเช่นการศึกษาของ Dunlay et al. (2015) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 1128 คน พบว่า ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการปฏิบัติหน้าที่ในการทำกิจวัตรประจำวันภายหลังการติดตามที่ 3.2 ปี และอัตราการตายเพิ่มขึ้นตามความยากลำบากในการปฏิบัติหน้าที่ในการทำกิจวัตรประจำวันระดับปานกลางและระดับรุนแรง เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาการปฏิบัติหน้าที่ในการทำกิจวัตรประจำวัน

หรือมีปัญหาเล็กน้อย ($p < .001$) นอกจากนี้ยังเพิ่มความเสี่ยงในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ($p < .001$) ซึ่งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่มีข้อจำกัดที่พบมากที่สุด คือ การเดินระหว่างห้อง ภายในบ้านพบร้อยละ 41.8 ส่วนการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทคือ ข้อจำกัดในการจับจ่ายซื้อเครื่องอุปโภคหรือบริโภคพบได้ถึงร้อยละ 35.6 (Gure et al., 2007) ดังนั้นอาจเป็นไปได้ว่าโปรแกรมที่มีการพัฒนาขึ้น อาจมีผลต่อปัจจัยบางส่วนที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในขณะที่การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่มีอยู่อย่างจำกัดที่นำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่แบบองค์รวมและบูรณาการ จึงมีความจำเป็นในการศึกษาเพิ่มถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติหน้าที่พบว่า ได้มีผู้ศึกษาไว้อย่างกว้างขวางโดยมีรายละเอียด ดังนี้

Jette and Cleary (1987) ได้อธิบายถึงภารกิจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมประจำวัน พื้นฐาน เช่น การดูแลตนเองหรือการเคลื่อนไหวขั้นพื้นฐานซึ่งปกติเรียกว่าการปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานประจำวัน นอกจากนี้ยังกล่าวถึงภารกิจที่มีความซับซ้อน เช่น การทำความสะอาดบ้าน ซึ่งเรียกว่าการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท และการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมซึ่งครอบคลุมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและการปฏิบัติหน้าที่ในสังคมตามบทบาทที่ได้รับหรือความรับผิดชอบ

Reuben, Wieland, and Rubenstein (1993) ได้กล่าวถึงสถานะการทำหน้าที่ (Functional status) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติภาระหน้าที่และตอบสนองบทบาททางสังคมที่สัมพันธ์กับชีวิตประจำวันที่ผาดผ่านขอบเขตความหลากหลายที่มีความซับซ้อน โดยแบ่งสถานะการทำหน้าที่ออกเป็น 3 ระดับ คือ การปฏิบัติหน้าที่ตามพื้นฐานกิจกรรมประจำวัน (Basic activity daily living: ADL) ประกอบด้วยการทำหน้าที่ในการดูแลตนเอง การปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท (Instrumental ADL) ซึ่งเป็นภารกิจที่จำเป็นตามความสามารถคงไว้ในความเป็นอิสระ และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Advance ADL) (Reuben & Solomon, 1989)

Leidy (1994) ได้ให้มิติของสถานะการทำหน้าที่ (Functional status) ผ่านสี่มิติดังนี้ คือ ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ (Functional capacity) ความสามารถการปฏิบัติหน้าที่สำรอง (Functional reserve) การเลือกใช้ความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional capacity utilization) และการปฏิบัติหน้าที่ (Functional performance) ซึ่งหมายถึงการกระทำได้จริงของบุคคลในด้านกายภาพ จิตใจ สังคม อาชีพ และจิตวิญญาณตามปกติของชีวิตเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน

Wilson and Cleary (1995) ได้ให้ความหมายของ สถานะการทำหน้าที่ (Functional status) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติหน้าที่อย่างจำเพาะเจาะจงผ่าน 4 ขอบเขต คือ ด้านกายภาพ ด้านจิตใจ สังคมและบทบาท

Knight (2000) ได้กล่าวถึงสถานะการทำหน้าที่ (Functional status) คือ การปฏิบัติได้จริง ของกิจกรรมและระดับหรือขั้นของการปฏิบัติ การปฏิบัติหน้าที่เป็นพฤติกรรมที่มีการศึกษา อยู่บ่อย ๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การแต่งกาย การรับประทานอาหาร และการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนเอง ได้แก่ การจับจ่ายซื้อของ การทำอาหาร การทำความสะอาดบ้าน

Cohen and Marino (2000) ได้อธิบายถึงสถานะการทำหน้าที่ (Functional status) ไว้ว่า การปฏิบัติหน้าที่เป็นการให้คำจำกัดความของความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติภารกิจ ประจำวันความสามารถของบุคคลที่ปฏิบัติกิจกรรมตามความต้องการในแต่ละวันของชีวิต กิจกรรม เป็นการอธิบายถึงคุณลักษณะของบุคคลที่กระทำเป็นกิจวัตรประจำวัน

WHO (2001) ได้ให้คำจำกัดความของการปฏิบัติ (Performance) คือ การกระทำที่บุคคล กระทำในสถานการณ์จริง เป็นการกระทำของบุคคลที่กระทำในสิ่งแวดล้อมปัจจุบันของพวกเขา การปฏิบัติได้จริงเป็นการตัดสินใจของบุคคล โดยใช้ความสามารถในการปฏิบัติเป็นตัวตัดสินใจ WHO. ได้อธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติ (Capacity) คือ ชีตความสามารถ ของบุคคลที่ต้องการกระทำหรือกระทำหน้าที่

Wang (2004) ได้ให้ความหมายของสถานะการทำหน้าที่ (Functional status) ของบุคคล หมายถึง การกระทำ หรือความสามารถการทำหน้าที่ของร่างกายส่วนใด ๆ ของบุคคลใน ความสัมพันธ์กับความคาดหวังปกติของบุคคลตามปกติวิสัย โครงสร้างหรือสถานการณ์

เบญญาภา พรหมพุก และวันชัย มุ่งดุษย์ (2556) ได้ทบทวนวรรณกรรมของมนทัศน์สถานะ การทำหน้าที่สรุปได้ว่า สถานะการทำหน้าที่ (Functional status) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรม ของบุคคลที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง เพื่อตอบความจำเป็นขั้นพื้นฐานได้อย่างปกติและมีความสุข ในชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้กรอบแนวคิดของทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Lenz et al., 1997) ซึ่งมีมนทัศน์หลักที่สำคัญคือการปฏิบัติ (Performance) อันเป็นผลลัพธ์ที่บุคคลปฏิบัติได้ หรือมีความบกพร่อง ได้แก่ การปฏิบัติหน้าที่และการปฏิบัติด้านการคิดทางปัญญา การปฏิบัติหน้าที่ ประกอบด้วย การปฏิบัติหน้าที่ในกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติหน้าที่ ทางสังคมหรือการมี ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทรวมทั้งงานและงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง อาการไม่ พึงประสงค์ บังคับส่วนบุคคลด้านกายภาพ ด้านจิตใจและด้านสถานการณ์สามารถส่งผลต่อการ

ปฏิบัติทำหน้าที่ เนื่องจากการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยและครอบครัวในวงกว้างตามที่ได้กล่าวไว้ในข้างต้น การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

จากการทบทวนวรรณกรรมจึงพอสรุปได้ว่า การปฏิบัติหน้าที่ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งประกอบไปด้วยการปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานประจำวัน (Basic activity daily living: Basic ADL) การปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนเอง (Instrumental activity daily living (IADL)) และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม (Advance activity daily living: AADL) เพื่อตอบสนองความต้องการตามสถานะของบุคคล มีรายละเอียด ดังนี้

1. การปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานประจำวัน (Basic activity daily living: BADL) ซึ่งเป็นการดูแลตนเองส่วนบุคคล เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การแต่งตัว การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนไหวร่างกาย การควบคุมระบบขับถ่ายและการรับประทานอาหาร
2. การปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท (Instrumental activity daily living: IADL) คือ กิจกรรมที่สัมพันธ์กับความสามารถในการจัดการของบุคคลภายในบ้านและชุมชนของผู้ป่วย ซึ่งประกอบไปด้วยกิจกรรม ได้แก่ การเดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน การเตรียมหรือทำอาหาร การทำความสะอาดบ้านหรือซักผ้า การจัดการด้านการเงิน และการใช้บริการสาธารณะ
3. การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม (Advance activity daily living: AADL) เป็นกิจกรรมที่อธิบายถึงหน้าที่ทางด้านกายภาพและสังคม เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา การเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน เป็นต้น

การประเมินการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแบบประเมินการปฏิบัติหน้าที่ มีการศึกษาและพัฒนาไว้มากมาย จากข้อมูลด้านล่างเป็นเพียงบางส่วนที่ได้นำมาศึกษาดังรายละเอียดด้านล่าง ดังนี้

1. การประเมินการปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานประจำวัน มีเครื่องมือที่ใช้ประเมิน ได้แก่ แบบประเมิน Katz index และแบบประเมิน Barthel ADL Index

1.1 แบบประเมิน Katz index ของ Katz, Ford, Moskowitz, Jackson, and Jaffe (1963) มีข้อคำถามการทำกิจกรรม 6 กิจกรรม ได้แก่ การอาบน้ำ การสวมเสื้อผ้า การใช้ห้องน้ำ (การขับถ่าย การทำความสะอาดหลังการถ่ายอุจจาระ และการใส่เสื้อผ้า) การเคลื่อนย้ายไปกลับระหว่างเก้าอี้และเตียงนอน การควบคุมการขับถ่าย (อุจจาระและปัสสาวะ) และการรับประทานอาหาร

1.2 แบบประเมิน Barthel ADL index ที่พัฒนาขึ้น โดย Mahoney and Barthel (1965) ซึ่งใช้ในการประเมินผู้ป่วยที่มีปัญหาของระบบประสาทหรือกล้ามเนื้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ

ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้ายไปกลับระหว่างเก้าอี้และเตียงนอน การใช้ห้องน้ำ การดูแลสุขลักษณะส่วนตัว (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด) การอาบน้ำ การเดินบนพื้นราบ การขึ้นและลงบันได การสวมใส่เสื้อผ้า การกลืนอุจจาระและการกลืนปัสสาวะ

2. การประเมินการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทมีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ได้แก่ แบบประเมิน IADL ของ Lawton and Brody (1969) ที่ใช้ประเมินการทำกิจกรรมที่มีความซับซ้อนขึ้นมาอีกระดับ ประกอบไปด้วย ความสามารถในการใช้โทรศัพท์ การจับจ่ายซื้อเครื่องอุปโภค/บริโภค การเตรียมอาหาร การทำความสะอาดบ้าน การซักรีดเสื้อผ้า การใช้บริการรถสาธารณะ การจัดยาสำหรับตนเอง และการจัดการด้านการเงิน

3. แบบสอบถาม SF-36 ภาษาไทยฉบับแปลใหม่ (วัชร เลอमानกุล และปารณีย์ มีแค้น, 2548) SF-36 ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับสุขภาพ โดยแบ่งเป็น 8 มิติรวม 35 ข้อ คือ มิติ Physical functioning (10 ข้อ) Role limitations due to physical problems (4 ข้อ) Bodily pain (2 ข้อ) General health perceptions (5 ข้อ) Social functioning (2 ข้อ) Vitality (4 ข้อ) Role limitations due to emotional problems (3 ข้อ) General mental health (5 ข้อ) และคำถามอิสระ 1 ข้อ (Reported health transition) รวม 36 ข้อ

4. แบบประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของพัทธชนก วิถีธรรมศักดิ์ (2553) ที่ได้แปลเป็นภาษาไทยจาก Functional performance inventory short form ซึ่งพัฒนาโดย Liedy and Kneble (1999) อ้างถึงใน พัทธชนก วิถีธรรมศักดิ์, 2553) จากแบบประเมิน Functional performance inventory (FPI) ของ Liedy (1994)

แบบประเมินการปฏิบัติหน้าที่แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ การดูแลร่างกาย 5 ข้อ การดูแลกิจการภายในบ้าน 8 ข้อ การออกกำลังกาย 5 ข้อ การพักผ่อนและนันทนาการ 5 ข้อ กิจกรรมทางด้านจิตวิญญาณ 4 ข้อ รวมจำนวน 32 ข้อ Liedy and Kneble (1999 อ้างถึงใน พัทธชนก วิถีธรรมศักดิ์, 2553) แต่ละข้อเป็นมาตรฐานประมาณค่า Likert (Likert scale) 4 ระดับ ลักษณะการตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า Likert (Likert scale) 4 ระดับ

จากการศึกษาตามวรรณกรรมที่กล่าวไว้ข้างต้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมิน Functional performance inventory short form ของ Liedy and Kneble (1999 อ้างถึงใน พัทธชนก วิถีธรรมศักดิ์, 2553) ฉบับภาษาไทยของพัทธชนก วิถีธรรมศักดิ์ (2553) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่มีข้อคำถามครอบคลุมหัวข้อการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of unpleasant symptoms)

ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Lenz et al., 1997) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลทั้งทางด้านกายภาพและด้านจิตใจ สถานการณ์ และอาการไม่พึงประสงค์ ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยรายละเอียดของทฤษฎีมีดังนี้

1. อาการไม่พึงประสงค์ (Symptoms) เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ต่าง ๆ ไปจากปกติ โดยที่ผู้ป่วยเป็นผู้แจ้งหรือคิดว่ามีผลต่อภาวะสุขภาพ อาการที่บุคคลกำลังประสบปัจจัยที่มีอิทธิพลที่ก่อให้เกิดหรือมีผลกระทบต่อธรรมชาติของอาการและผลของอาการในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากการทำงานของหัวใจผิดปกติ เกิดเลือดคั่งในหัวใจและปอด อาการที่ตอบสนองต่อการเจ็บป่วยที่แสดงออกมา ด้วยอาการหายใจลำบาก อาการหายใจเร็ว หรือหายใจหอบเหนื่อย ในทฤษฎีฉบับเดิมอาการเป็นหนึ่งในอาการที่ปรากฏ แต่ทฤษฎีในปัจจุบันที่ปรับปรุงใหม่พบว่า อาการอาจเกิดขึ้นได้โดยลำพังหรือแยกจากกัน แต่ที่บ่อยครั้งหลาย ๆ ประสบการณ์อาการมีการเกิดขึ้นพร้อมกัน หลายอาการสามารถเกิดขึ้นได้ร่วมกันเป็นผลมาจากเหตุการณ์เพียงครั้งเดียว นั่นคืออย่างน้อยสองอาการที่เกิดขึ้นในเวลาเดียวกันที่มีแนวโน้มที่จะเร่งอาการอื่นเช่นกัน เช่น อาการหายใจลำบาก ส่งผลต่ออาการอื่นตามมา เช่น นอนไม่หลับ อาการวิตกกังวล ผลที่ตามมาทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ในหลาย ๆ อาการมีโอกาสดังกล่าวร่วมกันที่จะส่งผลให้ประสบการณ์อาการที่เป็นทวีคูณมากขึ้นเข้าไป ซึ่งในผู้ป่วยกลุ่มนี้เมื่อเกิดอาการวิตกกังวล นอนไม่หลับ ก็ยิ่งทำให้อาการหายใจลำบากทวีความรุนแรงขึ้น สำหรับ การวัดประเมินมิติของอาการ ประกอบด้วย

1.1 ความเข้ม (Intensity or severity) เป็นการวัดระดับความแรงหรือความรุนแรงของอาการ

1.2 ระยะเวลา (Duration and frequency of occurrence) ระยะเวลาและความถี่ของการเกิดอาการเกิดขึ้น รวมถึงความสัมพันธ์กับอาการเช่น หายใจเหนื่อยหรือหายใจลำบากขณะทำกิจกรรม

1.3 ระดับของการรับรู้ความทุกข์ทรมาน (Level of distress perceived) ระดับของความไม่สบายหรือความรำคาญ

1.4 คุณภาพ (Quality) คุณภาพของอาการก็คือบุคคลมีความสามารถในการจำแนกคุณลักษณะของอาการในการมองเห็นอาการของพวกเขาแตกต่างกัน ซึ่งก็คือความสามารถในการระบุอาการ โดยเฉพาะโดยการใช้ชื่อและให้ความแตกต่างจากอาการอื่น ๆ เช่น “ปวด” “อาการหายใจลำบาก” ที่ตรงกันข้ามกับการตอบสนองทั่วไป ซึ่งผู้ป่วยในแต่ละรายจะรายงานคุณภาพของอาการแตกต่างกันไป

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการไม่พึงประสงค์

2.1 ด้านกายภาพ (Physiologic) เกี่ยวข้องกับกายภาพหรือโครงสร้าง พยาธิสภาพของร่างกายปกติหรือไม่ปกติ ความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่ ตัวอย่างของปัจจัยด้านนี้ เช่น อายุ เมื่ออายุที่เพิ่มมากขึ้น ความเสื่อมหรือการทำหน้าที่ของร่างกายย่อมมีความเสื่อมไปตามอายุที่มากขึ้น หรือโรคร่วม ซึ่งโรคร่วมที่พบในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่พบได้บ่อย เช่น ความดันโลหิตสูง เส้นเลือดหัวใจตีบ หรือเบาหวาน ซึ่งโรคร่วมเหล่านี้ หากไม่ได้รับการควบคุมโรคหรือการควบคุมโรคไม่มีประสิทธิภาพ โรคร่วมเกิดการกำเริบ ก็ยิ่งทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดการกำเริบตามมาในที่สุด

2.2 ด้านจิตใจ (Psychologic) กระบวนการคิดหรืออารมณ์ที่มีผลต่อการเจ็บป่วย ระดับความรู้ หรือความไม่แน่ใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ปฏิกริยาต่อผลกระทบของการเจ็บป่วย การยอมรับความเจ็บป่วยของตนเองหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้น โดยผู้ป่วยจะเป็นผู้ประเมินภาวะสุขภาพของตนเองภายหลังจากที่ทราบปัญหาสุขภาพดังกล่าว การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นความรู้สึกต่อความเจ็บป่วยหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้น แล้วตัดสินใจว่าภาวะสุขภาพของตนเองเป็นอย่างไรตามประสบการณ์ของตัวผู้ป่วยเอง

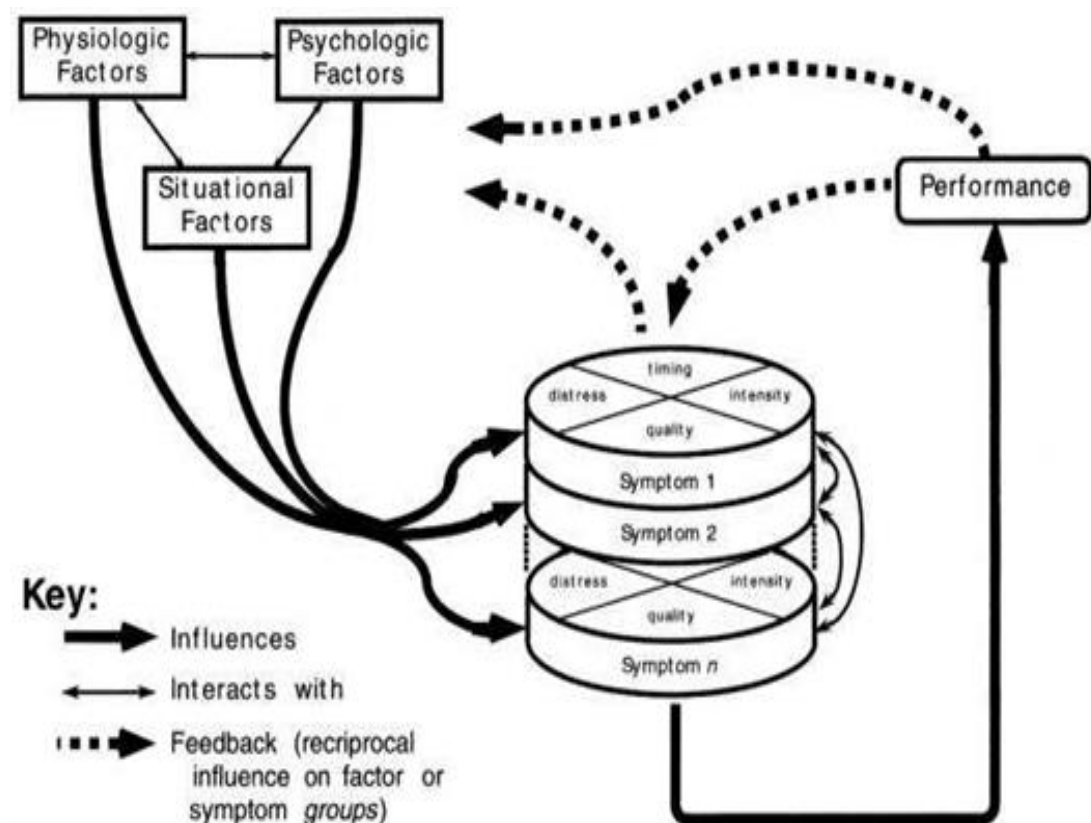
2.3 ด้านสถานการณ์ (Situation) ประกอบด้วยสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพรอบ ๆ ตัว วิถีชีวิตของผู้ป่วยที่ส่งผลต่อการเจ็บป่วย การดูแลสุขภาพ เช่น การรับประทานยาเพื่อควบคุมโรคที่เป็นอยู่ หรือพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิต เช่น การรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ไม่ว่าจะเป็นการรับประทานยา การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค หรือการออกกำลังกายอย่างเหมาะสมและเพียงพอ เป็นปัจจัยที่ช่วยให้โรคที่เป็นอยู่มีอาการคงที่ ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่กับโรคที่เป็นอยู่ได้อย่างปกติ

3. การปฏิบัติ (Performance) เป็นผลลัพธ์ที่แสดงออกมาของบุคคล ซึ่งประกอบด้วย การปฏิบัติหน้าที่ (Functional performance) และการปฏิบัติด้านการคิดทางปัญญา (Cognitive performance)

3.1 การปฏิบัติหน้าที่ (Functional performance) ได้แก่ กิจกรรมทางกายภาพ (Physical activity) กิจกรรมประจำวัน (Activities daily living) กิจกรรมทางสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social activities and interaction) และปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท (Role performance) ซึ่งรวมทั้งงานและงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

3.2 การปฏิบัติด้านการคิดทางปัญญา (Cognitive performance) ประกอบด้วย การมุ่งเน้นการคิดและการแก้ปัญหา (Concentrating, thinking and problem-solving)

ผลกระทบของอาการไม่พึงประสงค์ ปัจจัยส่วนบุคคลทั้งสามด้าน อาจจะมีแนวโน้มที่ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวปฏิบัติหน้าที่อย่างไม่มีประสิทธิภาพหรือปฏิบัติหน้าที่ได้น้อยลง ไม่ว่าจะเป็นการเป็นการปฏิบัติหน้าที่ในการทำกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท หรือการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม



ภาพที่ 2 Updated version of the middle-range theory of unpleasant symptoms (Lenz et al., 1997)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตามกรอบแนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Lenz et al., 1997) พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ ได้แก่ อาการ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย ปัจจัยด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสถานการณ์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

อาการ

อาการ คือ การรับรู้ของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ต่าง ๆ ไปจากปกติ โดยที่ผู้ป่วยเป็นผู้รายงานอาการหรือคิดว่าอาการมีผลต่อภาวะสุขภาพ (Lenz et al., 1997) อาการจึงมี

ความสำคัญต่อผู้ป่วยในการตัดสินใจเพื่อเข้ารับการรักษาและการดูแลสุขภาพ การให้ความหมายของอาการขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของผู้ป่วย อาการเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยต่อภาวะผิดปกติทางกาย ทางอารมณ์หรือการรับรู้ การรายงานอาการ จึงมีการแสดงออกตามประสบการณ์ที่ประสบมาและบูรณาการข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่มีหลากหลายและแตกต่างกัน (Wilson & Cleary, 1995)

ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อาการที่ผู้ป่วยรับรู้พบมาก คือ อาการหายใจลำบาก พบได้ถึงร้อยละ 94 และอาการเหนื่อยล้าพบร้อยละ 37 (Metra et al., 2008) ซึ่งอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ อาการหายใจไม่อิ่ม ร้อยละ 100 อาการออกแรงได้ลดลง ร้อยละ 60.9 อาการหายใจเหนื่อยนอนราบไม่ได้ ร้อยละ 45.3 อาการเหนื่อยล้า ร้อยละ 43.1 และอาการมีน้ิรยะ เวียนศีรษะ ร้อยละ 29.7 นอกจากนี้ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมักรายงานอาการเกี่ยวกับน้ำหนักขึ้นอย่างทันทีทันใด ร้อยละ 5 เพิ่มขึ้นในผู้ป่วย NYHA-FC I และร้อยละ 37.5 ในผู้ป่วย NYHA-FC IV (Albert, Trochelman, Li, & Lin, 2010) ซึ่งอาการที่พบบ่อยและมีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติหน้าที่รายละเอียดต่อไปนี้

1. อาการเหนื่อยล้า

อาการเหนื่อยล้าแบ่งเป็น 2 ประเภทคือ อาการเหนื่อยล้าขณะออกแรง (Exertion fatigue) เป็นอาการเหนื่อยล้าจากการออกแรงเนื่องจากกล้ามเนื้อมีเลือดมาเลี้ยงไม่เพียงพอ เนื่องจากการทำงานของหัวใจที่สูบฉีดเลือดได้ลดลง ผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อยล้าขณะทำกิจกรรม และอาการเหนื่อยล้าทั่วไปเป็นความรู้สึกไร้พลังคงอยู่อย่างมากมาย ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมทางกายและใจลดลง ซึ่งอาการเหนื่อยล้ามีความเกี่ยวข้องกับการแย่งของ NYHA-FC และการนอนโรงพยาบาล (Albert et al., 2010)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วย Systolic heart failure จำนวน 87 คน โดยใช้เครื่องมือ Fatigue symptom inventory-interference scale พบว่า อาการเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางกับการทำหน้าที่ทางกาย ($r = -.44, p = .01$) ส่วนอาการเหนื่อยล้าที่ใช้เครื่องมือ Profile of mood states fatigue subscale พบว่า อาการเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางกับการทำหน้าที่ทางกาย ($r = -.33, p = .01$) เช่นเดียวกัน (Fink, Sullivan, Zerwic, & Piano, 2010) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา สุวรรณศรีศรี และคณะ (2556) ที่พบว่า อาการเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางกับภาวะการทำหน้าที่ ($r = -.49, p < 0.01$) และการศึกษาของ อมรรัตน์ กรเกษม และคณะ (2557) ที่พบเช่นเดียวกันว่า ประสบการณ์อาการเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์เชิงลบระดับปานกลางกับภาวะการทำหน้าที่ ($r = -.32, p < .01$)

2. อาการหายใจลำบาก

สำหรับอาการหายใจลำบากเป็นอาการไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มีสาเหตุจากการคั่งของเลือดในหัวใจและปอด เนื่องจากการทำหน้าที่ในการบีบตัวและคลายตัวของหัวใจไม่มีประสิทธิภาพ เมื่อมีเลือดคั่งในปอดส่งผลให้การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ผู้ป่วยจึงแสดงอาการออกมาในลักษณะหายใจเร็วและแรงขึ้น อาการหายใจลำบากอาจจะเกิดขึ้นขณะทำกิจกรรมหรือขณะพักทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค

Lenz et al. (1997) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ ว่าเป็นการรับรู้ตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคลต่อการหายใจ การบอกความรุนแรง ลักษณะของอาการขึ้นอยู่กับ การให้ความหมายของบุคคล อาการหายใจลำบากเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งอาการไม่พึงประสงค์มีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่

Dodd et al. (2001) ได้กล่าวถึง การรับรู้อาการซึ่งเป็นมโนทัศน์ย่อยของประสบการณ์อาการ ไว้ว่า การรับรู้อาการหมายถึง การที่บุคคลมีการรับรู้ และรู้สึกว่าร่างกาย หรือพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงหรือผิดปกติไปจากเดิม เช่น อาการหายใจลำบาก

Thomas and Gunten. (2003) ได้อธิบายถึงอาการหายใจลำบาก หมายถึง การรับรู้ หรือความรู้สึกหายใจอึดอัด ผู้ป่วยอาจอธิบายถึงความรู้สึกคล้ายหายใจได้สั้น ๆ หายใจถี่ และไม่สามารถหายใจเอาอากาศเข้าไปได้อย่างเพียงพอ

Lighezan et al. (2006) ให้ความหมายไว้ อาการหายใจลำบาก หมายถึง การรับรู้การหายใจไม่สะดวก ซึ่งอาการแบ่งเป็นอาการที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันหรืออาการเรื้อรัง สำหรับอาการหายใจลำบากเฉียบพลันเป็นอาการที่มีความรุนแรงมากขึ้นจากเดิมภายใน 24 ถึง 48 ชั่วโมง

สารนิตินุญประสพ (2555) ได้อธิบายถึงอาการหายใจลำบากว่าเป็นประสบการณ์ทางความรู้สึกเฉพาะของแต่ละบุคคลที่เจ็บป่วยต่อการหายใจที่ผิดปกติและเป็นความรู้สึกที่บุคคลไม่พึงประสงค์ ผู้ที่มีอาการหายใจลำบากจะบรรยายความรู้สึกต่อการหายใจลำบากที่แตกต่างกัน เช่น ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรู้สึกหายใจไม่ออกหรือหายใจเหนื่อยหอบ ผู้ป่วยหอบหืดจะรู้สึกแน่นหน้าอกขณะหายใจ

แหวดาว รอดเสถียร และคณะ (2556) ได้ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ต่อการหายใจลำบาก พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้สึกต่อการหายใจลำบากโดยรู้สึกเหนื่อยเหมือนจะตาย และความรู้สึกอยากตาย

จากที่กล่าวมาข้างต้นจึงพอสรุปความหมายของอาการหายใจลำบากได้ว่า อาการหายใจลำบาก หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ถึงความรู้สึกเหนื่อย หายใจไม่อิ่มไม่สะดวก ซึ่งอาจเกิดอาการอย่างเฉียบพลันหรือเป็นอยู่เรื้อรังที่อาจเกิดขึ้นทั้งขณะออกแรงหรือขณะพัก

จากการทบทวนวรรณกรรมเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ต่ออาการหายใจลำบาก พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกว่าการหายใจลำบากมีผลกระทบต่อการปฏิบัติหน้าที่ ทั้งในด้านการประกอบอาชีพ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และรู้สึกว่าเป็นภาระของครอบครัว (แวนดาว รอดเสถียร และคณะ, 2556) และพบว่า ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีคะแนนหายใจลำบากที่มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ โดยการทดสอบด้วยการเดินวัดระยะทางไป-กลับ (Shuttle walking test) ($r = -.43, p < .05$) และอัตราการใช้ก๊าซออกซิเจนของร่างกาย ($r = -.33, p < .05$) นอกจากนี้ยังพบว่า คะแนนหายใจลำบากมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคม ($r = -.46, p < .05$) (Karapolat et al., 2008) แต่การศึกษาของ วาสนา สุวรรณศรีมี และคณะ (2556) พบว่า อาการหายใจไม่อิ่มหรือหายใจตื้นและอาการหายใจลำบากขณะนอนราบไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ ในขณะที่การศึกษาของ Song Moser, and Lennie (2009) พบว่า ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพศชาย อาการหายใจลำบากขณะออกกำลังกายมีอิทธิพลต่อภาวะการทำหน้าที่ ($Beta = -.30, p < .01$) และอาการหายใจลำบากมีอิทธิพลกับการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท ($Beta = .67, p < .05$) (Seo et al., 2011)

การประเมินอาการหายใจลำบาก

จากการทบทวนวรรณกรรมมีเครื่องมือประเมินอาการหายใจลำบากหลายชนิด เช่น แบบประเมินอาการหายใจลำบากชนิด Dyspnea visual analogue scale เป็นเครื่องมือวัดเกี่ยวกับอาการหายใจลำบากประมาณค่าเชิงเส้นตรงยาว 100 มิลลิเมตร แบบประเมินการรับรู้อาการหายใจลำบากขณะออกกำลังกาย Modified Borg scale ซึ่งเป็นการประเมินการรับรู้อาการหายใจลำบากขณะออกกำลังกายหรือแบบประเมินอาการหายใจลำบาก Numeric rating scale พัฒนาโดย Gift and Narsavage (1998) ประเมินโดยให้ผู้ป่วยให้คะแนนตามอาการหายใจลำบาก ซึ่งมีตัวเลขตั้งแต่ 0 หมายถึง ไม่อาการหายใจลำบาก ถึง ตัวเลข 10 หมายถึงหายใจลำบากมากที่สุด ซึ่งผู้วิจัยเลือกใช้ในการศึกษาครั้งนี้

ปัจจัยด้านกายภาพกับปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกายภาพหรือโครงสร้าง พยาธิสภาพของร่างกายปกติหรือผิดปกติ หรือความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่ เช่น โรคหัวใจ เมื่อโรคหัวใจเกิดการกำเริบก็จะทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดการกำเริบตามมาในที่สุด หรืออายุซึ่งอุบัติการณ์การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้นมีแนวโน้มต่อการอุบัติการณ์การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มมากขึ้น (Curtis et al., 2008) ในผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้นร่างกายย่อมมีการเสื่อมสภาพไปตามอายุที่เพิ่มขึ้น ร้อยละ 14 ของผู้ที่อายุมากขึ้น โดยเท่ากับหรือมากกว่า 70 ปี ที่ทำให้เกิดการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลว (Moser et al., 2005)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีปัจจัยที่สำคัญที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ระยะของการดำเนินโรค (Staging) และโรคร่วม มีรายละเอียด ดังนี้

1. ระยะของการดำเนินโรคกับการปฏิบัติหน้าที่

จากการแบ่งระยะการดำเนินโรคของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งในผู้ป่วย Stage A เป็นผู้ป่วยที่มีโครงสร้างหัวใจปกติ (Yancy et al., 2013) ส่วน Stage B เป็นระยะที่มีโครงสร้างหัวใจผิดปกติ (Goldberg & Jessup, 2006) ซึ่งผู้ป่วยไม่มีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวจึงมีผลลัพธ์การปฏิบัติหน้าที่อยู่ในระดับปกติ หากผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มนี้ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการลดความอ้วน ควบคุมน้ำหนัก การลดระดับไขมันในเลือด การออกกำลังกาย และการรับประทานยาเพื่อควบคุมความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจ ทำให้สามารถชะลอเวลาไปสู่ระยะของภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการได้ (Pischke, Weidner, Eller, & Ormish, 2007) ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติ ในขณะที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่อยู่ใน Stage C และ Stage D จะมีความบกพร่องของการปฏิบัติหน้าที่ โดยเฉพาะ Stage D ซึ่งนับว่าเป็นระยะสุดท้ายของโรค มักพบอาการหายใจลำบากร่วมกับการคั่งของน้ำในปอด รวมถึงพบความดันโลหิตต่ำร่วมด้วย จึงอาจทำให้ผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพาผู้อื่นค่อนข้างสูง ซึ่งการดำเนินไปของภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับความรุนแรงมากขึ้นก็ยิ่งส่งผลในการทำกิจกรรมมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วย NYHA-FC IV ซึ่งอาจพบใน Stage C และ Stage D จะมีผลกระทบมากที่สุด (Hobbs et al., 2002) ยิ่งทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติหน้าที่ได้ลดลง จากการทบทวนวรรณกรรมในกลุ่มผู้ป่วยทั้งสี่กลุ่มประกอบด้วย กลุ่มมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวและผู้ป่วยที่จัดอยู่ในระยะของภาวะหัวใจล้มเหลว Stage A Stage B และ Stage C กับการปฏิบัติหน้าที่ในด้านต่างๆ พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ลดลงสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวที่เพิ่มขึ้น การปฏิบัติหน้าที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทั้งบทบาททางด้านร่างกาย ($p < .001$) บทบาททางด้านอารมณ์ ($p = .002$) และบทบาททางด้านสังคม ($p = .006$) (Azevedo et al., 2008)

2. โรคร่วม (Co-morbidity)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคำจำกัดความของโรคร่วม มีรายละเอียด ดังนี้ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2555) ได้ให้ความหมายไว้ว่า โรคที่เป็นการวินิจฉัยร่วม (Co-morbidity) คือ โรคที่ปรากฏร่วมกับโรคหลัก และเป็นโรคที่มีความรุนแรงของโรคมักพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงชีวิตสูงมากขึ้น หรือใช้ทรัพยากรในการรักษาเพิ่มขึ้นระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนี้ โรคที่มักเป็นการวินิจฉัยร่วม ได้แก่ โรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตวายเรื้อรัง โรคหัวใจขาดเลือด หรือโรคประจำตัวผู้ป่วย

WHO (2003) ได้ให้ความหมายไว้ว่า โรค หมายถึง ลักษณะหนึ่งหรือมากกว่าที่บุคคล เป็นอยู่อย่างถาวร หลงเหลือความพิการที่เกิดจากพยาธิสรีรวิทยา ต้องการการฟื้นฟูสภาพหรือ คาดหวังในความต้องการการดูแลหรือการสังเกตอาการที่ยาวนาน

จากที่กล่าวไว้ข้างต้นเกี่ยวกับ โรคร่วม จึงพอสรุปในการศึกษาครั้งนี้ได้ว่า โรคร่วม หมายถึง โรคที่เกิดขึ้นร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลว

จากการทบทวนวรรณกรรมงานพบว่า ภาวะหัวใจล้มเหลวมักพบในผู้ป่วยที่มีโรคร่วม มากขึ้น และสัมพันธ์กับอาการเลวลงในระยะแรกเริ่มของเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (Stewart & Horowitz, 2002) ในปี พ.ศ. 2554 ได้มีการศึกษาความชุกและระบาดวิทยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ ติดต่อเรื้อรังรายใหม่ใน 46 จังหวัด ครอบคลุมทั้งประเทศไทย พบว่า มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบสูงสุดจำนวน 379,551 ราย อัตราป่วย 591.38 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ โรคเบาหวาน จำนวน 179,597 ราย อัตราป่วย 279.83 ต่อประชากรแสนคน และโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 21,782 ราย อัตราป่วย 33.94 ต่อประชากรแสนคน (สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวง สาธารณสุข, 2556) เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวและขาดการควบคุม ความเสี่ยง จะทำให้เกิดผลเสียต่อกลิ้ามเนื้อหัวใจสุดท้ายก็เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมาในที่สุด ซึ่ง ในผู้ป่วยมีโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานมีโอกาสพัฒนาไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ค่อนข้างสูง (Curtis et al., 2008) โรคร่วมเหล่านี้หากไม่ได้รับการควบคุมโรคหรือการควบคุมโรค ไม่มีประสิทธิภาพ โรคร่วมเกิดการกำเริบก็ยิ่งทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดการกำเริบตามมาในที่สุด

ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวร้อยละ 89 มีโรคร่วมเท่ากับหรือมากกว่าหนึ่งโรค และ ร้อย ละ 48 ผู้ป่วยมีโรคร่วมเท่ากับหรือมากกว่าสองโรคขึ้นไป (Moser et al., 2005) ซึ่งโรคร่วมที่พบบ่อยในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้แก่ โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ โรคหอบ โรคความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรัง และหัวใจห้องบนเต้นผิดจังหวะ (Ceia et al., 2004; ประสาท เหล่าถาวร และคณะ, 2553) โดยส่วนใหญ่การกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลวจะนำไปสู่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่ง ปัจจัยที่ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการกำเริบได้แก่ ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หัวใจเต้นผิด จังหวะ โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ และการติดเชื้อ (Ali et al., 2014; สุรชัย กอบกือชัยพงษ์, 2556) ในผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรุนแรงของโรคอาจจะส่งผลให้อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำสูงขึ้นและระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลยาวนานขึ้น (Wal et al., 2005)

เนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลวส่งผลให้ผู้ป่วยถูกจำกัดการทำกิจกรรมด้วยสภาวะทาง สุขภาพ เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลวก็ยิ่งทำให้การปฏิบัติกิจกรรมถูกจำกัดมาก ยิ่งขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่ทำให้ทราบว่าโรคร่วมเป็นปัจจัยชักนำที่ทำให้ภาวะหัวใจ

ล้มเหลวมีอาการกำเริบได้ ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจกรรมได้ลดลง ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีโรคเบาหวานมักจะพบ NYHA-FC III หรือ IV มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคเบาหวานและเดินได้ระยะทางสั้นกว่า เมื่อทดสอบด้วย 6MWT รวมถึงการปฏิบัติหน้าที่ทางกายเลวลงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคเบาหวาน ($p < .05$) (Fritschi & Redeker, 2015) ดังเช่นการศึกษาของ Chiaranai et al. (2009) ที่พบโรคร่วมมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางกาย ($r = -.312, p = .01$) ดังนั้นโรคร่วมจึงเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ตามกรอบแนวคิดของทฤษฎีอาการพึงประสงค์ โรคร่วมเหล่านี้อาจเป็นสาเหตุหลักหรืออาจเป็นภาวะแทรกซ้อนของภาวะหัวใจล้มเหลว แต่อย่างไรก็ตามเมื่อโรคเหล่านี้มีอาการกำเริบหรือขาดการควบคุมที่ดี ผลที่ตามก็อาจส่งผลให้การปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยแย่ลงไปได้ในที่สุด

การประเมินโรคร่วม

ประเมินโดยใช้แบบประเมินของ Charlson comorbidity index ซึ่งพัฒนาโดย Charlson et al. (1987) เป็นแบบประเมิน โรคร่วมที่มีผลต่อการทำงานของร่างกายและการเจ็บป่วย สามารถประเมินได้จากประวัติการรักษาของผู้ป่วย หรือการสอบถามผู้ป่วยประกอบด้วย 19 โรคร่วม ซึ่งพัฒนาจากดัชนีโรคที่ทำนายการเสียชีวิตใน 1 ปี โดยวิเคราะห์ถ่วงน้ำหนัก ค่าอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตใน 1 ปี โดยวิเคราะห์ถ่วงน้ำหนักค่าอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิต (Relative risk of death) ให้คะแนน 0 ถ้าไม่มีโรคนั้น ๆ และให้ 1 คะแนน (10 โรค) 2 คะแนน (6 โรค) 3 คะแนน (1 โรค) หรือ 6 คะแนน (2 โรค) เอาคะแนนที่ได้มารวมกัน ได้ 0- 37 คะแนน คะแนนยิ่งมากแสดงว่าผู้ป่วยมีโรคร่วมมากและทำการตรวจสอบอำนาจการทำนาย ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 685 ราย ที่รับการรักษาในปี ค.ศ. 1962 ถึง 1969 ต่อมามีการปรับปรุงในปี ค.ศ. 1994 โดยเพิ่มการให้คะแนนความเสี่ยงตามอายุ โดยให้คะแนน 0 ถึง 5 คะแนน ในช่วงอายุ 40-99 ปี

ปัจจัยด้านจิตใจกับการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ปัจจัยด้านจิตใจเป็นกระบวนการคิดหรืออารมณ์ที่มีผลต่อการเจ็บป่วย ไม่ว่าจะเป็นระดับความรู้ หรือความไม่แน่ใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยด้านจิตใจที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า มีรายละเอียด ดังนี้

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพไว้อย่างกว้างขวาง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

Goldstein, Siegel, and Boyer (1984) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่าเป็นการประเมินภาวะสุขภาพของตนเองของผู้ป่วย ความรู้ที่ก่อนแและ ความกังวล ความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพ รวมถึงจำนวนของปัญหาสุขภาพเรื้อรังด้วยเช่นเดียวกัน

Pender (1996) ได้กล่าวถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพไว้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยส่วนบุคคลทางด้านจิตใจที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพซึ่งเป็นที่ตั้ง โดยตรงหรือโดยอ้อมที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพในปัจจุบัน

Kaplan et al. (1996) การรับรู้ว่าสุขภาพเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึง การรับรู้ของแต่ละบุคคลต่ออาการ การวินิจฉัยและประสิทธิภาพการปฏิบัติหน้าที่ที่ค่อยๆ ลดลงที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเสียชีวิต การรับรู้ภาวะสุขภาพยังมีอำนาจในทำนายอัตราการตาย

Rona, Hooper, French, Jones, and Wessely (2006) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลและความนึกคิดต่อองค์ประกอบการปฏิบัติหน้าที่ทางกาย จิตใจ และสังคม และโรคที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล

Farkas et al. (2009) การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นการประเมินภาพรวมของภาวะสุขภาพของบุคคลที่มีผลจากความเป็นอยู่ที่ดีทั้งด้านกายภาพ จิตใจและสังคม

จากที่กล่าวมาข้างต้นจึงพอสรุปความหมายของการรับรู้ภาวะสุขภาพได้ ดังนี้
การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความคิดเห็นของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อภาวะสุขภาพของตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม

การรับรู้ภาวะสุขภาพอาจเป็นอีกปัจจัยในการกำหนดความสามารถและการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคล ที่จะทำให้นบุคคลสามารถปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลตนเอง ตามบทบาทหรือการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ขั้นพื้นฐานและการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท (Lee & Park, 2006) ซึ่งในผู้ป่วยที่ประเมินภาวะสุขภาพในระดับไม่ดีหรือปานกลางมีความสัมพันธ์กับอัตราการตาย (Dowd & Zajacova, 2007) ดังเช่นการศึกษาของ Farkas et al. (2009) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 239 คน พบว่า ไม่มีผู้ป่วยรายใดที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับดีมาก โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างไม่ดี เมื่อติดตามผลอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับค่อนข้างไม่ดี ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตถึงร้อยละ 43 ในบุคคลที่มีการรับรู้ระดับสุขภาพในระดับไม่ดีมักขาดความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่หรือการปฏิบัติกิจกรรมทางกายได้ลดลง (Asfar et al., 2007) และมีความสัมพันธ์กันระหว่างความบกพร่องการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันกับการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี (Konjengbam et al., 2007)

การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นความรู้สึกที่มีต่อสภาพการทำงานของร่างกายและจิตใจ แม้ว่าผู้ป่วยมีความสามารถแต่เมื่อเกิดความกลัว หรือความกังวลในการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองก็ทำให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติหน้าที่ โดยเฉพาะในการดูแลตนเอง ผลที่ตามมาคือการดำเนินของโรคที่ยืดเลวลง การดูแลตนเองเป็นบทบาทที่ผู้ป่วยหรือครอบครัวจำเป็นต้องมีส่วนร่วม พบว่า การดูแลตนเองในระดับสูงสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น (Lee, Suwanno, & Riegel, 2009)

การศึกษาของ Johansson et al. (2008) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 412 คน พบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพระดับยอดเยี่ยม ร้อยละ 4 ระดับดีมาก ร้อยละ 13 ระดับดี ร้อยละ 43 ระดับปานกลาง ร้อยละ 37 และระดับแย่มาก ร้อยละ 3 ในผู้ป่วยที่มีค่าการบีบตัวของหัวใจมากกว่าร้อยละ 50 การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติหน้าที่ทางกายภาพ ($r = .57, p < .001$) กับการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท ($r = .46, p < .001$) และการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคม ($r = .39, p < .001$) ส่วนในผู้ป่วยที่มีค่าการบีบตัวของหัวใจน้อยกว่าร้อยละ 40 การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการปฏิบัติหน้าที่ทางกายภาพ ($r = .29, p < .001$) มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท ($r = .40, p < .001$) และมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคม ($r = .44, p < .001$)

การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นความคิดเห็นต่อสุขภาพของตนเองซึ่งเป็นปัจจัยด้านจิตใจ โดยสภาพจิตใจหรืออารมณ์หรือความไม่แน่ใจที่มีผลต่อการเจ็บป่วย ซึ่งจากปัจจัยดังกล่าวก็ส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่หรือผลลัพธ์ตามกรอบแนวคิดของทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์

การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ

การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคหัวใจล้มเหลว โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต Short Form-12 version 2 ของ Ware et al. (2009) ซึ่งเป็นแบบสอบถามมีคำถามทั้งหมด 12 ข้อ โดยผู้ป่วยเป็นผู้ตอบประเมินตนเองเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจภายใน 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา สามารถรายงานคะแนนตามมิติทางด้านสุขภาพทั้ง 8 มิติ ได้แก่ มิติทางด้าน Physical functioning (PF), Role physical (RP), Bodily pain (BP), General health (GH), Vitality (VT), Social functioning (SF), Role emotional (RE) และ Mental health (MH)

2. ภาวะซึมเศร้า

จากการศึกษาวรรณกรรมเกี่ยวกับ Depression หรือ ภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นความรู้สึกต่อภาวะจิตใจที่หม่นหมอง เศร้าสร้อย โดยจะมีการคัดกรองเบื้องต้นถึงภาวะดังกล่าวในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

Marcus, Yasamy, Ommeren, Chisholm, and Saxena (2012) ได้อธิบายภาวะซึมเศร้า หมายถึง อารมณ์ซึมเศร้า สูญเสียความสนใจ หรือไม่มีความสุข หมดพลัง รู้สึกผิดหรือคุณค่าในตัวเองลดลง รบกวนการหลับ เบื่ออาหาร สมาธิลดลง

จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเกี่ยวกับภาวะจิตใจที่เป็นทุกข์ที่เกิดจากความเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งภาวะที่เป็นทุกข์มีระยะเวลาานาน 2 สัปดาห์ขึ้นไป

ภาวะซึมเศร้ามีผลต่อระบบการทำงานในร่างกาย 2 ระบบหลัก คือ การกระตุ้นระบบ Hypothamic pituitary adrenal axis ส่งผลให้การหลั่งของระดับ Cortisol ในเลือดเพิ่มขึ้นซึ่งมีผลทำให้ความดัน โลหิตและระดับไขมันในเลือดสูงขึ้น การทำงานของอินซูลินมีประสิทธิภาพลดลง นำไปสู่อ้วนลงพุงในที่สุด หรือมีการกระตุ้น Sympathetic nervous system ให้ทำงานมากกว่าปกติ ซึ่งพบได้จากการเพิ่มขึ้นของสาร Norepinephrine และ Catecholamine (Thomas et al., 2008) ซึ่งทำให้เพิ่มการหลั่งของเกร็ดเลือดและเพิ่มการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด การหลั่งของ Cytokine (Silver, 2010) ภาวะซึมเศร้าจึงส่งผลต่อพยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลวให้เลวลงได้

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่า ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 56 โดยพบเป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 34 ปานกลาง ร้อยละ 20 และรุนแรง ร้อยละ 2 (สุรัชย์ คำภักดี, 2555) ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่น้อยกว่าหนึ่งปีขึ้นไปมักพบภาวะซึมเศร้าได้ (Khan, Khan, Ghaffar, & Awan, 2012) ซึ่งพบได้มากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในทั่วไปและผู้ป่วยวิกฤตตามลำดับ (Xiong et al., 2012) ดังเช่นการศึกษาของ Havranek et al. (2004) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า การอาศัยอยู่เพียงลำพัง การดื่มสุรา ได้รับผลกระทบจากภาวะเศรษฐกิจที่เกี่ยวกับการรักษา

ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวพบอุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 20 (Hussain et al., 2001) ถึงร้อยละ 48 (Castillon et al., 2006) โดยพบภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยร้อยละ 27 ปานกลาง ร้อยละ 21 และรุนแรงน้อย ร้อยละ (Polikandrioti et al., 2010) เนื่องจากภาวะซึมเศร้าทำให้การทำงานของสรีรวิทยาเปลี่ยนแปลงไปซึ่งมีผลต่อพยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลวที่อาจเกิดอาการกำเริบก็ยิ่งทำให้การปฏิบัติหน้าที่แย่ลงตามไปด้วย ภาวะซึมเศร้าจึงนำไปสู่การเพิ่มความเสี่ยงของการทำหน้าที่ทางกายที่แย่ลง (Silver, 2010) ส่งผลให้ความสามารถการเดินได้ระยะทางสั้นลงและยังคงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการทำหน้าที่ทางสังคมลดลง (Rumsfeld et al., 2003) ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะซึมเศร้ามีข้อจำกัดการทำกิจกรรมทางกายมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (Ruo et al., 2003) เมื่อภาวะซึมเศร้ามีระดับความรุนแรงมากขึ้นก็ยิ่งทำให้การทำหน้าที่ทางกายเลวลง (Vaccarino et al., 2001) ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานประจำวัน

ตั้งแต่ 3 กิจกรรมขึ้นไป (Castillon et al., 2006) ซึ่งผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 40 มีภาวะพึงพาในการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาททั้งหมด และร้อยละ 10 มีภาวะพึ่งพาในการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทอย่างน้อย 2 กิจกรรม (Friedman et al., 2008) ดังเช่นการศึกษาของ Tsay and Chao (2002) ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 100 ราย พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะการทำหน้าที่ ($r = -.33, p < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นนทกร คำนงค์ (2558) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจำนวน 80 ราย พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการปฏิบัติหน้าที่ ($r_s = -.45, p < .001$) ซึ่งภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการปฏิบัติหน้าที่ทางกาย ($r = -.27, p < .001$) มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท ($r = -.46, p < .001$) และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ($r = -.34, p < .001$) (Gottlieb et al., 2004)

นอกจากนี้ภาวะซึมเศร่ายังมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่ ดังเช่นการศึกษาของ Song et al. (2009) ศึกษาความสัมพันธ์ของอาการซึมเศร้าที่มีผลกระทบต่ออาการทางกายต่อภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผลศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ร่วมทำนายภาวะการทำหน้าที่ของเพศหญิง คือ อาการหายใจลำบาก อาการเหนื่อยล้า ซ้อเท้าบวม และอาการซึมเศร้าซึ่งสามารถทำนายได้ร้อยละ 56 ($r^2 = 56\%, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Conley et al. (2015) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 173 ราย ที่มารับการรักษาคลินิกผู้ป่วยนอกพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีอิทธิพลกับการปฏิบัติหน้าที่ (Beta = $-.25, p < .05$)

การประเมินภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแบบประเมินที่ใช้ภาวะซึมเศร้า พบว่า การพัฒนาแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าไว้เป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2553) ที่ธรณินทร์ กองสุข และคณะ (2550) ได้พัฒนาแบบประเมินอาการโรคซึมเศร้า 9 คำถามขึ้น โดยสามารถเลือกใช้ตามลักษณะความแตกต่างของผู้ป่วยด้านการใช้ภาษา คือ ภาษากลาง ภาษาอีสาน และภาษาท้องถิ่นได้ ซึ่งคำตอบมีให้เลือกตอบแต่ละคำถามเป็นการให้คะแนน ตั้งแต่ 0 ถึง 3 การให้คะแนนต่ำมีความหมายว่าไม่มีอาการนั้นเลย ซึ่งแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นจากบริบทของประเทศไทยและมีความครอบคลุมภาษาในแต่ละพื้นที่อาศัย ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถามในการวิจัยครั้งนี้

ปัจจัยด้านสถานการณ์กับการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ปัจจัยด้านสถานการณ์ซึ่งประกอบด้วยสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพรอบ ๆ ตัวผู้ป่วย วิธีชีวิตของผู้ป่วยที่ส่งผลต่อการเจ็บป่วย เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิต เช่นการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย เป็นสิ่งที่จำเป็น รวมไปถึงการรับประทานยาเพื่อควบคุมโรคที่เป็นอยู่ ปัจจัยด้านสถานการณ์ที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษากับการปฏิบัติหน้าที่

จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤกษ์, อรสา พันธุ์กักดี, พรทิพย์ มาลาธรรม, แชนเคล โดสกี (Sandelowski) และศุภชัย ถนอมทรัพย์ (2552) ได้ศึกษากระบวนการจัดการดูแลตนเองเพื่อการมีชีวิตอยู่ในภาวะหัวใจล้มเหลว โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ คือ ระยะก่อนมีภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองป่วยจึงเข้ารับการรักษาที่ไม่สม่ำเสมอ ระยะที่สองเป็นระยะที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรค และระยะของการมีชีวิตอยู่อย่างปกติในภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งเป็นระยะสุดท้าย ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและต้องควบคุมอาการเพื่อให้การมีชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรัง เมื่อผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังแล้ว เนื่องจากโรคนี้เป็นโรคที่มีการดำเนินของโรคอยู่ในระยะสุดท้าย ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะมีการกำเริบได้ตลอดเวลา การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำมักพบบ่อยในผู้ป่วยกลุ่มนี้

จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ให้ความหมายของการปฏิบัติตามแผนการรักษาโดยใช้คำที่เกี่ยวข้องในภาษาอังกฤษคือ “Adherence” ใช้อย่างกว้างขวาง

WHO. (2001) ได้กล่าวถึงคำว่า Adherence ไว้ในครั้งแรกของการประชุม Adherence meeting ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2544 ใ้ว่า Adherence หมายถึง ระดับของผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์” และได้อธิบายเพิ่มเติมให้ครอบคลุมและชัดเจนมากขึ้นอีก 2 ปีถัดมา

WHO (2003) “ระดับของพฤติกรรมของบุคคลในเรื่องการรับประทานยา รับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค และหรือปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่สอดคล้องกับแผนการรักษาของทีมสุขภาพ”

Jimmy and Jose (2011) ได้ให้ความหมายไว้ว่า Adherence คือ ผู้ป่วยและแพทย์มีความร่วมมือกันในการปรับปรุงสุขภาพของผู้ป่วย โดยการบูรณาการความคิดเห็นของแพทย์ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต ค่านิยมและความพึงพอใจในการดูแลของผู้ป่วย

ชื่นจิตร กองแก้ว (2554) ได้อธิบายคำว่า Adherence เป็นคำที่มีการสื่อความถึงความรับผิดชอบของบุคลากรทางการแพทย์ในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมผลลัพธ์

ทางการรักษา แสดงถึงการยอมรับความเปลี่ยนแปลงในความสัมพันธ์และบทบาทระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย โดยอุดมคติ คำศัพท์ Adherence มีความมุ่งหมายเพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยทำงานร่วมกันในลักษณะของผู้ร่วมทำงานในกระบวนการตัดสินใจ

จากการศึกษาที่กล่าวไว้ข้างต้นจึงพอสรุปได้ว่า Adherence หมายถึง ความร่วมมือในการรักษา ผู้วิจัยจึงเลือกใช้คำว่า Adherence เนื่องจากมีความหมายเชิงบวก ที่แสดงถึงความเท่าเทียมของผู้ป่วยและทีมผู้ให้การรักษา และที่สำคัญยังแสดงถึงความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพที่ลงมือกระทำร่วมกันเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ไปในทิศทางที่ดี สำหรับการกำหนดความหมายของความร่วมมือในการรักษา (Adherence)

ในการนำไปใช้ในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังมีตัวอย่างบางส่วนที่ได้ศึกษามา ดังนี้

เอ็อมพร โอเบอร์ดอร์เฟอร์ (2547) ได้กล่าวถึงการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ป่วยเอชไอวีไว้ว่า คำว่า “adherence” หรือ “วินัยในการกินยา” หมายถึง การยึดติดอยู่กับสูตรยาที่ได้รับ โดยความตกลงระหว่างทีมผู้ดูแลรักษากับผู้ป่วย ซึ่งรวมถึงการที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสูตรยา ประโยชน์ของการรับยา การบริหารยาและผลข้างเคียงของยา รวมถึงความพร้อมในการกินยาก่อนการเริ่มยา และผู้ป่วยสามารถพูดคุยและเลือกสูตรยาที่เหมาะสมกับตัวเอง และเวลาของกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสมมากที่สุดในการกินยา ซึ่งวินัยในการกินยาด้านไวรัสเอชไอวีจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจทั้งทีมผู้ดูแลรักษาและตัวผู้ป่วยทั้งสองฝ่าย

นันทลักษณ์ สถาพรนานนท์ (2555) ใช้คำว่า “ความร่วมมือในการใช้ยา” (Medication adherence) จะเป็นการเปิดบทบาทของผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมในการให้ความร่วมมือในการรักษา ตัวเองมากขึ้น ผู้ป่วยจะไม่ใช่เป็นฝ่ายที่ต้องรอรับคำสั่งของแพทย์แล้วปฏิบัติตามเหมือนคำว่า “การใช้ยาตามสั่ง”

สุพัตรา บัวทิ (2555) ได้กล่าวถึงการปฏิบัติตัวเพื่อการควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องไว้ว่า “Adherence คือ การปฏิบัติตัวอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องให้สอดคล้องกับแนวทางการดูแลรักษา ซึ่งหมายถึง ความร่วมมือของผู้รับบริการที่ดำเนินควบคู่ไปกับทีมสุขภาพในการวางแผน โดยรับประทานยาตามคำสั่งการรักษาตามความถี่และขนาด และดูแลรักษาเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ในการดูแลรักษาตามเป้าหมายอย่างเป็นอิสระในการตัดสินใจ โดยผู้รับบริการต้องเป็นผู้กระทำด้วยตนเอง ด้วยความตั้งใจจะปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ อย่างสม่ำเสมอ โดยเคร่งครัด”

จะเห็นได้จากการศึกษาที่แสดงไว้ข้างต้นจะให้ความสำคัญของความสม่ำเสมอ ความถูกต้องและต่อเนื่องในเรื่องการรับประทานยา สำหรับการดูแลรักษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จาก ACCF/ AHA guideline for the management of heart failure 2013 (Yancy et al., 2013) และ

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ และชมรมหัวใจล้มเหลว (2557) ได้จัดทำแนวทางการปฏิบัติมาตรฐานเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยกำหนดให้การดูแลรักษา ได้แก่ การรักษาด้วยยาหรือการทำหัตถการเฉพาะ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จึงพอจะสรุปได้ ดังนี้ การปฏิบัติตามแผนการรักษาที่จำเป็น คือ 1) การรับประทานยา 2) การควบคุมภาวะโภชนาการคือการควบคุมน้ำหนัก และการจำกัดการบริโภคเกลือ 3) การจำกัดน้ำดื่มโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคไต ไม่เกิน 1,500 มิลลิลิตร และ 4) การออกกำลังกายหรือกิจกรรมประจำวัน

ดังนั้น จึงพอสรุปความหมายของความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ว่า ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา (Medical regimen adherence) หมายถึง ความถูกต้องและต่อเนื่องตามแผนการรักษา ในเรื่องการรับประทานยาตามแผนการรักษา การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การจำกัดน้ำดื่ม และการออกกำลังกาย

การปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ เป็นการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตามที่ได้รับรู้ถึงแผนการรักษาและคำแนะนำในการปฏิบัติตัว ซึ่งประกอบไปด้วย การรับประทานยาตามแผนการรักษา การรับประทานอาหารที่มีปริมาณเกลือน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 กรัมต่อวัน การดื่มน้ำไม่เกิน 2000 มิลลิลิตรต่อวัน โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมเป็นโรคไต ควรดื่มน้ำไม่เกิน 1,500 มิลลิลิตร การออกกำลังกายอย่างน้อยเป็นประจำ อาจจะรวมไปถึง การติดตามอาการและน้ำหนักตัวเป็นประจำทุกวัน

โดยรวมผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอถึงร้อยละ 72 (Wal et. al., 2006) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lee, Mansi, Bhushan & Parish (2015) ที่ได้ศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 357 คน พบว่า มีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ร้อยละ 77.9 ไม่มีความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ร้อยละ 22.1 และผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีอัตราเข้ารับการรักษาที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยทางสถิติ ($p < .05$) ในขณะการศึกษาของ Wal, Veldhuisen, Veeger, Rutten, and Jaarsma (2010) จำนวน 830 ราย เกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนการรักษาประกอบด้วย การชั่งน้ำหนัก การจำกัดการรับประทานเกลือและน้ำ และการออกกำลังกาย พบว่า มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 48 ที่มีความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ได้แก่ การชั่งน้ำหนักปฏิบัติได้ร้อยละ 83 การจำกัดการรับประทานเกลือและน้ำ ร้อยละ 90 และการออกกำลังกาย ร้อยละ 60 เมื่อติดตามผลลัพธ์เกี่ยวกับการเสียชีวิตและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ในผู้ป่วยที่ไม่มีความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษาโดยเฉพาะการออกกำลังกาย มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลถึง 1.4 เท่า ($p = 0.01$)

ในการศึกษาปัจจัยความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา จึงเลือกศึกษาเฉพาะ การรับประทานยา การรับประทานเกลือและอาหาร การดื่มน้ำ และการออกกำลังกาย ดังมี รายละเอียด ดังนี้

การรับประทานยา

Nieuwenhuis, Jaarsma, Veldhuisen, and Wal (2012) ได้ศึกษาโดยการสอบถามผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลว 37 ราย พบว่า ผู้ป่วยทุกรายได้รายงานการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ แต่เมื่อตรวจสอบการรับประทานยาดังกล่าวด้วยวิธีการที่เป็นระบบพบว่า มีเพียงร้อยละ 76 ที่ผู้ป่วยมีความ สม่ำเสมอในการรับประทานยาตามแผนการรักษา ซึ่งผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอเนื่องจาก ไม่เข้าใจคำแนะนำในการปฏิบัติตัวร้อยละ 57 สับสนต่อคำแนะนำระหว่างทีมแพทย์ร้อยละ 22 และร้อยละ 7 กังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเป็นอีกปัจจัยที่ช่วย ป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ให้มีอาการกำเริบได้ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการคงที่ที่ส่งผล ต่อการปฏิบัติกิจกรรม ดังเช่นการศึกษาของ Demir & Unsar (2011) เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรม พื้นฐานประจำวันในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 75 ราย พบว่าผู้ป่วยมีจำนวนยาที่ได้รับตามแผนการ รักษาเฉลี่ยเท่ากับ 7.80 (SD.=4.40) ซึ่งจำนวนยาที่ผู้ป่วยรับประทานตามแผนการรักษามี ความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานประจำวัน ($r_s = -.43, p < .01$) และสามารถทำนายการปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานประจำวัน (Beta = $-.17, p < .05$)

การรับประทานเกลือและอาหาร

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เชื่อกันว่าอาหารสามารถส่งผลกระทบต่อทั้งทางลบหรือทางบวกต่อสุขภาพ หรืออาการของภาวะหัวใจล้มเหลว โดยผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีส่วนผสมของปริมาณเกลือต่ำ ปฏิบัติได้ถึงร้อยละ 79 ซึ่งผู้ป่วยร้อยละ 13 แจ้งว่าอาหารที่มีส่วนผสมของปริมาณเกลือต่ำไม่น่า รับประทาน (Wal et al., 2006) ในขณะที่มีผู้ป่วยถึงร้อยละ 40 ไม่ได้รับประทานอาหารตาม คำแนะนำ ซึ่งการปฏิบัติตามคำแนะนำขึ้นอยู่กับความรู้เกี่ยวกับอาหารและเกลือ การส่งเสริมจาก สังคม สถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมในการรับประทานอาหารและรูปแบบของอาหาร (Heo, Lennie, Moser, & Okoli, 2009) ซึ่งผู้ป่วยที่ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาในเรื่องรับประทานอาหารที่มี ปริมาณเกลือต่ำ เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถคำนวณปริมาณเกลือในอาหารได้ (Moser et al., 2005) ซึ่งการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำเริบ ของภาวะหัวใจล้มเหลว (Diaz et al., 2011; สุรัชย์ กอบเกื้อชัยพงษ์, 2556) เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมได้ลดลงซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ ดังเช่นการศึกษาของ นนทกร

ค่านังค์ (2558) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจำนวน 80 ราย พบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่มมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการปฏิบัติหน้าที่ ($r_s = .36, p < .01$)

การดื่มน้ำ

เมื่อติดตามผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลวคือการดื่มน้ำร้อยละ 34 และมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 23.6 เท่านั้นที่ตระหนักถึงการจำกัดน้ำดื่ม (Michalsen, Konig & Thimme, 1998) และผู้ป่วยปฏิบัติได้จริงร้อยละ 73 ซึ่งผู้ป่วยร้อยละ 39 ที่พบปัญหาในการจำกัดน้ำ โดยผู้ป่วยร้อยละ 27 รู้สึกกระหายน้ำ และร้อยละ 11 ไม่ทราบว่าต้องจำกัดน้ำ นอกจากนี้ผู้ป่วยมีการติดตามน้ำหนักตัวเป็นประจำ ปฏิบัติได้ร้อยละ 35 โดยติดตามอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ พบว่า ร้อยละ 14 ไม่ทราบว่าควรติดตามน้ำหนักตัวเป็นประจำ (Wal et al., 2006)

การออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย หมายถึง การทำกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายในลักษณะที่มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอโดยมีจุดประสงค์เพื่อฝึกฝน ปรับปรุง และสร้างเสริมสมรรถภาพของร่างกาย ให้มีความแข็งแรง ตื่นตัว สดชื่น (เด่นหล้า ปาลเดชพงศ์ และนิพนธ์ พวงวรินทร์, 2552) การออกกำลังกายทำให้ความสามารถทางกายภาพเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10 ถึงร้อยละ 30 (Carvalho & Guimaraes, 2010) แต่ผู้ป่วยร้อยละ 39 หยุดการออกกำลังกายภายหลังการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว (Wal et al., 2005) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wal et al. (2006) ที่พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 80 ที่ระบุว่า การออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญ แต่มีเพียงร้อยละ 39 เท่านั้นที่ลงมือปฏิบัติ โดยสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถออกกำลังกายได้ ร้อยละ 27 เนื่องจากมีอาการทางกาย และร้อยละ 25 รู้สึกไม่มีแรง

ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ออกกำลังกายแบบไทจี ภายหลัง 12 สัปดาห์ผู้ป่วยมีคะแนนคุณภาพชีวิตดีกว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้ออกกำลังกาย เมื่อทดสอบด้วยวิธีการวัดระยะทางที่เดินได้ใน 6 นาทีพบว่า ในผู้ป่วยออกกำลังกายแบบไทจีเดินได้ระยะทางไกลมากกว่าก่อนออกกำลังกายและเดินได้ระยะทางไกลกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (Yeh et al., 2004) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tol, Huijsmans, Kroon, Schothorst, & Kwakkel (2006) ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกอบรมการออกกำลังกาย ภายหลังการออกกำลังกายพบว่า การทำงานของหัวใจดีขึ้นและสามารถเดินได้ระยะทางไกลมากขึ้นเมื่อทดสอบด้วยวิธีการวัดระยะทางที่เดินได้ใน 6 นาที ซึ่งระยะทางที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเดินได้ใน 6 นาทีมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานประจำวันที่ใช้แรงระดับปานกลาง ($r = 0.52, p < .01$) และการปฏิบัติ

กิจกรรมพื้นฐานประจำวันที่ใช้แรงระดับสูง ($r = .56, p < .01$) (Parish et al., 2013) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกการออกกำลังกายพบจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชำน้อยกว่าและมีอัตราการตายที่ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ฝึกการออกกำลังกาย ซึ่งภายหลัง 2 เดือนมีผู้ป่วยร้อยละ 10 มีความสามารถในการทนต่อภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มมากขึ้น (Belardinelli, Georgiou, Cianci, & Purcaro, 1999) เพราะฉะนั้นความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ทั้งการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การดื่มน้ำและการออกกำลังกาย เป็นปัจจัยที่ช่วยให้ภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการคงที่ ผู้ป่วยไม่ถูกจำกัดการทำกิจกรรม จึงทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติหน้าที่ภายใต้ขอบเขตของตนเองได้ในที่สุด

การประเมินความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา

ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่ง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่อย่างกว้างขวาง ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาตามกรอบแนวคิดของทฤษฎีอาการไม่พึงไม่พึงประสงค์ (Lenz et al., 1997) ซึ่งปัจจัยที่ศึกษาได้แก่ อาการหายใจลำบาก โรคร่วม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า และความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษามีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งมีรายละเอียดตามที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงพยากรณ์ (Predictive research design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่ ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

สถานที่ทำการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษา ณ คลินิกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีแพทย์เฉพาะทางเชี่ยวชาญด้านระบบหัวใจและหลอดเลือด ทั้งอายุรแพทย์โรคหัวใจและศัลยแพทย์ทรวงอกและหลอดเลือด ซึ่งมีศักยภาพในการดูแลรักษาอยู่ในระดับความเชี่ยวชาญขั้นสูง อีกทั้งเป็นโรงพยาบาลที่รองรับผู้ป่วยในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือในการดูแลต่อเนื่อง มีระบบการตรวจตามนัด ณ คลินิกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก ซึ่งเปิดให้บริการเวลา 07.00-12.00 น. ในวันจันทร์ ถึงวันศุกร์ โดยผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มาตรวจรักษา หากเป็นผู้ที่ได้รับการนัดไว้จะขึ้นบัตรนัดที่คลินิกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก ซึ่งจะมีการคืนประวัติการรักษาเตรียมไว้ล่วงหน้าก่อนวันนัด ส่วนในรายที่มาตรวจไม่ตรงกับวันนัดจะต้องขึ้นบัตรที่ห้องบัตรก่อน เพื่อคืนประวัติการรักษา หลังจากนั้นจะมาพบเจ้าหน้าที่ที่คลินิกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก เพื่อรับการนัดเข้ารับการรักษา ซึ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และประเมินสัญญาณชีพ รวมถึงการซักประวัติ หรือการตรวจต่าง ๆ เช่น ตรวจเลือด ภายใต้การดูแลของพยาบาลวิชาชีพ หลังจากนั้นผู้ป่วยจะรับการตรวจรักษาจากแพทย์เฉพาะทางอายุรแพทย์โรคหัวใจหรืออายุรแพทย์ทั่วไป ภายหลังจากได้รับการตรวจจากแพทย์ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะพบพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก ซึ่งจะให้คำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลตนเอง คำแนะนำเรื่องอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง การมาตรวจตามนัดและให้บัตรนัดในครั้งต่อไป หลังจากนั้นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะขึ้นใบสั่งยาที่ห้องยาและรอรับยาก่อนกลับบ้าน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวมากกว่า 1 เดือนขึ้นไป
2. อายุมากกว่า 20 ปีขึ้นไป
3. มีสติสัมปชัญญะดี สื่อสารด้วยภาษาไทยได้
4. หากผู้ป่วยมีโรคร่วม ต้องเป็นโรคที่อยู่ในระยะคงที่ไม่มีอาการกำเริบของโรค ไม่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติหน้าที่ เช่น Stroke หรือการบาดเจ็บของระบบเนื้อกระดูกและข้ออย่างรุนแรง เช่น กระดูกขาหัก

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ได้มาจากการวิเคราะห์ค่าอำนาจในการทดสอบด้วยโปรแกรม G*power กำหนดตามสถิติ Multiple regression ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยกำหนดอิทธิพล (Effect size) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากงานวิจัยที่ผ่านมาของ Chiaranai et al. (2009) พบโรคร่วมมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางกายมีค่า r เท่ากับ $-.312$ กำหนดตามสูตร $f^2 = R^2 / (1 - R^2)$ ซึ่งโปรแกรมคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (f^2) ให้ได้ค่าเท่ากับ 0.122 กำหนดความเชื่อมั่นระดับนัยสำคัญที่ .05 กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 ใช้ตัวแปรต้นทั้งหมด 5 ตัวแปร แทนค่าทั้งหมดในโปรแกรมได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 111 ราย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ซึ่งมีวิธีการ ดังนี้

1. ตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้จากเพิ่มประวัติของผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัด ณ คลินิกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกในแต่ละวัน
2. หลังจากนั้นเขียนหมายเลข HN. ของกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้แล้ว นำหมายเลข HN ที่เขียนไว้ใส่ในกล่อง
3. สุ่มเลือกหมายเลข HN. ผู้ป่วยที่มารับการรักษาในแต่ละวันที่อยู่ในกล่อง เมื่อสุ่มเลือกหมายเลขได้แล้วไม่ส่งคืนกลับในกล่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยประกอบด้วย 7 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลเป็นข้อมูลจำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความรับผิดชอบในครอบครัว สิทธิการรักษา น้ำหนัก ส่วนสูง
2. ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย จำนวน 2 ข้อ ประกอบด้วย ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาด้วยภาวะฉุกเฉินภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา โดยได้จากการสัมภาษณ์และการศึกษาจากเวชระเบียนของผู้ป่วยแล้วผู้วิจัยบันทึกข้อมูลในช่องว่าง
3. ข้อมูลการรักษา จำนวน 2 ข้อ ประกอบด้วย จำนวนชนิดของยาที่ผู้ป่วยได้รับ และการรักษาด้วยเครื่องมือพิเศษ

ชุดที่ 2 แบบประเมินอาการหายใจลำบาก โดยใช้การประเมินแบบตัวเลข (Numeric rating scale) ซึ่งเดิมพัฒนาขึ้นโดย Atiken (1969) ใช้ในการวัดความรู้สึกโดยการให้คะแนนเส้นตรงยาว 100 มิลลิเมตร หลังจากนั้น Gift and Narsavage (1998) นำมาพัฒนาเป็น Numeric rating scale ซึ่งมีตัวเลขตั้งแต่ 0 หมายถึง ไม่มีอาการหายใจลำบาก ถึง ตัวเลข 10 หายใจลำบากมาก โดยตัวเลขที่ผู้ป่วยแต่ละคนเลือกยิ่งตัวเลขมากแสดงว่าผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากมาก แล้วนำมาทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยการใช้เครื่องมือวิจัยที่สมมูลกัน (Equivalent-Form Method) ระหว่างการประเมินอาการหายใจลำบากแบบการให้คะแนนเส้นตรงยาว 100 มิลลิเมตร กับแบบ Numeric rating scale โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 120 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันอยู่ในระดับสูง ($r = .80, p < .01$) การนำเครื่องมือมาใช้โดยผู้วิจัยแปลเป็นภาษาไทย และนำมาใช้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ

ชุดที่ 3 แบบประเมินโรคร่วม ประเมินโดยใช้แบบประเมินโรคร่วมของ Charlson comorbidity index ซึ่งพัฒนาโดย Charlson et al. (1987) ฉบับภาษาไทยของ สุภาภรณ์ ด้วงแพง และ จุฬาลักษณ์ บารมี (2555) แบบประเมินโรคร่วมเป็นแบบประเมินโรคที่มีผลต่อการทำงานของร่างกายและการเจ็บป่วย ซึ่งพัฒนาจากดัชนีโรคที่ทำนายการเสียชีวิตใน 1 ปี ด้วยการวิเคราะห์ถ่วงน้ำหนักค่าอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตใน 1 ปี ซึ่งการวิเคราะห์ถ่วงน้ำหนักค่าอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิต (Relative risk of death) เป็นการให้คะแนนทั้งหมด 5 กลุ่มโรค ประกอบด้วยคะแนน 0 หมายถึง ไม่มีโรคที่กำหนดไว้ คะแนน 1 มีกลุ่มโรคทั้งหมด 10 โรค (ตามข้อมูลด้านล่าง) คะแนน 2 มีกลุ่มโรคทั้งหมด 6 โรค (ตามข้อมูลด้านล่าง) คะแนน 3 กลุ่ม มี 1 โรค และคะแนน 6 มีกลุ่มโรคทั้งหมด 2 โรค (ตามข้อมูลด้านล่าง) จอม สุวรรณ โณ และคณะ (2552) ได้นำแบบประเมินโรคร่วมไปใช้ประเมินโรคร่วมในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากหัวใจล้มเหลวเป็นโรคหลักในการศึกษา จึงตัดออกจากรายการโรคร่วมเหลือโรคร่วมที่ต้องประเมิน 18 โรค เมื่อทดสอบ Inter-rater reliability โดยผู้ประเมินเครื่องมือ 3 คน ได้ค่าเท่ากับ 0.98

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินรายการโรคร่วมทั้งหมด 18 โรค โดยตัดโรคหัวใจล้มเหลวออกจากรายการโรคร่วม โดยมีการให้คะแนน ดังนี้

0 หมายถึง ไม่มีโรคร่วม

1 หมายถึง มีโรคร่วม ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคหลอดเลือดส่วนปลาย โรคหลอดเลือดสมอง โรคสมองเสื่อม โรคปอดเรื้อรัง โรคของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน โรคแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ โรคตับที่ไม่รุนแรง โรคเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

2 หมายถึง มีโรคร่วม ได้แก่ โรคอัมพาตครึ่งซีก โรคไต โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน โรคเนื้องอกต่าง ๆ โรคมะเร็งเม็ดเลือด โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง

3 หมายถึง มีโรคร่วม ได้แก่ โรคตับในระดับปานกลางหรือรุนแรง

6 หมายถึง มีโรคร่วม ได้แก่ โรคมะเร็งชนิดก้อนในระยะกระจายตัว โรคเอดส์

คะแนนรวมทั้งชุดของแบบประเมินโรคร่วมอยู่ระหว่าง 0-36 คะแนน กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนโรคร่วมทั้งหมดในแบบประเมิน ผลรวมคะแนนทั้งหมดซึ่งได้คะแนนมากแสดงว่าผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคร่วมมากยิ่งขึ้น โดย Charlson et al. (1987) ได้แบ่งระดับความรุนแรง (Comorbidity grade) ไว้ 4 ระดับ ดังนี้ 0 คะแนน, 1-2 คะแนน, 3-4 คะแนน และ เท่ากับหรือมากกว่า 5 คะแนน

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้แบบสอบถาม Short Form-12 version 2 ฉบับภาษาไทยที่พัฒนาจากองค์กร Quality metric incorporated ในประเทศสหรัฐอเมริกา (Ware et al., 2009) ซึ่งเป็นแบบสอบถามมีคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ซึ่งผู้ป่วยตอบประเมินตนเองเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจภายใน 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา สามารถรายงานคะแนนตามมิติทางด้านสุขภาพทั้ง 8 มิติ ได้แก่ มิติทางด้าน Physical functioning (PF: คำถามข้อที่ 2, 3), Role physical (RP: คำถามข้อที่ 4, 5), Bodily pain (BP: คำถามข้อที่ 8), General health (GH: คำถามข้อที่ 1), Vitality (VT: คำถามข้อที่ 10), Social functioning (SF: คำถามข้อที่ 12), Role emotional (RE: คำถามข้อที่ 6, 7) และ Mental health (MH: คำถามข้อที่ 9, 11) วิชัช เกษมทรัพย์, พรรณทิพา ศักดิ์ทอง และกนกพร ปูฟ้า (2550) ได้นำเครื่องมือ SF12 ไปใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ 367 ราย ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยสถิติสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาได้เท่ากับ 0.73 และ 0.77 สำหรับคำถามภายใต้มิติทางด้านร่างกายและคำถามภายใต้มิติทางด้านจิตใจตามลำดับ และณรงค์กร ชัยวงศ์ (2557) ได้นำเครื่องมือ SF12 ไปใช้กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 20 ราย ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากสถิติสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .87

เกณฑ์การให้คะแนน

1. การให้คะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพทางด้านร่างกาย

ข้อที่ 1 ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป

- 1 คะแนน หมายถึง ภาวะสุขภาพดีที่สุด
- 2 คะแนน หมายถึง ภาวะสุขภาพดีมาก
- 3 คะแนน หมายถึง ภาวะสุขภาพดี
- 4 คะแนน หมายถึง ภาวะสุขภาพพอใช้
- 5 คะแนน หมายถึง ภาวะสุขภาพแย่

ข้อที่ 2-3 ด้านการทำหน้าที่ทางกายภาพ (Physical functioning)

- 1 คะแนน หมายถึง ใช้งานจำกัดมาก
- 2 คะแนน หมายถึง ใช้งานจำกัดเล็กน้อย
- 3 คะแนน หมายถึง ไม่ใช่ ใช้งานจำกัดเลย

ข้อที่ 4-5 บทบาททางกายภาพ (Role physical)

- 1 คะแนน หมายถึง ตลอดเวลา
- 2 คะแนน หมายถึง เป็นส่วนใหญ่
- 3 คะแนน หมายถึง เป็นบางครั้ง
- 4 คะแนน หมายถึง นาน ๆ ครั้ง
- 5 คะแนน หมายถึง ไม่เคยเลย

ข้อที่ 8 ความเจ็บปวดตามร่างกาย (Bodily pain)

- 1 คะแนน หมายถึง ไม่เลย
- 2 คะแนน หมายถึง เล็กน้อย
- 3 คะแนน หมายถึง ปานกลาง
- 4 คะแนน หมายถึง ค่อนข้างมาก
- 5 คะแนน หมายถึง มากที่สุด

2. การให้คะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพทางด้านจิตใจ

ข้อที่ 6-7 บทบาททางอารมณ์ (Role emotional) ข้อที่ 9,11 สุขภาพจิต (Mental health)

ข้อที่ 10 ความกระฉับกระเฉง (vitality) และข้อที่ 12 การทำหน้าที่ทางสังคม (Social functioning)

- 1 คะแนน หมายถึง ตลอดเวลา
- 2 คะแนน หมายถึง เป็นส่วนใหญ่
- 3 คะแนน หมายถึง เป็นบางครั้ง

4 คะแนน หมายถึง นาน ๆ ครั้ง

5 คะแนน หมายถึง ไม่เคยเลย

การแปลผลคะแนน แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมมีค่าคะแนนดิบอยู่ระหว่าง 12-56 คะแนน แปลงค่าคะแนนให้อยู่ในช่วง 0-100 คะแนน โดยใช้สูตร

$(100 / \text{ผลต่างของช่วงคะแนน}) \times (\text{คะแนนดิบ} - \text{ค่าคะแนนต่ำสุด})$

คะแนนน้อยกว่า 50 เป็นกลุ่มที่มีการรับรู้ ภาวะสุขภาพไม่ดี และช่วงคะแนน 50-100 เป็นกลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี (Ware et al., 2009) นอกจากนี้สามารถรายงานคะแนนรวมเป็น 2 ด้านคือ คะแนนรวมทางด้านร่างกายซึ่งอยู่ระหว่าง 6-26 คะแนน และคะแนนรวมทางด้านจิตใจอยู่ระหว่าง 6-30 คะแนน แปลงผลโดยแปลงค่าคะแนนให้อยู่ในช่วง 0-100 คะแนน ถ้าคะแนนน้อยกว่า 50 เป็นกลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี และช่วงคะแนน 50-100 เป็นกลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี

ชุดที่ 5 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2553) ซึ่ง ทรินทร์ กองสุข และคณะ (2550) ได้พัฒนาแบบประเมินอาการโรคซึมเศร้า 9 คำถามขึ้นแล้วนำเครื่องมือไปทดสอบกับกลุ่มประชากรไทย อีสานจังหวัดยโสธร จำนวน 1002 คน อายุ 18 ปีขึ้นไป พบว่าเวลาที่ใช้ในการประเมินด้วย 9Q ส่วนใหญ่ใช้เพียง 1 นาที ความแม่นยำตรงของ 9Q จากการหาจุดตัดคะแนนที่เหมาะสม โดยการทำ Receiver operating characteristic curve analysis = 0.92 (95% CI = 0.89-0.96) คือ 7 คะแนนขึ้นไป มีค่าความไวสูง ร้อยละ 75.68 ความจำเพาะสูงถึงร้อยละ 93.37 เมื่อเทียบกับการวินิจฉัยโรค Major depressive disorder ค่าความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า = 11.41 เท่า หลังจากนั้นได้ศึกษาความน่าเชื่อถือและความเที่ยงตรงของแบบประเมินอาการโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม เมื่อเทียบกับแบบประเมิน Hamilton rating scale for depression (HRSD-17) ด้วยรูปแบบ Diagnostic test กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย ที่ได้รับการวินิจฉัย “Major depressive disorder” ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD-10 หรือ DSM-IV ด้วยจิตแพทย์หรือแพทย์ทั่วไป จำนวน 232 คน แบบประเมินอาการโรคซึมเศร้า 9 คำถามมีค่า Cronbach’s alpha รายข้ออยู่ระหว่าง 0.78-0.82 และมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.82 ของส่วนผลการเปรียบเทียบกับแบบประเมิน HRSD-17 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.71 ($p < .001$) ผลการทดสอบความน่าเชื่อถือและความเที่ยงตรงพบว่า มีค่าความไว ค่าความจำเพาะ และค่า Likelihood ratio ร้อยละ 85, 72 และ 3.04 (95% CI = 2.16-4.26) ตามลำดับ เมื่อแยกตามระดับความรุนแรง พบว่าในระดับอาการน้อย มีค่าความไว ค่าความจำเพาะ และค่า Likelihood ratio ร้อยละ 61, 76 และ 2.58 (1.65-4.04) ระดับอาการปานกลาง ร้อยละ 76, 94 และ 13.00 (4.85-34.87) ระดับอาการรุนแรง ร้อยละ 93, 98 และ 60.36 (8.58-424.35) ซึ่งมีคำถามทั้งหมด 9 คำถาม โดยสามารถเลือกใช้ตามลักษณะความแตกต่างของผู้ป่วยด้านการใช้ภาษา คือ ภาษากลาง ภาษายีสาน

และภาษาท้องถิ่นได้ ซึ่งคำตอบมีให้เลือกตอบ แต่ละคำถามเป็นการให้คะแนน ตั้งแต่ 0 ถึง 3 ซึ่งลักษณะการตอบเป็น 4 ระดับคะแนน ดังนี้

คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีเลย

คะแนน 1 หมายถึง เป็นบางวัน 1-7 วัน

คะแนน 2 หมายถึง เป็นบ่อย > 7 วัน

คะแนน 3 หมายถึง เป็นทุกวัน

การแปลความหมายภาวะซึมเศร้าโดยรวม พิจารณาจากการให้คะแนนของผู้ป่วย ที่เลือกตอบแต่ละคำถามตามแต่ละบุคคล แล้วคำนวณโดยนำผลรวมคะแนนที่ผู้ป่วยเลือกตอบแต่ละคำถาม ซึ่งการแปลความหมายของคะแนนรวมแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

คะแนนรวม <7 หมายถึง ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก

คะแนนช่วง 7-12 หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย

คะแนนช่วง 13-18 หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง

คะแนนรวม ≥ 19 หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง

ชุดที่ 6 แบบสอบถามความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและพัฒนาขึ้นใหม่ตามกรอบของแนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์และชมรมหัวใจล้มเหลว, 2557) โดยแบ่งเป็น 5 หัวข้อใหญ่ ประกอบด้วย 1) การมาตรวจตามนัด 1 ข้อ 2) การรับประทานยา ประกอบด้วยหัวข้อย่อย 2 ข้อ 3) การรับประทานอาหารและรับประทานเกลือประกอบด้วยหัวข้อย่อย 3 ข้อ 4) การดื่มน้ำประกอบด้วยหัวข้อย่อย 3 ข้อ และ 5) การออกกำลังกาย 1 ข้อ รวมเป็นทั้งหมด 10 หัวข้อย่อย

ในข้อ 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10 แต่ละข้อเป็นมาตรส่วนประมาณค่า Likert (Likert scale) 4 ระดับ ดังนี้

1 หมายถึง ไม่เลยหรือน้อยมาก

2 หมายถึง บางครั้ง

3 หมายถึง บ่อย ๆ

4 หมายถึง เสมอ/ เป็นประจำทุกวัน

ในข้อ 5 การเติมเกลือในอาหารและข้อ 8 การดื่มน้ำ แต่ละข้อเป็นมาตรส่วนประมาณค่า Likert (Likert scale) 4 ระดับ ดังนี้

1 หมายถึง ไม่เลย

2 หมายถึง ค่อนข้างจะใช่

3 หมายถึง ใช่

4 หมายถึง ใช่มากที่สุด

ชุดที่ 7 แบบสอบถามการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นแบบสอบถามของ พัทธ์ชนก วิจิธรรมศักดิ์ (2553) ได้แปลมาจาก Functional performance inventory short form พัฒนาโดย Liedy and Kneble (1999 อ้างถึงใน พัทธ์ชนก วิจิธรรมศักดิ์, 2553) โดยให้ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญทางการแพทย์ที่มีทักษะภาษาอังกฤษและมีความเข้าใจเกี่ยวกับวัฒนธรรมต่างชาติและวัฒนธรรมไทยเป็นอย่างดี ตรวจสอบการแปลและความเหมาะสมกับวัฒนธรรมไทยได้ตัดข้อความบางส่วนที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ กวาดหิมะ (ข้อ 12) เล่นไฟ เล่นบิงโก (ข้อ 28, 29) ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและให้ศูนย์การแปลและล่ามเฉลิมพระเกียรติจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ (Forward-backward translation) และตรวจสอบความแตกต่างของแบบประเมินการปฏิบัติหน้าที่ฉบับแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษกับแบบประเมิน FPI-SF ต้นฉบับพบว่าไม่มีข้อแตกต่าง ซึ่งแบบประเมินการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ การดูแลร่างกาย 5 ข้อ การดูแลกิจการภายในบ้าน 8 ข้อ การออกกำลังกาย 5 ข้อ การพักผ่อนและนันทนาการ 5 ข้อ กิจกรรมทางด้านจิตวิญญาณ 4 ข้อ และกิจกรรมทางด้านสังคม 4 ข้อ รวมจำนวน 32 ข้อ เมื่อนำแบบประเมินการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังฉบับภาษาไทยไปตรวจสอบความตรงและความเชื่อมั่น ด้วยค่า Cronbach's alpha coefficients ได้เท่ากับ .94

การนำเครื่องมือมาใช้ครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ตามกรอบแนวคิด โดยจัดแบ่งแบบสอบถามการปฏิบัติหน้าที่ออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานประจำวัน 7 ข้อ ตัดข้อการดูแลเท้า และเพิ่มข้อ การรับประทานอาหาร การควบคุมระบบขับถ่าย และการใช้ห้องน้ำ ด้านการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนเอง 8 ข้อ โดยเพิ่มหัวข้อ การซักเสื้อผ้า หรือ ริดเสื้อผ้า ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม 9 ข้อ โดยรวมการพักผ่อนและนันทนาการ กิจกรรมทางด้านจิตวิญญาณ และกิจกรรมทางด้านสังคมไว้ด้วยกัน แล้วตัดเนื้อหาการออกกำลังกาย 5 ข้อ ส่วนการพักผ่อน และนันทนาการ 4 ข้อ ดังนั้น จึงคงเหลือจำนวนข้อทั้งหมด 24 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตรฐานประมาณค่า Likert (Likert scale) 4 ระดับ ดังนี้

1 หมายถึง ไม่สามารถทำกิจกรรมได้เลยเป็นผลจากปัญหาสุขภาพ

2 หมายถึง ทำกิจกรรมได้ความลำบากมากเป็นผลจากปัญหาสุขภาพ

3 หมายถึง ทำกิจกรรมได้ความลำบากบางครั้งเป็นผลจากปัญหาสุขภาพ

4 หมายถึง ทำกิจกรรมได้สะดวกไม่มีข้อจำกัดใด ๆ

นอกจากนี้แบบสอบถามการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวยังมีตัวเลือก “ไม่ทำเนื่องจากสาเหตุอื่น ๆ” สำหรับผู้ที่ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมในคำถามข้อนั้นมาก่อนเลือกที่จะไม่ทำกิจกรรมและ/ หรือไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ เนื่องจากสาเหตุอื่นที่ไม่ได้เป็นผลจากปัญหาสุขภาพ โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ระบุสาเหตุของการไม่ได้ทำกิจกรรมนั้น ๆ โดยคำถามข้อที่ตอบตัวเลือก “ไม่ทำเนื่องจากสาเหตุอื่น ๆ” จะไม่มีคะแนนและไม่นำมาคำนวณคะแนนการปฏิบัติหน้าที่โดยรวมของบุคคลนั้น

การแปลความหมายการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตามหลักการของ พัทธชนก วิจิธรรมศักดิ์ (2553) ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่โดยรวมพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแต่ละบุคคลสามารถคำนวณได้โดยนำผลรวมคะแนนการปฏิบัติหน้าที่ในแต่ละข้อยกเว้นข้อที่ตอบตัวเลือก “ไม่ทำเนื่องจากสาเหตุอื่น ๆ” หารด้วยจำนวนข้อทั้งหมด (24 ข้อ) ลบจำนวนข้อที่ตอบตัวเลือก “ไม่ทำเนื่องจากสาเหตุอื่น ๆ”

$$\text{ค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติหน้าที่} = \frac{\text{ผลรวมคะแนนการปฏิบัติหน้าที่ในแต่ละข้อ}}{24 - \text{จำนวนข้อที่ตอบตัวเลือก "ไม่ทำเนื่องจากสาเหตุอื่น ๆ"}}$$

โดยมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 1-4 คะแนน พัทธชนก วิจิธรรมศักดิ์ (2553) ได้กำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายแบ่งเป็น 5 ระดับ โดยใช้สถิติคำนวณหาอัตราภาคขั้นและกำหนดช่วงคะแนน ดังนี้

คะแนนช่วง 1.000-1.599 หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่อยู่ในระดับต่ำ

คะแนนช่วง 1.600-2.199 หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่อยู่ในระดับปานกลางต่ำ

คะแนนช่วง 2.200-2.799 หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนช่วง 2.800-3.399 หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่อยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง

คะแนนช่วง 3.400-4.000 หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่อยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และแบบสอบถามการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านการรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลมีความเชี่ยวชาญทางด้านการศึกษาพยาบาลผู้ป่วย

โรคหัวใจจำนวน 2 ท่าน พยาบาลมีความเชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจจำนวน 2 ท่าน และแพทย์มีความเชี่ยวชาญทางด้านโรคหัวใจจำนวน 1 ท่าน

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือทั้งสองชุด พบว่าแบบสอบถามความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษาที่มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .83 และแบบสอบถามการปฏิบัติหน้าที่ที่มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ.88

2. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ภายหลังจากได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินอาการหายใจลำบาก แบบประเมิน โรคร่วม แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและแบบสอบถามการปฏิบัติหน้าที่ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี แล้วนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความเชื่อมั่น ดังนี้

2.1 แบบประเมินอาการหายใจลำบาก นำมาทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยวิธีการวัดซ้ำ (Test-Retest Reliability) ด้วยการสอบถามผู้ป่วยซ้ำห่างกัน 2 ชั่วโมง 1 ครั้งต่อผู้ป่วย 1 รายแล้วนำข้อมูลที่ได้วิเคราะห์ความเชื่อมั่น โดยใช้สถิติ Intraclass correlation coefficient (ICC) พบว่าค่าAverage of measure raters เท่ากับ .98

2.2 แบบประเมิน โรคร่วมนำมาทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยเทคนิค Inter-rater reliability โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ทดลองใช้เครื่องมือ 2 คนแล้วนำข้อมูลที่ได้วิเคราะห์ความเชื่อมั่น โดยใช้สถิติ Intraclass correlation coefficient (ICC) พบว่าค่า Average of measure raters เท่ากับ .99

2.3 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษาและแบบสอบถามการปฏิบัติหน้าที่ นำคะแนนที่ได้มาทดสอบหาความเชื่อมั่น โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .71, .73, .75 และ .88 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำเสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์พร้อมเครื่องมือวิจัย เพื่อขอรับพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี เมื่อผ่านพิจารณาแล้วผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างทุกราย เริ่มจากการแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย การขอความร่วมมือในการทำวิจัย กระทำโดยการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งมีการขอความ

ยินยอมโดยการให้ลงบันทึกในแบบบันทึกการให้ความยินยอมและการขอความยินยอมด้วยวาจา กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถลงบันทึกได้ ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่กระทบกระเทือนต่อการรักษาตามปกติ ระหว่างการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติหรือไม่ พร้อมในการให้สัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะยุติการสัมภาษณ์ทันทีและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกปกปิดเป็นความลับและข้อมูลที่ได้รับจะถูกนำเสนอเป็นภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ผู้วิจัยมีการดำเนินการเก็บข้อมูลร่วมกับผู้ช่วยวิจัย โดยดำเนินการมีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นเตรียมการเก็บข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บข้อมูล รวมทั้งศึกษาข้อมูลผู้ป่วยจากฐานข้อมูลและแฟ้มประวัติของผู้ป่วยแต่ละราย
2. การเตรียมผู้ช่วยวิจัย
 - 2.1 ผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ที่ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาาระบบทางเดินหายใจ 12 ปี และผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต 4 เดือน
 - 2.2 ผู้วิจัยชี้แจงและให้ความรู้เกี่ยวกับจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์แก่ผู้ช่วยวิจัยให้มีความรู้และเข้าใจ และสรุปข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ วัตถุประสงค์การเก็บรวบรวมข้อมูล และทำความเข้าใจกับเครื่องมือในการเก็บข้อมูล รวมถึงเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อมูลอย่างเพียงพอ เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจอย่างถ่องแท้
 - 2.3 ผู้วิจัยทดลองการเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกับผู้ช่วยวิจัย แล้วทวนสอบความถูกต้องขณะเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกัน
 - 2.4 ผู้วิจัยประเมินผลข้อมูลที่เก็บรวบรวมร่วมกันถึงความถูกต้องตามวัตถุประสงค์ เมื่อมีความถูกต้องและมีความมั่นใจ หลังจากนั้นผู้ช่วยวิจัยเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกันกับผู้วิจัย ระหว่างการเก็บข้อมูลหากผู้ช่วยวิจัยมีข้อสงสัยสามารถซักถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา
3. หลังจากได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยแล้วผู้วิจัยได้เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าแผนกคลินิกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งอธิบายถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ขั้นการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยได้สุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติที่กำหนด ด้วยวิธีจับฉลากหมายเลข HN. ของกลุ่มตัวอย่างที่มารับการตรวจคลินิกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกในแต่ละวัน ซึ่งคลินิกจะเปิดให้บริการตั้งแต่ 07.00 น. เป็นต้นไป

2. ภายหลังจากได้กลุ่มตัวอย่างมาแล้ว ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ณ คลินิกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก ตามวันและเวลาที่มารับการตรวจ และอยู่ระหว่างรอรับการจดลำดับ รับการรักษาและการประเมินเพื่อรอการตรวจรักษาจากแพทย์ โดยผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยได้แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของงานวิจัยและสิทธิของการเข้าร่วมการวิจัยรวมถึงขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมโดยลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยนำกลุ่มตัวอย่างไปอยู่ในห้องตรวจที่ว่างอยู่ หรือ มุมใด มุมหนึ่งในคลินิกที่เป็นบริเวณที่มีความเงียบสงบและเป็นส่วนตัวให้เป็นไปได้มากที่สุด หลังจากนั้น ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยได้อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและตอบแบบสอบถาม ด้วยตนเองโดยใช้เวลาอย่างเพียงพอแต่ไม่เกิน 60 นาที โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 35 นาที และเปิดโอกาสให้ กลุ่มตัวอย่างซักถามหากมีข้อสงสัยตลอดเวลา ระหว่างกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัย/ผู้ช่วย วิจัยได้จัดหาบุคลากรอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเพื่อคลายความกังวลขณะตอบแบบสอบถาม

3. ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีข้อจำกัดในการอ่าน ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้อ่านข้อคำถาม ให้กลุ่มตัวอย่างฟังแล้วเลือกคำตอบ โดยผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้บันทึกคำตอบลงในแบบสอบถาม หรือกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาในการมองเห็น ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยได้จัดเตรียมแว่นสายตาเพื่อให้กลุ่ม ตัวอย่างสามารถมองเห็นและสามารถตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

4. หากระหว่างการตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติ หรือไม่พร้อมในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยจะยุติการตอบแบบสอบถามทันทีและจะให้ความช่วยเหลือ ผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ภายหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วเสร็จมีผู้ป่วย 1 รายที่มีอาการผิดปกติจึง ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ทางพยาบาลและผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

5. ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม เมื่อ พบว่าคำตอบใดไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยได้ขอข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจนครบและกล่าวขอบคุณ กลุ่มตัวอย่างก่อนนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนด นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีขั้นตอนในการวิเคราะห์ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความรับผิดชอบในครอบครัว สิทธิการรักษา Body mass index (BMI) ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาด้วยภาวะฉุกเฉินภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา จำนวนชนิดยาที่ได้รับ และการรักษาด้วยเครื่องมือพิเศษ วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ และร้อยละ

2. ข้อมูลตัวแปร ได้แก่ อาการหายใจลำบาก โรคร่วม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา และการปฏิบัติหน้าที่ วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ และร้อยละ

3. หาความสัมพันธ์ระหว่าง อาการหายใจลำบาก โรคร่วม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า และความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษากับการปฏิบัติหน้าที่ วิเคราะห์โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน แปลความหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) โดยใช้เกณฑ์เปรียบเทียบระดับความสัมพันธ์ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Burn & Grove, 1996 อ้างถึงใน จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551) ดังนี้

ระดับความสัมพันธ์

ค่าที่ใกล้เคียง +1 หรือ -1 แสดงว่าตัวแปรทั้ง 2 ตัวมีความสัมพันธ์ต่อกันสูง

ค่า $r = +1$ หรือ -1 แสดงว่าตัวแปรทั้ง 2 ตัวมีความสัมพันธ์ต่ออย่างสมบูรณ์

แบ่งระดับความสัมพันธ์

r เท่ากับ $\pm 0.1-0.3$ แสดงถึงการมีระดับความสัมพันธ์ต่ำ

r เท่ากับ $\pm 0.3-0.5$ แสดงถึงการมีระดับความสัมพันธ์ปานกลาง

r สูงกว่า $\pm 0.5-0.3$ แสดงถึงการมีระดับความสัมพันธ์สูง

4. ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นและตรวจสอบ Multicollinearity ของตัวแปรต้น ด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ค่าที่ยอมรับได้ไม่เกิน .80 ค่าองค์ประกอบของความแปรปรวน ค่าที่ยอมรับได้ไม่เกิน 4 และค่าการยอมรับ ค่าที่ยอมรับได้ไม่น้อยกว่า 0.2 (Garson, 2006 อ้างถึงใน จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551)

5. วิเคราะห์อำนาจการทำนายของอาการหายใจลำบาก โรคร่วม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า และความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษากับการปฏิบัติหน้าที่ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณานี้ เพื่อศึกษาการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ณ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนพฤษภาคม ปี พ.ศ. 2559 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 111 ราย ผลการศึกษานำเสนอด้วยตารางประกอบคำบรรยาย แบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ส่วนที่ 3 อาการหายใจลำบาก โรคร่วมหัวใจล้มเหลว การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า และความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการหายใจลำบาก โรคร่วม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า และความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษากับการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า จำนวนทั้งสิ้น 111 ราย ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55 ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 64.74 ปี (SD = 12.81) ซึ่งผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 60 ถึง 69 ปี พบมากที่สุดร้อยละ 27.9 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 74.8 และไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 37

ความรับผิดชอบ ในครอบครัวพบมากที่สุด ร้อยละ 43.2 เป็นผู้ป่วยที่มีความรับผิดชอบเฉพาะการดูแลตัวเองไม่ต้องหารายได้ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีค่าเฉลี่ย BMI. เท่ากับ 24.57 (SD = 5.51) ส่วนใหญ่ร้อยละ 35.1 ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีค่า BMI อยู่ระหว่าง 25 ถึง 29.9 กก./ม² ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (n = 111)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	50	45
หญิง	61	55
อายุ (\bar{X} = 64.74ปี, SD = 12.81, min = 29 ปี, max = 90 ปี)		
20-29 ปี	1	1
30-39 ปี	4	3.6
40-49 ปี	9	8.1
50-59 ปี	22	19.8
60-69 ปี	31	27.9
70-79 ปี	29	26.1
80 ปีขึ้นไป	15	13.5
BMI (\bar{X} = 24.57 กก./ม ² , SD = 5.51, min = 14.18กก./ม ² , max = 46.28 กก./ม ²)		
น้อยกว่า 18.5 กก./ม ²	11	10
18.5-22.9กก./ม ²	36	32.4
23-24.9 กก./ม ²	12	10.8
25-29.9 กก./ม ²	39	35.1
มากกว่า30 กก./ม ²	13	11.7
ศาสนา		
พุทธ	109	98.2
คริสต์	2	1.8

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	13	11.7
ประถมศึกษา	83	74.8
มัธยมศึกษา	9	8.1
อนุปริญญา	1	0.9
ปริญญาตรี	5	4.5
สถานภาพสมรส		
โสด	14	12.6
สมรส	62	55.9
หม้าย/ หย่า/ แยก	35	31.5
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	41	37
รับจ้าง	16	14.4
ค้าขาย	12	10.8
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	4	3.6
เกษตรกร	23	20.7
อื่น ๆ	15	13.5
สิทธิ์รักษาพยาบาล		
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	18	16.2
บัตรทอง	89	80.2
ประกันสังคม	4	3.6
ความรับผิดชอบในครอบครัว		
หารายได้เลี้ยงดูครอบครัว	24	21.6
หารายได้เลี้ยงดูเฉพาะตนเอง	21	19
ดูแลตัวเองไม่ต้องหารายได้	48	43.2
ดูแลกิจการภายในบ้าน	18	16.2

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 76.6 ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ด้วยภาวะฉุกเฉินภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา และส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวด้วยเครื่องมือพิเศษพบร้อยละ 66.7 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องมือพิเศษร้อยละ 33.3 เป็นการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนและขดลวด รongลงมาเป็นการรักษาด้วยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 18.9ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องมือพิเศษทั้งหมด จำนวนชนิดของยาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาพบมากที่สุด ร้อยละ 52.3 อยู่ระหว่าง 6 ถึง 10 ชนิด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน และร้อยละ ของข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (n = 111)

ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	ร้อยละ (n)
จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะฉุกเฉินภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา	
ไม่เคย	76.6 (85)
เคย	23.4 (26)
เคย 1 ครั้ง	88.5 (23)
เคย มากกว่า 1 ครั้ง	11.5 (3)
การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว	
ยา	66.7 (74)
ยาและเครื่องมือพิเศษ	33.3 (37)
จำนวนชนิดของยาที่ได้รับการรักษาทั้งหมด	
1-5 ชนิด	45 (50)
6-10 ชนิด	52.3 (58)
11-15 ชนิด	2.7 (3)

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า การปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.48$, $SD = 0.62$) เมื่อวิเคราะห์ตามรายด้านทั้งการปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานประจำวัน การปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนเองและการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการปฏิบัติหน้าที่โดยรวม และรายด้าน จำแนกตามระดับการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (n = 111)

การปฏิบัติหน้าที่	ช่วงคะแนน		\bar{X}	SD	ระดับการปฏิบัติหน้าที่
	แบบสอบถาม	กลุ่มตัวอย่าง			
โดยรวม	1.00-4.00	1.68-4.00	3.48	0.62	สูง
การปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานประจำวัน	1.00-4.00	1.25-4.00	3.78	0.44	สูง
ตามบทบาทของตนเอง	1.00-4.00	1.43-4.00	3.34	0.83	ปานกลางค่อนข้างสูง
การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม	1.00-4.00	1.00-4.00	3.32	0.83	ปานกลางค่อนข้างสูง

ส่วนที่ 3 อาการหายใจลำบาก โรคร่วม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้าและความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

1. อาการหายใจลำบากในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างค่าเฉลี่ยคะแนนหายใจลำบากเท่ากับ 2.67

(SD = 2.82) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของอาการหายใจลำบาก (n = 111)

อาการหายใจลำบาก	ช่วงคะแนน		\bar{X}	SD
	แบบสอบถาม	กลุ่มตัวอย่าง		
คะแนนอาการหายใจลำบาก	0-10	0-10	2.67	2.82

2. โรคร่วมในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างค่าเฉลี่ยคะแนนโรคร่วมเท่ากับ 3.15

(SD = 1.59) ส่วนใหญ่มีค่าคะแนนรวม 1 ถึง 2 คะแนน พบร้อยละ 42.3 รองลงมาเป็นค่าคะแนนรวม 3 ถึง 4 คะแนน ร้อยละ 36 และมีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวไม่มีโรคร่วม ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามคะแนนของโรคที่พบรวมในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (n = 111)

ระดับความรุนแรงของโรคร่วม (คะแนน)	\bar{X}	SD	จำนวน	ร้อยละ
โดยรวม	3.15	1.59	111	100
0	0	-	1	1
1-2	1.72	0.45	47	42.3
3-4	3.53	0.51	40	36
เท่ากับหรือมากกว่า 5	5.61	.72	23	20.7

3. การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมเท่ากับ 57.35 (SD = 12.19) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 76.58 มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (n = 111)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	ช่วงคะแนน		\bar{X}	SD	จำนวน	ร้อยละ
	แบบสอบถาม	กลุ่มตัวอย่าง				
โดยรวม	0.00-100	25.00-84.09	57.35	12.19	111	100
สุขภาพดี	50-100	50.00-84.09	62.33	8.31	85	76.58
สุขภาพไม่ดี	0.00-49.9	25.00-47.73	41.08	6.83	26	23.42
ทางด้านร่างกาย	0.00-100	10.00-90.00	53.38	17.11	111	100
สุขภาพดี	50-100	50.00-90.00	63.99	11.26	69	62.16
สุขภาพไม่ดี	0.00-49.9	10.00-45.00	35.95	8.64	42	37.84
ด้านจิตใจ	0.00-100	16.67-100	60.66	13.61	111	100
สุขภาพดี	50-100	50.00-100	64.69	10.47	93	83.78
สุขภาพไม่ดี	0.00-49.9	16.67-45.83	39.81	7.46	18	16.22

4. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า โดยรวมภาวะซึมเศร้ามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.91 (SD = 4.32) ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 60.36 ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (n = 111)

ภาวะซึมเศร้า	ช่วงคะแนน		\bar{X}	SD	จำนวน	ร้อยละ
	แบบสอบถาม	กลุ่มตัวอย่าง				
โดยรวม	0-27	0-25	5.91	4.32	111	100
-ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า หรือมีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อยมาก	0-6	0-6	3.12	2.00	67	60.36
-มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย	7-12	7-12	9.06	1.82	36	32.43
-มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง	13-18	13-16	13.71	1.11	7	6.31
-มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง	19-27	25	25	-	1	0.9

5. ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษาอยู่ในช่วง 15-38 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 28.23 (SD = 4.56) ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 แสดงผลรวมคะแนนความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา (n = 111)

ความสม่ำเสมอในการ ปฏิบัติ ตามแผนการรักษา	ช่วงคะแนน		\bar{X}	SD
	แบบสอบถาม	กลุ่มตัวอย่าง		
คะแนนความสม่ำเสมอในการ ปฏิบัติตามแผนการรักษา	1-40	15-38	28.3	4.56

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการหายใจลำบาก โรคร่วม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษากับการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .50, p < .001$) รองลงมาคือ ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.44, p < .001$) และอาการหายใจลำบากมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.30, p < .01$) ส่วนโรคร่วมและความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ รายละเอียดดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการหายใจลำบาก โรคร่วม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษากับการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (n = 111)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1. อาการหายใจลำบาก	1					
2. โรคร่วม	-.09	1				
3. การรับรู้ภาวะสุขภาพ	-.26**	-.02	1			
4. ภาวะซึมเศร้า	.38***	-.06	-.41***	1		
5. ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา	-.15	.08	-.12	-.21*	1	
6. การปฏิบัติหน้าที่	-.30**	-.11	.50***	-.44***	-.07	1

* = $p < .05$, ** = $p < .01$, *** = $p < .001$

ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

การวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยทำนาย ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า อาการหายใจลำบาก จากตารางที่ 11 พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมากที่สุด คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ รองลงมาคือภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 เพื่อหาตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายการปฏิบัติหน้าที่ ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตามตารางที่ 10 โดยผู้วิจัยได้ตรวจสอบ Multicollinearity ของตัวแปรต้น (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551) ดังนี้

1. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันตัวแปรต้นที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ อาการหายใจลำบากมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .38, p < .001$) และมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการรับรู้ภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.26, p < .01$) ส่วนภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการรับรู้ภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.41, p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($r = -.21, p < .05$) ซึ่งไม่เกิน .80 แสดงว่าไม่เกิด Multicollinearity (Garson, 2006 อ้างถึงใน จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551)

2. ค่าองค์ประกอบของความแปรปรวน (Variance inflation factor: VIF) เท่ากับ 1.203 ซึ่งไม่เกิน 4 แสดงว่าไม่เกิด Multicollinearity (Garson, 2006 อ้างถึงใน จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551)

3. ค่าการยอมรับ (Tolerance) เท่ากับ .831 ซึ่งเข้าใกล้ 1 แสดงว่าไม่เกิด Multicollinearity (Garson, 2006 อ้างถึงใน จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพและภาวะซึมเศร้า สามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 32 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .32, p < .001$) ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสูงที่สุด (Beta = .39, $p < .001$) รองลงมา ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (Beta = -.28, $p < .01$) ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณและค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ ของการรับรู้ภาวะสุขภาพ และภาวะซึมเศร้าต่อการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (n = 111)

ตัวแปรทำนาย	B	Beta	
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.05***	.39***	Intercept = 2.04
ภาวะซึมเศร้า	-.04**	-.28**	$R^2 = .32, F(2,108) = 25.13***$

* = $p < .05$, ** = $p < .01$, *** = $p < .001$

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่ ได้แก่ อาการหายใจลำบาก โรคร่วม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า และความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ของ Lenz et al. (1997) และการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 111 ราย ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด (Inclusion criteria) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองร่วมกับผู้ช่วยวิจัยระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนพฤษภาคม ปี พ.ศ. 2559

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีจำนวนทั้งหมด 7 ชุด ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปซึ่งประกอบไปด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วย และข้อมูลการรักษา 2) แบบประเมินอาการหายใจลำบาก 3) แบบประเมินโรคร่วม 4) แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ 5) แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า 6) แบบสอบถามความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา และ 7) แบบสอบถามการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปและลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างมีอัตราส่วนของเพศหญิงและเพศชายที่ใกล้เคียงกัน ร้อยละ 55 และ 45 ตามลำดับ อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 64.74 ปี (SD = 12.81, min = 29, max = 90) ซึ่งช่วงอายุที่พบมากที่สุด อยู่ระหว่าง 60 ถึง 69 ปี ร้อยละ 27.9 รองลงมาเป็นช่วงอายุระหว่าง 70 ถึง 79 ปี และ 50 ถึง 59 ปี ร้อยละ 26.1, 19.8 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีเพียงร้อยละ 32.4 เท่านั้นที่มีค่า BMI อยู่ระหว่าง 18.5 ถึง 22.9 กก./ม² ในขณะที่ส่วนใหญ่ร้อยละ 35.1 กลุ่มตัวอย่างมีค่า BMI อยู่ระหว่าง 25 ถึง 29.9 กก./ม² กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 74.8 มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา รองลงมา ร้อยละ 11.7 ไม่ได้เรียนหนังสือ ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.2 กลุ่มตัวอย่างมี

สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 55.9 รองลงมาเป็นหม้าย/ หย่า/ แยก ร้อยละ 31.5 กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 37 ความรับผิดชอบในครอบครัวพบมากที่สุด ร้อยละ 43.2 เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีความรับผิดชอบเฉพาะการดูแลตัวเองไม่ต้องหารายได้และอยู่กับครอบครัวที่คอยดูแล สิทธิการรักษาใช้สิทธิการสนับสนุนจากรัฐเป็นส่วนใหญ่โดยร้อยละ 80.2 เป็นบัตรทอง

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา

กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ระหว่าง 2- 273 เดือน ระยะเวลาเฉลี่ยที่ได้รับการวินิจฉัยเท่ากับ 35.43 (SD = 42.61) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 34.2 มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 เดือน ระยะเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 6.29 เดือน (SD = 3.42) รองลงมา ร้อยละ 23.4 เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยมากกว่า 48 เดือนขึ้นไป ระยะเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 90.12 เดือน (SD = 56.80) (ภาคผนวก ข) จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะฉุกเฉินภายใน 1 เดือนที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 76.6 ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะฉุกเฉินภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา มีเพียงจำนวน 26 ราย คิดเป็น ร้อยละ 23.4 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะฉุกเฉินภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาด้วยยาอยู่ระหว่าง 6 ถึง 10 ชนิด พบมากที่สุด ร้อยละ 52.3 รองลงมาอยู่ระหว่าง 1 ถึง 5 ชนิด และ 11 ถึง 15 ชนิด ร้อยละ 45, 2.7 ตามลำดับ และส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวด้วยยาพบร้อยละ 66.7 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาทั้งยาและเครื่องมือพิเศษ ร้อยละ 33.3

การปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติหน้าที่โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.48$, SD = 0.62, min = 1.68, max = 4.00) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 86.5 มีการปฏิบัติหน้าที่โดยรวมอยู่ในระดับสูง รองลงมา ร้อยละ 6.3 อยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง มีเพียง ร้อยละ 7.2 เท่านั้นที่มีการปฏิบัติหน้าที่ในระดับปานกลางต่ำ (ภาคผนวก ข) เมื่อวิเคราะห์ตามรายด้านพบว่า การปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานประจำวันอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.78$, SD = 0.44) ส่วนการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท ($\bar{X} = 3.34$, SD = 0.83) และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ($\bar{X} = 3.32$, SD = 0.83) อยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง

อาการหายใจลำบาก โรคร่วม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้าและความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

1. อาการหายใจลำบากในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยหายใจลำบากเท่ากับ 2.67 (SD = 2.82)

2. โรคร่วมในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยโรคร่วมโดยรวมเท่ากับ 3.15 (SD = 1.59) ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 42.3 มีค่าคะแนนโรคร่วมรวม 1 ถึง 2 คะแนน ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.72 (SD = 0.45) รองลงมา ร้อยละ 36 มีค่าคะแนนรวม 3 ถึง 4 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.53 (SD = 0.51) และมีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคร่วม

3. การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สุขภาพโดยรวมอยู่ในช่วง 25.00-84.09 คะแนน มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมเท่ากับ 57.3 (SD = 12.19) ร้อยละ 76.58 ของกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมว่ามีสุขภาพดี และร้อยละ 23.42 สุขภาพไม่ดี การรับรู้ภาวะสุขภาพทางด้านร่างกายมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 53.38 (SD = 17.11) กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพทางด้านร่างกายว่ามีสุขภาพดี ร้อยละ 62.16 ส่วนสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 37.84 สำหรับการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านจิตใจมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 60.66 (SD = 13.61) กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านจิตใจว่ามีสุขภาพดี ร้อยละ 83.78 ส่วนสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 16.22

4. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

กลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมากซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.91 (SD = 4.32) โดยคะแนนต่ำที่สุดคือ 0 คะแนน และสูงที่สุดคือ 25 คะแนน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 60.36 ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก ($\bar{X} = 3.12$, SD = 2.00) รองลงมา มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย ($\bar{X} = 9.06$, SD = 1.82) ร้อยละ 32.43 ในขณะที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการของโรคซึมเศร้าในระดับรุนแรงเพียง 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.9

5. ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษาเท่ากับ 28.23 (SD = 4.56) ซึ่งคะแนนต่ำที่สุดเท่ากับ 15 คะแนน และคะแนนสูงที่สุดเท่ากับ 38 คะแนน

ความสัมพันธ์ระหว่างอาการหายใจลำบาก โรคร่วม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษากับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .50$, $p < .001$) รองลงมาคือ ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.44$, $p < .001$) และอาการหายใจลำบากมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.30$, $p < .01$) ในขณะที่โรคร่วมและความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพและภาวะซึมเศร้า สามารถร่วมกันทำนาย การปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ร้อยละ 32 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .32$, $p < .001$) โดยการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลวสูงที่สุด (Beta = .39, $p < .001$) และลำดับถัดมาได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (Beta = -.28, $p < .01$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัย อภิปรายผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยมีรายละเอียดดังนี้

1. การปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

การปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวประกอบด้วยการปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐาน ประจำวัน การปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนเอง และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม พบว่า การปฏิบัติหน้าที่โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติหน้าที่อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.48$, $SD = 0.62$) ซึ่ง การที่การปฏิบัติหน้าที่โดยรวมอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการ หายใจลำบากซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 27.9 หรือหากมีอาการหายใจลำบากก็พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการ หายใจลำบากอยู่ในระดับไม่รุนแรง โดยมีค่าคะแนน 1 คะแนนร้อยละ 20.7 และคะแนนหายใจ ลำบาก 5 คะแนน ร้อยละ 13.5 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่ให้คะแนนหายใจลำบากมากที่สุดที่ 10 คะแนน, 9 คะแนน และ 7 คะแนน มีเพียงร้อยละ 4.5, 2.7, 3.6 ตามลำดับ (ภาคผนวก ข) อาการ หายใจลำบากเป็นอาการไม่พึงประสงค์ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Lenz et al., 1997) ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ต่าง ๆ ไปจากปกติ โดยที่ผู้ป่วยเป็นผู้รายงานหรือคิดว่าอาการหายใจลำบากนั้นมีผลต่อภาวะสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับประสบการณ์ต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกว่ อาการหายใจลำบากมีผลกระทบต่อการปฏิบัติหน้าที่ ทั้งในด้านการประกอบอาชีพ การปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน และรู้สึกว่าเป็นภาระของครอบครัว (แวนดาว รอดเสถียร และคณะ, 2556) ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยไม่มีอาการหายใจลำบากหรือมีอาการหายใจลำบากในระดับไม่รุนแรง ไม่มีผลกระทบต่อ สุขภาพของตนเอง ผู้ป่วยไม่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติหน้าที่ได้ ในระดับสูง

ส่วนปัจจัยด้านกายภาพในทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Lenz et al., 1997) ที่อาจส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่คือโรคร่วม จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนโรคร่วมเท่ากับ 3.15 (SD = 1.59) ซึ่งส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนโรคร่วมอยู่ระหว่าง 1 ถึง 2 คะแนน พบร้อยละ 42.3 รองลงมาเป็นค่าคะแนนรวม 3 ถึง 4 คะแนน พบร้อยละ 36 และมีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคร่วม เมื่อโรคที่เกิดร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลวไม่มีความรุนแรงหรือไม่มีอาการกำเริบส่งผลให้ผู้ป่วยมีสภาวะสุขภาพคงที่ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 76.6 ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะฉุกเฉินภายใน 1 เดือน จากการทบทวนวรรณกรรม ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวภายหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่า มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 22.6 เท่านั้นที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ในขณะที่ผู้ป่วยมีปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันร้อยละ 25.8 อยู่ในระดับเล็กน้อย และร้อยละ 51.6 อยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง (Zaharias et al., 2014) ดังนั้นเมื่อโรคร่วมเหล่านี้ถูกควบคุมได้คืออาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพและภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยด้านจิตใจที่ส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลและมีความนึกคิดต่อองค์ประกอบการปฏิบัติหน้าที่ทางกาย ใจ และสังคม และโรคที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล (Rona et al., 2006) เมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี ผู้ป่วยมีความมั่นใจในสุขภาพของตนเองส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติหน้าที่ในกิจกรรมพื้นฐานประจำวัน หรือตามบทบาทหรือการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมได้ ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 57.3 (SD = 12.19) หมายถึงกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพว่ามีสุขภาพดี ซึ่งร้อยละ 76.58 กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมว่ามีสุขภาพดี มีเพียงร้อยละ 23.42 ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพทางด้านร่างกายว่ามีสุขภาพดี ร้อยละ 62.16 ส่วนสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 37.84 และมีการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านจิตใจว่ามีสุขภาพดี ร้อยละ 83.78 ส่วนสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 16.22 เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติหน้าที่ในระดับสูงได้

ในขณะที่ภาวะซึมเศร้าเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะจิตใจที่เป็นทุกข์ที่เกิดจากความเจ็บป่วย เมื่อผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าจะรู้สึกสูญเสีย หมดความสนใจ หรือไม่มีความสุข หมดพลัง (Marcus et al., 2012) เนื่องจากภาวะซึมเศร้าทำให้การทำงานของสรีรวิทยาเปลี่ยนแปลงไปซึ่งมีผลต่อพยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลวทำให้เกิดอาการกำเริบก็ยิ่งทำให้ผู้ป่วยการปฏิบัติหน้าที่เลวลง เมื่อผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงมากขึ้นก็ยิ่งทำให้การทำหน้าที่ทางกายเลวลง (Vacarino et al., 2001) จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมี

อาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมากซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.91 (SD = 4.32) ซึ่งส่วนใหญ่มีร้อยละ 60.36 กลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก ($\bar{X} = 3.12$, SD = 2.00) รองลงมามีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย ($\bar{X} = 9.06$, SD = 1.82) ร้อยละ 32.43 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างมีอาการของโรคซึมเศร้าในระดับรุนแรงพบเพียง 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.9 จากการที่กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำจึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติหน้าที่ได้ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดในทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Lenz et al., 1997) ที่ปัจจัยด้านจิตใจคือกระบวนการคิดหรืออารมณ์ที่มีผลต่อการเจ็บป่วย เมื่อผู้ป่วยมีความคิดหรืออารมณ์ที่ดีต่อการเจ็บป่วย จึงทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในสุขภาพของตนเองส่งผลให้ผู้ป่วยกระทำกิจกรรมในชีวิตนำไปสู่ปฏิบัติหน้าที่ได้ตามสภาวะของแต่ละบุคคล

สำหรับปัจจัยด้านสถานการณ์ตามกรอบแนวคิดของทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Lenz et al., 1997) ได้แก่ ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ซึ่งครอบคลุมถึงความถูกต้องและต่อเนื่องตามแผนการรักษาในเรื่องการรับประทานยาตามแผนการรักษา การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การจำกัดน้ำดื่มและการออกกำลังกาย เนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลวนี้นี้เป็นภาวะที่มีการดำเนินของโรคอยู่ในระยะสุดท้าย ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะมีการกำเริบได้ตลอดเวลา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในผู้ป่วยที่ไม่มีความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษามีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลถึง 1.4 เท่า ($p = 0.01$) (Wal et al., 2010) จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษาอยู่ที่ 28.23 (SD = 4.56) ซึ่งคะแนนต่ำที่สุดคือ 15 คะแนน และสูงที่สุด 38 คะแนน และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 76.6 ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะฉุกเฉินภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา มีเพียงจำนวน 26 ราย คิดเป็น ร้อยละ 23.4 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะฉุกเฉินภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งเมื่อผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษาส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพอยู่ในสภาวะปกติอาจทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติหน้าที่ในระดับสูง

จากผลการวิจัยที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติหน้าที่โดยรวมในระดับสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานประจำวันที่อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.78$, SD = 0.44) ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่ด้านการปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานประจำวันเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองส่วนบุคคลที่ผู้ป่วยจะต้องกระทำด้วยตนเองในชีวิตประจำวันทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติหน้าที่ได้ในระดับสูง ส่วนการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนเอง ($\bar{X} = 3.34$, SD = 0.83) และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ($\bar{X} = 3.32$, SD = 0.83) อยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง ซึ่งจากข้อมูลส่วนบุคคลพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประกอบอาชีพถึง ร้อยละ 37 และส่วนใหญ่ ร้อยละ 43.2 กลุ่มตัวอย่างมีความรับผิดชอบเฉพาะการดูแลตัวเองและมีครอบครัวที่คอยดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ

Sawafita and Chen (2013) ที่พบว่า มีผู้ป่วยไม่ได้ประกอบอาชีพถึงร้อยละ 69 แม้ว่าโดยส่วนใหญ่ การปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทและการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมจะมีการปฏิบัติหน้าที่อยู่ในระดับสูง แต่ ก็พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทในระดับปานกลางค่อนข้างสูง ร้อยละ 19.8 และมีการปฏิบัติหน้าที่ระดับปานกลางต่ำและระดับปานกลางต่ำ ร้อยละ 8.1, 6.3 ตามลำดับ (ภาคผนวก ข) เช่นเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมที่พบว่า คะแนนการปฏิบัติหน้าที่ในระดับ ปานกลางต่ำ อยู่ในอันดับที่สองของด้านนี้พบ ร้อยละ 17.1 รองลงมาเป็นระดับปานกลางค่อนข้าง สูง ร้อยละ 12.6

(ภาคผนวก ข) ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการศึกษาเปรียบเทียบกับบุคคล ทั่วไปหรือผู้ป่วยโรคปอด ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมักจะมีภาวะพร้อมต่อการปฏิบัติหน้าที่ทางกาย ตามบทบาท รวมถึงทางสังคม (Hobbs et al., 2002) เช่น ข้อจำกัดในการจับจ่ายซื้อเครื่องอุปโภค หรือบริโภคร้อยละ 35.6 (Gure et al., 2007)

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ อาการหายใจลำบาก โรคร่วม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า และความสม่ำเสมอในการปฏิบัติ ตามแผนการรักษา ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพและภาวะซึมเศร้าสามารถร่วมกันทำนาย การปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 32 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .32$, $p < .001$) จากกรอบแนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ ของ Lenz et al. (1997) อาการไม่พึง ประสงค์และปัจจัยส่วนบุคคลด้านด้านกายภาพ ด้านจิตใจ และด้านสถานการณ์ต่างส่งผลต่อการ ปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพและภาวะซึมเศร้าเป็นตัวแปรที่อยู่ในปัจจัยด้านจิตใจ การ รับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Beta = .39, $p < .001$) หมายถึงเมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีทำให้ผู้ป่วยมี การปฏิบัติหน้าที่ที่ดีตามไปด้วย รองลงมาได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (Beta = -.28, $p < .01$) หมายถึงเมื่อ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติหน้าที่ที่ลดลง ซึ่ง สอดคล้องกับกรอบแนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ ของ Lenz et al. (1997) ที่มีมโนทัศน์หลักที่ สำคัญในปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยส่วนบุคคลด้านจิตใจ การรับรู้ภาวะ สุขภาพเป็นความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อสุขภาพของตนเอง ในบุคคลที่มีความยากลำบากในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีแนวโน้มที่จะรับรู้ระดับสุขภาพของตนเองไม่ดี (Haseen et al., 2010) จาก การทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับ การปฏิบัติหน้าที่ทางกายภาพ ($r = .57$, $p < .001$) กับการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท ($r = .46$,

$p < .001$) และการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคม ($r = .39, p < .001$) (Johansson et al., 2008) ซึ่งบุคคลที่มีการรับรู้ระดับสุขภาพไม่ดีมักขาดความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่หรือการปฏิบัติกิจกรรมทางกายได้ลดลง (Asfar et al., 2007) ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 76.58 มีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมว่ามีสุขภาพดี เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีทำให้มีความมั่นใจในตนเองในการกระทำกิจกรรมต่างๆ ส่งผลให้การรับรู้ภาวะสุขภาพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่ ($Beta = .39, p < .001$)

ส่วนภาวะซึมเศร้าเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะจิตใจที่เป็นทุกข์ที่เกิดจากความเจ็บป่วย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมากซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.91 (SD = 4.32) ร้อยละ 60.36 ของกลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก รองลงมามีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 32.43 ในขณะที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการของโรคซึมเศร้าในระดับรุนแรงมีเพียง 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.9 ภาวะซึมเศร้าในปัจจุบันส่วนบุคคลด้านจิตใจตามกรอบแนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ของ Lenz et al. (1997) ที่สามารถร่วมทำนายการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ($Beta = -.28, p < .01$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Conley et al. (2015) พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่ ($Beta = -.25, p < .05$) เนื่องจากภาวะซึมเศร้ามีผลต่อระบบการทำงานในร่างกายคือระบบ Hypothamic pituitary adrenal axis และระบบ Sympathetic nervous system (Thomas et al., 2008) ซึ่งมีผลต่อพยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลวอาจทำให้มีอาการกำเริบแล้วส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ ดังนั้นหากผู้ป่วยไม่มีภาวะซึมเศร้าส่งผลให้สุขภาพอยู่ในสภาวะปกติทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติ

3. ปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้แก่ อาการหายใจลำบาก โรคร่วมและความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา อาการหายใจลำบากเป็นอาการไม่พึงประสงค์ตามกรอบแนวคิดในทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Lenz et al., 1997) ซึ่งการศึกษาของสารนิตินุญประสพ (2555) ได้อธิบายถึงอาการหายใจลำบากว่า เป็นประสบการณ์ทางความรู้สึกเฉพาะของแต่ละบุคคลที่เจ็บป่วยต่อการหายใจที่ผิดปกติ ผลการวิจัยพบว่า อาการหายใจลำบากมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.30, p < .01$) แต่ไม่สามารถร่วมทำนายการปฏิบัติหน้าที่ได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีอาการหายใจลำบากอยู่ในระดับไม่รุนแรงซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยหายใจลำบากเท่ากับ 2.67 (SD = 2.82) ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติหน้าที่ ถึงแม้ว่าจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อาการหายใจลำบากขณะออกแรงในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพศชายมีอิทธิพลต่อภาวะการทำหน้าที่

(Beta = -.30, $p < .01$) ซึ่งวัดอาการหายใจลำบากขณะปฏิบัติกิจกรรม โดยผู้ป่วยให้คะแนนหายใจลำบากภายหลังกระทำแต่ละกิจกรรม (Song et al., 2009) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Seo et al. (2011) พบว่า อาการหายใจลำบากมีอิทธิพลกับการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท (Beta = .67, $p < .05$) โดยผู้ป่วยประเมินอาการหายใจลำบากด้วยการให้คะแนนว่าอาการหายใจลำบากส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยมีทุกข์ทรมานในระดับใด ซึ่งทั้งสองวรรณกรรมเป็นการประเมินอาการหายใจลำบากในมิติของระดับของการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการหายใจลำบาก ในขณะที่การประเมินอาการหายใจลำบากในการวิจัยครั้งนี้เป็นการประเมินอาการเพียงมิติเดียวคือความรุนแรง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในภาวะสงบ ความรุนแรงของอาการหายใจลำบากอาจไม่มีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ เป็นผลให้อาการหายใจลำบากไม่สามารถร่วมทำนายการปฏิบัติหน้าที่ได้

โรคร่วมเป็นตัวแปรที่อยู่ในปัจจัยด้านกายภาพตามกรอบแนวคิดในทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Lenz et al., 1997) ในการศึกษาครั้งนี้โรคร่วมเป็นปัจจัยที่ไม่มีอำนาจการทำนายการปฏิบัติหน้าที่ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนโรคร่วมต่ำ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนโรคร่วมเท่ากับ 3.15 (SD = 1.59) ซึ่งส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนโรคร่วมอยู่ระหว่าง 1 ถึง 2 คะแนน พบร้อยละ 42.3 มากกว่าเท่ากับ 5 คะแนนพบร้อยละ 20.7 และมีกลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคร่วมนอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 76.6 ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะฉุกเฉินภายใน 1 เดือน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โรคร่วมเป็นอีกปัจจัยที่ชักนำไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการกำเริบ (Ali et al., 2014; สุรัชย์ กอบเกื้อชัยพงษ์, 2556) เมื่อผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลวกำเริบนำไปสู่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมได้ลดลงหรือมีปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากภายหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวยังมีอาการขณะพักและคงเหลืออาการในวันที่จำหน่าย

(Zaharias et al., 2014) เมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวไม่มีอาการกำเริบ ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมตอบสนองความต้องการของตนเอง โรคร่วมอาจไม่มีอิทธิพลโดยตรงกับการปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chiaranai et al. (2009) ที่ทำการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลด้านโรคร่วมที่มีผลต่อการทำหน้าที่ทางกายในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งพบว่าโรคร่วมไม่มีอำนาจทำนายการทำหน้าที่ทางกาย

ส่วนความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษาเป็นปัจจัยด้านสถานการณ์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษาเท่ากับ 28.23 (SD = 4.56) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะฉุกเฉินภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา 1 ครั้ง ร้อยละ 20.7 และมากกว่า 1 ครั้ง ร้อยละ 2.7 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการรักษาภายใน 1 เดือนด้วยภาวะฉุกเฉินเลย สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความ

สม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา จากทบทวนวรรณกรรม ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่ามีปัจจัยที่ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวกำเริบได้แก่ การขาดความสม่ำเสมอของการรับประทาน อาหารที่เหมาะสม การรับประทานยา (Diaz et al., 2011) และการดื่มน้ำ (Michalsen et al., 1998) นอกจากนี้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการฝึกการออกกำลังกาย พบว่าจำนวนครั้งของการเข้า รับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่าและมีอัตราการตายที่ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ฝึกการออกกำลังกาย และมีความสามารถในการทนต่อภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มมากขึ้น (Belardinelli et al., 1999) เมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ สามารถควบคุมภาวะหัวใจล้มเหลว ไม่ให้มีอาการกำเริบ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ชีวิตอย่างไม่มีข้อจำกัด ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตาม แผนการรักษาอาจไม่มีผลโดยตรงกับการปฏิบัติหน้าที่

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับสูง และ ยังพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพและภาวะซึมเศร้ามีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่ จึงทำให้มี ข้อเสนอแนะเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการปฏิบัติหน้าที่ได้ดีมากยิ่งขึ้นดังนี้

1. ผลการวิจัยนี้ช่วยให้พยาบาลมีความเข้าใจต่อการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจ ล้มเหลวและสามารถนำผลการวิจัยไปพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพ และคัดกรอง และจัดการภาวะซึมเศร้าที่จะช่วยให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่าง เหมาะสม
2. ผู้บริหารโรงพยาบาลควรส่งเสริมและพัฒนาสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลให้มี ความสามารถในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการปฏิบัติหน้าที่อย่างเหมาะสมและควร ส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการการรับรู้ภาวะสุขภาพและภาวะ ซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
3. คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาควรใช้ผลการวิจัยเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการ เรียนสอนเกี่ยวกับการส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และเน้นให้เห็น ความสำคัญกับการจัดการปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยทำนายมีอำนาจการทำนายได้เพียงร้อยละ 32 ดังนั้นจึงควรมี การวิจัยซ้ำในปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่ โดยเฉพาะอาการหายใจลำบากในมิติของ ระยะเวลาและความถี่ของการเกิดอาการหรือระดับของการรับรู้ความทุกข์ทรมานร่วมกับปัจจัย

อื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรม
ที่ส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *แนวทางการจัดการ โรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ*. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaidepression.com/www/news54/CPG-MDD-GP.pdf>.
- งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี. (2558, 16 มิถุนายน). สถิติผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรม.
- จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ, พัชรินทร์ ขวัญชัย และทัศนีย์ ศรีอ้อยอ่อน. (2555). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อความสามารถในการทำกิจกรรมและการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. *รวมารชิบตีพยาบาลสาร*, 18(1), 102-118.
- จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ, อรสา พันธุ์ภักดี, พรทิพย์ มาลาธรรม, แซนเดลโลสกี (Sandelowski) และศุภชัย ถนอมทรัพย์. (2552). การดูแลตนเองของคนไทยที่มีภาวะหัวใจวาย. *วารสารวิจัยทางการแพทย์พยาบาล*, 13(1), 43-54.
- จอม สุวรรณ โณ, เรวดี เพชรศิราสัมพันธ์, ปุณยวีร์ ประเสริฐไทย, อรุณศรี จันทร์ประดิษฐ์ และวงษ์รัตน์ ไสสุข. (2552). อายุกับการดูแลตนเองในภาวะหัวใจล้มเหลว: เปรียบเทียบสมรรถนะการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้ใหญ่. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 27(4), 335-346.
- จุฬาลักษณ์ บารมี. (2551). *สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS*. ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์.
- ชินจิตร กองแก้ว. (2554). พฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย: การวิพากษ์คำจำกัดความ. *วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 6(4), 299-302.
- ชุตินธร เรียนแพง. (2548). *การจัดการตนเองและความผาสุกในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ณรงค์กร ชัยวงศ์. (2557). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เด่นหล้า ปาลเดชพงศ์ และนิพนธ์ พวงวรินทร์. (2552). การออกกำลังกายในน้ำ-ทางเลือกใหม่เพื่อสุขภาพ. *เวชบันทึกศิริราช*, 2(2), 92-95.

- ชนากรณ์ แก้วยก, อภิญญา วงศ์พิริยโยธา และ วลัยพร นันท์สุภวัฒน์. (2554). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบากและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย (ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี) สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 29(2), 35-41.
- ชรณินทร์ กองสุข, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน, สุพัตรา สุขาวท, รุ่งมณี ยิ่งยืน และ สักดา ขาคม. (2553). *ความน่าเชื่อถือและความเที่ยงตรงของแบบประเมินอาการโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถามเมื่อเทียบกับแบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17)*. เข้าถึงได้จาก <http://www.prasri.go.th/upic/ie.php/8f07c7c35d3b5b92.pdf>.
- ชรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณไพศาล, ณรงค์ มณีทอน, เบญจลักษณ์ มณีทอน, กมลเนตร วรรณเสวก, เกษราภรณ์ เคนบุปผา และคณะ. (2550). การพัฒนาและความเที่ยงตรงของแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม ภาษาอีสาน. เข้าถึงได้จาก <http://www.prasri.go.th/upic/ie.php/da17d401d49083e6.pdf>.
- นนทกร คำนงค์ (2558). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นันทลักษณ์ สถาพรนานนท์. (2555). ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (Medication non adherence). *วารสารไทยไภษัชยนิพนธ์ (ฉบับการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์) มสภ*, 7, 1-18
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่4)*. กรุงเทพฯ: ยูเอนด์ไออินเตอร์มีเดีย.
- เบญญาภา พรหมพุก และวันชัย มั่งค้าย. (2556). การวิเคราะห์ห้มโนทัศน์สภาวะการทำหน้าที่. *พยาบาลสาร*, 40, 128-137.
- ประสาธ เหล่าถาวร, เกรียงไกร เสงร์ศมี, รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์, วรชาติ โมฬีฤกษ์ภูมิ, ดอนพิชิต เหล่ารักพงศ์, อรทัย พาชีร์ตัน, สมนพร บุญยะรัตเวช และปิยะมิตร ศรีธรา. (2553). Thai acute decompensated heart failure registry (Thai ADHERE). *Cardiovascular Disease Prevention and Control*, 5, 89-95.
- ปรววรรณ วิทษ์วานุกูล และชนกพร จิตปัญญา. (2552). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการออกกำลังกายต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 20(2), 17-30.

- พัทธ์ชนก วิจิธรรมศักดิ์. (2553). ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พวงผกา กรีทอง. (2550). โมเดลเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ลัดดาวัลย์ ฤทธิกล้า, ชดช้อย วัฒนะ และพีระพงศ์ กิติภาวรงค์. (2555). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง ภาวะหายใจลำบาก ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *พยาบาลสาร*, 39(1), 64-76.
- วัชร เลอমানกุล และปารณีย์ มีแต่้ม. (2548). การทดสอบคุณสมบัติของแบบสอบถาม SF-36 ภาษาไทยฉบับแปลใหม่. *Thai Journal of Pharmaceutical Sciences*, 29 (1-2), 69-88.
- วาสนา สุวรรณศรี, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, วิชชุดา เจริญกิจการ และ ฉัตรกนก ทุมวิภาต. (2556). ประสิทธิภาพการมีอาการ การจัดการกับอาการและภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 24(1), 1-16.
- วิรัช เกษมทรัพย์, พรรณทิพา ศักดิ์ทอง และกนกพร ปู่ผ้า (2550). รายงานการประเมินโครงการผ่าตัดหัวใจ 8,000 ดวงถวายเป็นพระราชกุศล 80 พรรษา พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และถวายเป็นพระราชกุศล 84 พรรษาสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอเจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. เข้าถึงได้จาก <http://www.hisro.or.th/main/modules/research/attachservices/141/Full-text.pdf>
- แววดาว รอดเสถียร, วัลภา คุณทรงเกียรติ และสุภาภรณ์ ด้วงแพง. (2556). ประสิทธิภาพอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 21(3), 48-59.
- สมฤดี ดิโนนพะเนา, วัลภา คุณทรงเกียรติ และสุภาภรณ์ ด้วงแพง. (2557). ประสิทธิภาพของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 22(2), 52-64
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ และ ชมรมหัวใจล้มเหลว. (2557). แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. เข้าถึงได้จาก http://www.thaiheart.org/images/column_1291454908/Thai_HF_Guideline_2014.pdf.

- สารนิติ บุญประสพ. (2555). อาการหายใจลำบาก: บทบาทของพยาบาล. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 6(2), 1-11.
- สิทธิลักษณ์ วงษ์วันทนี, สำอางค์ เกียรติเจริญสิน, ปรานี ความณี, ชลดา จรัสพัฒน์วงษ์ และ ทักษิณา กัมดิ. (2553). การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพในคลินิกโรคหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลระยอง. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 27(4), 222-233.
- สุพัตรา บัวทิ. (2555). การพยาบาลกับการสนับสนุนการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*. 18(1), 49-61.
- สุภาภรณ์ คิ้วแพง และจุฬาลักษณ์ บารมี. (2555). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการศึกษากลุ่มอาการ ภาวะการทำหน้าที่ และคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. สำนักบริหารโครงการวิจัยในอุดมศึกษาและพัฒนามหาวิทยาลัยวิจัยแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา.
- สุรัชย์ กอบเกื้อชัยพงษ์. (2556). การศึกษาหาปัจจัยของการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวหลังจากออกจากโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ในโรงพยาบาลสระบุรี. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 30(1), 35-46.
- สุรัชย์ คำภักดี. (2555). ความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 27(2), 107-112.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2552). ข้อมูลสถิติรายงานผู้ป่วย ปี พ.ศ. 2552-2556. เข้าถึงได้จาก <http://bps.moph.go.th./content/สรุปรายงานการป่วย>.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2555). *คู่มือคำแนะนำการบันทึกเวชระเบียนสำหรับแพทย์*. เข้าถึงได้จาก <http://ckhospital.net/download/>
- สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. (2553). *รายงานสถานการณ์ระบบบริการสาธารณสุขไตรมาส 3 [เมษายน-มิถุนายน 2553]*. เข้าถึงได้จาก <http://www.hisro.or.th/main/modules/research/attachgovernance/173/Full-text.pdf>.
- สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2556). รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2554. *รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์*, 44(10), 145-152.

- อมรรัตน์ กรเกษม, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, คณิงนิจ พงศ์ถาวรกมล และเอนก กนกศิลป์. (2557). ประสิทธิภาพการเห็น้อยต่ำ กลวิธีการจัดการอาการและภาวะการรบกวนที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *Journal of Nursing Science*, 32(4), 35-42.
- เอี่ยมพร โอเบอร์คอร์ดเฟอร์ (2547). *ทำอย่างไรเพื่อเพิ่มวินัยในการกินยาต้านไวรัสเอชไอวี*. เข้าถึงได้จาก http://www.rihes.cmu.ac.th/Ped_HIV/01-article/02-text_full_paper/11-adherence-aurmporn.pdf.
- Albert, N., Trochelman, K., Li, J., & Lin, S. (2010). Signs and symptoms of heart failure: Are you asking the right questions. *American Journal of Critical Care*, 19(5), 443-452.
- Ali, L., Nazeer, M., Ahmed, I., Fatima, M., & Niaz, N. (2014). Factors precipitating acute heart failure. *Annals of Pakistan Institute of Medical Sciences*. 10(1), 33-38.
- Ammar, K. A., Jacobsen, S. J., Mahoney, D. W., Kors, J. A., Redfield, M. M., Burnett, J. C. J. R., & Rodeheffer, R. J. (2007). Prevalence and prognostic significance of heart failure stages application of the American college of Cardiology/American Heart Association heart failure staging criteria in the community. *Circulation*, 115, 1563-1570.
- Asfar, T., Ahmad, B., Rastam, S., Mullohi, T. P., Ward, K., D., & Maziak, W. (2007). Self-rated health and its determinants among adults in Syria: a model from the middle east. *Bio Medical Central*, 7(177), 1-9.
- Azevedo, A., Bettencourt, P., Alevelos, M., Martin, E., Abreu-Lima, C., Hense, H. W., & Barros, H. (2008). Health-related quality of life and stages of heart failure. *International Journal of Cardiology*, 129(2), 238-244.
- Belardinelli, R., Georgiou, D., Cianci, G., & Purcaro, A. (1999). Randomized, controlled trial of long-term moderate exercise training in chronic heart failure effects on functional capacity, quality of life, and clinical outcome. *Circulation*, 99, 1173-1182.
- Blinderman, C. D., Homel, P., Billings, J. A., Portenoy, R. K., & Tennstedt, S. L. (2008). Symptom distress and quality of life in patients with advanced congestive heart failure. *Journal of Pain and Symptom Management*, 35(6), 594-603.
- Carvalho, V. O., & Guimaraes, V. G. (2010). An overall view of physical exercise prescription and training monitoring for heart failure patients. *Cardiology Journal*, 17(6), 644-649.

- Castillon, P. G., Losada, M. D. M. M., Otero, C. M., Tabuenca, A. I., Pascual, C. R., Chiva, M. O., Herrera, M. C., Carreño, C., Conthe, P., Morenting, E. M., Banegas, J. R., & Artalejo, F. R. (2006). Prevalence of depression and associated medical and psychosocial factors in elderly hospitalized patients with heart failure in Spain. *Revista Espanola de Cardiologia*, *59*(8), 770-778.
- Ceia, F., Fonseca, C., Mota, T., Morais, H., Matias, F., Costa, C., & Oliveira, A. G. (2004). Aetiology, comorbidity and drug therapy of chronic heart failure in the real world: The epica substudy. *European Journal of Heart Failure*, *6*, 801-806.
- Charlson, M. E., Pompei, P., Ales, K. L., & Mackenzie, C. R. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *Journal of Chronic Disease*, *40*(5), 373-383.
- Chiaranai, C., Salyer, J., & Best, A. (2009). Self-care and quality of life in patients with heart failure. *Thai Journal of Nursing Research*, *13*(4), 302-317.
- Chojnowski, D. (2006). Managing systolic heart failure. *Nursing*, *36*(7), 36-42.
- Cohen, M. E., & Marino, R. J. (2000). The tools of disability outcomes research functional status measures. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *81*(2), S21-S29.
- Conley, S., Feder, S., & Redeker, N. S. (2015). The relationship between pain, fatigue, depression and functional performance in stable heart failure. *Heart and Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, *44*(2), 107-112.
- Curtis, L. H., Whellan, D. J., Hammill, B., G., Hernandez, A. F., Anstrom, K. J., Shea, A. M., & Schulman, K. A. (2008). Incidence and prevalence of heart failure in elderly persons, 1994-2003. *Archives of Internal Medicine*, *168*(4), 418-424.
- Diaz, A., Ciocchini, C., Esperatti, M., Becerra, A., Mainardi, S., & Farah, A. (2011). Precipitating factors leading to decompensation of chronic heart failure in the elderly patient in South-American community hospital. *Journal of Geriatric Cardiology*, *8*, 12-14.
- Demir, M., & Unsar, S. (2011). Assessment of quality of life and activities of daily living in Turkish patients with heart failure. *International Journal of Nursing Practice*, *17*(6), 607-614.

- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., Lee, K., Miaskowski, C., Puntillo, K., Rankin, S., & Taylor, D. (2001). Nursing theory and concept development or analysis: Advancing the science of symptom management, *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.
- Dowd, J. B., & Zajacova, A. (2007). Does the predictive power of self-rated health for subsequent mortality risk vary by socioeconomic status in the US?. *International Journal of Epidemiology*, 36, 1214–1221.
- Dunlay, S. M., Manemann, S. M., Chamberlain, A. M., Cheville, A. L., Jiang, R., Weston, S. A., & Roger, V. L. (2015). Activities of daily living and outcomes in heart failure. *Circulation Heart Failure*, 8, 261-267.
- Dunlay, S.M., Weston, S. A., Jacobsen, S. J., & Roger, V. L. (2009). Risk factors for heart failure: A population-based case-control study. *The American Journal of Medicine*, 122(11), 1023–1028.
- Farkas, J., Nabb, S., Kragelj, L. Z., Cleland, J. G. F., & Lainscak, M. (2009). Self rated health and mortality in patients with chronic heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 11, 518-524.
- Fetcher, L., & Thomas, D. (2001) Congestive heart failure: Understanding the pathophysiology and management. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 13(6), 249–257.
- Fink, A. M., Sullivan, S. L., Zerwic, J. J., & Piano, M. R. (2010). Fatigue with systolic heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 24(5), 410-417.
- Fonarow, G. C., Abraham, W. T., Albert, N. M., Stough, W., G., Gheorghide, M., Greenberg, B. H., Connor, C. M. O., Nunez, E., Yancy, W., & Young, J. B. (2008). Day of admission and clinical outcomes for patients hospitalized for heart failure. *Circulation Heart Failure*, 1, 50-57.
- Forouzanfar, M. H., Moran, A., Phillips, D., Mensah, G., Ezzati, M., Naghavi, M., & Murray, C. J. L. (2013). Prevalence of heart failure by cause in 21 regions: Global burden of diseases, Injuries and risk factors - 2010 study. *Journal of the American College of Cardiology*, 61(10), E786.

- Friedman, B., Lyness, J. M., Delavan, R. L., Li, C., & Barker, W. H. (2008). Major depression and disability in older primary care patients with heart failure. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, *21*(2), 111-122.
- Fritschi, C., & Redeker, N. S. (2015). Contributions of comorbid diabetes to sleep characteristics, daytime symptoms, and physical function among patients with stable heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, *30*(5), 411-419.
- Gift, A. G., & Narsavage, G. (1998). Validity of the numeric rating scale as a measure of dyspnea. *American Journal of critical care*, *7*(3), 200-204.
- Goldberg, L. R., & Jessup, M. (2006). Stage B heart failure management of asymptomatic left ventricular systolic dysfunction. *Circulation*, *113*, 2851-2860.
- Goldstein, M., Siegel, J., & Boyer, R. (1984). Predicting health changes in perceived health status. *American Journal of Public Health*, *74*(61), 611-614.
- Gottlieb, S. S., Khatta, M., Friedmann, E., Einbinder, L., Katzen, S., Baker, B., Marshall, J., Minshall, S., Robinson, S., Fisher, M., L., Potenza, M., Sigler, B., Baldwin, C., & Thomas, S. A. (2004). The influence of age, gender, and race on the prevalence of depression in heart failure patients. *Journal of the American College of Cardiology*, *43*(9), 1542-1549.
- Gure, T. R., Kabeto, M. U., Blaum, C. S., & Langa, K. M. (2007). Degree of disability and patterns of caregiving among older americans with congestive heart failure. *Journal of General Internal Medicine*, *23*(1), 70-76.
- Haseen, F., Adhikari, R., & Soonthornhada, K. (2010). Self-assessed health among thai elderly. *BioMed Central geriatrics*, *10*(30), 1-9.
- Havranek, E. P., Spertus, J. A., Masoudi, F. A., Jones, P. G., & Rumsfeld, J. S. (2004). Predictors of the onset of depressive symptoms in patients with heart failure. *Journal of the American College of Cardiology*, *44*(12), 2333-2338.
- He, J., Ogden, L.G., Bazzano, L. A., Vupputuri, S., Loria, C., & Whelton, P. K. (2001). Risk factors for congestive heart failure in US men and women. *Archives of Internal Medicine*, *161*, 996-1002.

- Heo, S., Lennie, T. A., Moser, D. K., & Okoli, C. (2009). Heart failure patients' perceptions on nutrition and dietary Adherence. *European Journal Cardiovascular Nursing*, 8(5), 323-328.
- Hobbs, F. D., Kenkre, J. E., Roalfe, A. K., Davis, R. C., Hare, R., & Davies, M. K. (2002). Impact of heart failure and left ventricular systolic dysfunction on quality of life: A cross-sectional study comparing common chronic cardiac and medical disorders and representative adult population. *European Heart Journal*, 23, 1867-1876.
- Hussain, T., Shu, L. Y., Cheng, X., Sosorburam, T., Adji, A. S., Tajammul, S., & Sartaj, A. (2011). Depression among congestive heart failure patients: Results of a survey from central china. *Journal of Pioneering Medical Science*, 1(2), 38-42.
- Jeon, Y. H., Kraus, S. G., Jowsey, T., & Glasgow, N. J. (2010). The experience of living with chronic heart failure: A narrative review of qualitative studies. *Bio Medical Central Health Services Research*, 10(77), 1-9.
- Jette, A. M., & Cleary, P. D. (1987). Functional disability assessment. *Journal of the American Physical Therapy Association*, 67, 1854-1859.
- Jimmy, B., & Jose, J. (2011). Patient medication adherence: Measures in daily practice. *Oman Medical Journal*, 2(3), 155-159.
- Johansson, P., Brostrom, A., Dahlstrom, U., & Alehagen, U. (2008). Global perceived health and health-related quality of life in elderly primary care patients with symptoms of heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 7, 269-276.
- Kaplan, G. A., Goldberg, D. E., Everson, S. A., Cohen, R. D., Salonen, R., Tuomilehto, J., & Salonen, J. (1996). Percieved health status and morbidity and mortality: Evidence from the Kuopio ischemic heart disease risk factor study. *The International Journal of Epidemiology*, 25(2), 259-265.
- Karapolat, H., Eyigor, S., Atasever, A., Zoghi, M., Nalbantgil, S., & Durmaz, B. (2008). Effect of dyspnea and clinical variables on the quality of life and functional capacity in patients with chronic obstructive pulmonary disease and congestive heart failure. *Chinese Medical Journal* 121(7), 592-596.

- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of Illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association*, 185(2), 914-919.
- Khan, S., Khan, A., Ghaffar, R., & Awan, Z. A. (2012). Frequency of depression in patients with chronic heart failure. *Journal of Ayub Medical College*, 24(2), 26-29.
- Knight, M. M. (2000). Cognitive ability and functional status. *Journal of Advanced Nursing*, 31(6), 1459-1468.
- Konjengbam, S., Bimol, N., Singh, A. J., Singh, A. B., Devi, E. V., & Singh, Y. M. (2007). Disability in ADL among the elderly in an urban area of Manipur. *Indian Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 18(2), 41-43.
- Lam, C.S.P. (2015). Heart failure in southeast asia: facts and numbers. *European society of cardiology heart failure*, 2(2), 46-49.
- Laugsand, L. E., Strand, L. B., Platou, C., Vatten, L. J., & Janszky, J. (2014). Insomnia and the risk of incident heart failure: A population study. *European Heart Journal*, 35, 1382-1393.
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9(3), 179-186.
- Lee, K. J., & Park, H. S. (2006). A study on the perceived health status, depression, and activities of daily living for the elderly in urban areas. *Korean Journal Women Health Nursing*, 12(3), 221-230.
- Lee, C. S., Suwanno, J., & Riegel, B. (2009) The relationship between self-care and health status domains in Thai patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(4), 259-266.
- Lee, D., Mansi, I., Bhushan, S., & Parish, R. (2015). Non-adherence in at risk heart failure patients: Characteristics and outcomes. *Journal of Nature and Science*. 1(5), 1-5.
- Leidy, N. K., (1994). Functional status and the forward progress of merry-go-rounds: toward a coherent analytical framework. *Nursing Research*, 43(4), 196-202.
- Lenz, E. R., Pugh, L. C., Milligan, R. A., Gift, A., & Suppe, F. (1997). The middle-range theory of unpleasant symptom: An update. *Advance in Nursing Science*, 19(3), 14-27.

- Lighezan, D., Lighezan, R., Cozma, D., Pescariu, S., Gaita, D., Darabantiu, D., Christodorescu, R. M., Pascu, F., Branea, H. & Tomescu, M. C. (2006). Acute dyspnea: From pathophysiology, evaluation on to diagnosis. *Timisoara Medical Journal*, 56(2-3), 235-242.
- Loehr, L. R., Rosamond, W. D., Poole, C., McNeill, A. M., Chang, P. P., Folsom, A. R., & Chambless, L. E., & Heiss, G. (2009). Association of multiple anthropometrics of overweight and obesity with incident heart failure. The atherosclerosis risk in communities study. *Circulation Heart Failure*, 2, 18-24.
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The barthel index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61.
- Marcus, M., Yasamy, M. T., Ommeren, M. V., Chisholm, D., & Saxena, S. (2012). Depression: A global public health concern. WHO Department of Mental Health and Substance Abuse. เข้าถึงได้จาก http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf.
- Melle, J. P., V., Bot, M., Jonge, P. D., Boer, R. A. D., Veldhuisen, D. J. V., & Whooley, M. A. (2010). Diabetes, glycemic control, and new-onset heart failure in patients with stable coronary artery disease. *Diabetes Care*, 33, 2084–2089.
- Metra, M., Cas, L. D., & Bristow, M. R. (2008). The pathophysiology of acute heart failure: It is a lot about fluid accumulation. *American Heart Journal*, 155, 1-5.
- Michalsen, A., Konig, G., & Thimme, W. (1998). Preventable causative factors leading to hospital admission with decompensated heart failure. *Heart*, 80(5), 437–441.
- Moser, D. K., Doering L. V., & Chung, M. L., (2005). Vulnerabilities of patients recovering from an exacerbation of chronic heart failure. *American Heart Journal*, 150(5), 984e7-984e13.
- Nieuwenhuis, M. M. W., Jaarsma, T., Veldhuisen, D. J. V., & Wal, M. H. L. V. D. (2012) Self-reported versus ‘true’ adherence in heart failure patients: a study using the Medication Event Monitoring System. *Netherlands Heart Journal*, 20, 313–319.
- Oliveira, T. C. T. D., Correia, D. M. D. S., & Cavalcanti, A. C. D. (2013) The impact of the heart failure on daily: Patient perception of follow-up ambulatory. *Journal of Nursing UFPE on line*, 2(6), 4497-4504.

- Parish, T. R., Kosma, M., & Welsch, M. A. (2013). Stage of readiness for planned activity reveals heart failure patients at higher risk. *Open Journal of Preventive Medicine*, 3(1), 118-127.
- Pender, N. J. (1996). *Health Promotion in nursing practice*, (3rd ed.). Stamford, CT: Appleton & Lange.
- Peterson, S. J., & Bredow, T. S. (2009). *Middle range theories: Application to nursing research*. (2nd ed.), Philadelphia, PA.: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pischke, C. R., Weidner, G., Eller, M. E., & Ornish, D. (2007). Lifestyle changes and clinical profile in coronary heart disease patients with an ejection fraction of $\leq 40\%$ or $\geq 40\%$ in the multicenter lifestyle demonstration project. *European Journal of Heart Failure*, 9(9), 928–934.
- Polikandrioti, M., Christou, A., Morou, Z., Kotronoulas, G., Evagelou, H., & Kyritsi, H. (2010). Evaluation of depression in patients with heart failure. *Health Science Journal*, 4(1), 37-47.
- Pressler, S. J., Pizlo, I. G., Chubinski, S. D., Smith, G., Wheeler, S., Wu, G., & Sloan, R. (2009). Family caregiver outcome in heart failure. *American Journal of Critical Care*, 18(2), 149-159.
- Reuben, D. B., & Solomon, D. H. (1989). Assessment in geriatrics. Of caveats and names. *Journal of the American Geriatrics Society*, 37(6), 570-572.
- Reuben, D. B., Wieland, D. L., & Rubenstein, L. Z. (1993). Functional status assessment of older persons: concepts and implications. *Facts and Research in Gerontology*, 7, 231–240.
- Redfield, M. M., Jacobsen, S. J., Burnett, J. C., Mahoney, D. W., Bailey, K. R., & Rodeheffer, R. J. (2003). Burden of systolic and diastolic ventricular dysfunction in the Community: appreciating the scope of the heart failure epidemic. *The Journal of the American Medical Association*, 289(2), 194-202.
- Riegel, B., Lee, C. S., Dickson, V. V., & Carlson, B. (2009). An update on the self-care of heart failure index. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 24(6), 485–497.
- Rona, R. J., Hooper, R., French, C., Jones, M., & Wessely, S. (2006). The meaning of self-perception of health in the UK armed forces. *British Journal of Health Psychology*, 11, 703-715.

- Rumsfeld, J. S., Havranek, E., Masoudi, F. A., Peterson, E. D., Jones, P., Tooley, J. F., Krumholz, H. M., & Spertus, J. A. (2003). Depressive symptoms are the strongest predictors of short-term declines in health status in patients with heart failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 41(10), 1811-1817.
- Ruo, B., Rumsfeld, J. S., Hlatky, M. A., Liu, H., Browner, W. S., & Whooley, M. A. (2003). Depressive symptoms and health-related quality of life: The heart and soul study. *Journal of the American Medical Association*, 290(2), 215-221.
- Sawafta, F. J. S., & Chen, X. (2013). Quality of life of Chinese heart failure patients and their family caregivers. *International Journal of Applied Science and Technology*, 3(2), 77-88.
- Seo, Y., Roberts, B. L., Laframboise, L., Yates, B. C., & Yurkovich, J. M. (2011). Predictors of modifications in instrumental activities of daily living in persons with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 26(2), 89-98.
- Silver, M. A. (2010). Depression and heart failure: An overview of what we know and don't know. *Cleveland and Clinic Journal of Medicine*, 77, s7-s11.
- Song, E. K., Moser, D. K., & Lennie, T. A. (2009). Relationship of depressive symptoms to functional status in women with heart failure. *American Journal of Critical Care*, 18(4), 348-353.
- Stewart, S., & Horowitz, J. (2002). Home-based intervention in congestive heart failure long-term implications on readmission and survival. *Journal of the American Heart Association*, 105, 2861-2866.
- Thomas, J. R., & Gunten, C. F. V. (2003). Management of Dyspnea. *The Journal of Support Oncology*, 1(1), 23-34.
- Thomas, S. A., Chapa, D. W., Friedmann, E., Durden, C., Ross, A., Lee, M. C. Y., & Lee, H. J. (2008). Depression in patients with heart failure: Prevalence, pathophysiological mechanisms, and treatment. *Critical Care Nurse*, 28(2), 40-55.
- Tol, B. A. F. B., Huijsmans, R. J., Kroon, D. W., Schothorst, M., & Kwakkel, G. (2006). Effects of exercise training on cardiac performance, exercise capacity and quality of life in patients with heart failure: A meta-analysis. *European Journal of Heart Failure*, 8, 841-850.

- Tsay, S. L., & Chao, Y. F. C. (2002). Effects of perceived self-efficacy and functional status on depression in patients with chronic heart failure. *Journal of Nursing Research, 10*(4), 271-277.
- Vaccarino, V., Kasl, S. V., Abramson, J., & Krumholz, H. M. (2001). Depressive symptoms and risk of functional decline and death in patients with heart failure. *Journal of the American College of Cardiology, 38*(1), 199–205.
- Varughese, S. (2007). Management of acute decompensated heart Failure. *Critical Care Nursing Quarterly, 30*(2), 94–103.
- Wal, M. H. L.V. D., Jaarsma, T., & Veldhuisen, D. J. V. (2005). Non-compliance in patients with heart failure; how can we manage it?. *The European Journal of Heart Failure, 7*, 5-17.
- Wal, M. H. L. V. D., Jaarsma, T., Moser, D. K., Veeger, N. J. G. M., Gilst, W. H. V., & Veldhuisen, D. J. V. (2006). Compliance in heart failure patients: The importance of knowledge and beliefs. *European Heart Journal, 27*, 434–440.
- Wal, M. H. L. V. D., Veldhuisen, D. J. V., Veeger, N. J.G.M., Rutten, F. H., & Jaarsma, T. (2010). Compliance with non-pharmacological recommendations and outcome in heart failure patients. *European Heart Journal, 31*, 1486–1493.
- Wang, T. J. (2004). Concept analysis of functional status. *International Journal of Nursing Studies, 41*, 457-462.
- Ware, J. E. Jr., Kosinski, M., Turner-Bowker, D., Sundaram, M., Gandek, B., & Maruish, M. E. (2009). SF-12v2 health survey: Administration guide for clinical trial investigators. Lincoln, RI. Quality Metric Incorporated.
- Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *The Journal of the American Medical Association, 273*, 59–65.
- World Health Organization. (2003). Adherence to long term therapies: Evidence for action. Retrieved from <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>.
- World Health Organization. (2001). International classification of functioning, disability, and health. World Health Organization, Geneva.

- Xiong, G. L., Fiuzat, M., Kuchibhatla, M., Krishnan, R., Connor, C. M. O., & Jiang, W. (2012). Health status and depression remission in patients with chronic heart failure: Patient-reported outcomes from the SADHART-CHF trial. *Circulation Heart Failure*, 5, 688-692.
- Yeh, G. Y., Wood, M. Y., Lorell, B. H., Stevenson, L. W., Eisenberg, D. M., Wayne, P. M., Goldberger, A. L., Davis, R. B., & Phillips, R. S. (2004). Effects of Tai Chi Mind-Body movement therapy on functional status and exercise capacity in patients with chronic heart Failure: A randomized controlled trial. *The American Journal of Medicine*, 117, 541-548.
- Yancy, C., Jessup, M., Bozkurt, B., Butler, J., Casey, D. E. J. R., Drazner, M. H., Fonarow, G. C., Geraci, S. A., Horwich, T., Januzzi, J. L., Johnson, M. R., Kasper, E. K., Levy, W. C., Masoudi, F. A., McBride, P. E., McMurray, J. J. V., Mitchell, J. E., Peterson, P. N., Riegel, B., Sam, F., Stevenson, L. W., Tang, W. H. W., Tsai, E. J., & Wilkoff, B. L. (2013). ACCF/AHA guideline for the management of heart failure A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association task force on practice guidelines. *Circulation*, 128, e240-e327.
- Yang, H., Negishi, K., Otahal, P., & Marwick, T. H. (2015). Clinical prediction of incident heart failure risk: A systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 2, 1-12.
- Zaharias, E., Cataldo, J., Mackin, L., & Esquivel, J. H. (2014). Simple measures of function and symptoms in hospitalized heart failure patients predict short-term cardiac event-free survival. *Nursing Research and Practice*, 2014, 1-11.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นายแพทย์ปิยะ ฝ่องเกลี้ยง แพทย์ผู้เชี่ยวชาญอายุรกรรม โรคหัวใจ
เชี่ยวชาญด้านสรีรวิทยากระแสไฟฟ้าหัวใจศูนย์หัวใจ
โรงพยาบาลกรุงเทพพญา จังหวัดชลบุรี
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศูววรรณะปกรณ อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ดร.วารินทร์ บินโฮเซ็น อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยรังสิต
4. คุณอรวิกาญจน์ ชัยมงคล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์
และศัลยศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
5. คุณณัฐนิชา โพธิพันธ์ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์
และศัลยศาสตร์ งานผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาล
สมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17จังหวัดสุพรรณบุรี

ภาคผนวก ข

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน และร้อยละ ของข้อมูลระยะเวลาที่ได้รับ การวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว (n = 111)

ระยะเวลาได้รับการวินิจฉัย ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว	Range	\bar{X}	SD	จำนวน	ร้อยละ
โดยรวม	2-273	35.43	42.61	111	100
น้อยกว่าเท่ากับ 12 เดือน	2-12	6.29	3.42	38	34.2
มากกว่า 12 เดือน-24 เดือน	13-24	13.38	3.49	21	18.9
มากกว่า 24 เดือน-36 เดือน	25-36	31.42	4.08	12	10.8
มากกว่า 36 เดือน-48 เดือน	38-48	43.5	3.82	14	12.6
มากกว่า 48 เดือน ขึ้นไป	50-273	90.12	56.80	26	23.4

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ การปฏิบัติหน้าที่ จำแนกตามระดับการปฏิบัติหน้าที่ ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 111)

การปฏิบัติหน้าที่โดยรวม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	0	0
ระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ	8	7.2
ระดับปานกลาง	0	0
ระดับปานกลางค่อนข้างสูง	7	6.3
ระดับสูง	96	86.5

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน ร้อยละ การปฏิบัติหน้าที่ตามรายด้าน จำแนกตามระดับของการปฏิบัติหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 111)

การปฏิบัติหน้าที่	การปฏิบัติกิจกรรม		การปฏิบัติหน้าที่ตาม		การมีปฏิสัมพันธ์กับ	
	พื้นฐานประจำวัน		บทบาทของตนเอง		สังคม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	1	0.9	7	6.3	1	0.9
ระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ	1	0.9	9	8.1	19	17.1
ระดับปานกลาง	2	1.8	4	3.6	7	6.3
ระดับปานกลางค่อนข้างสูง	9	8.1	22	19.8	14	12.6
ระดับสูง	98	88.3	69	62.2	70	63.1

ตารางที่ 4 แสดงจำนวน ร้อยละ ของอาการหายใจลำบาก แยกตามรายคะแนน (n = 111)

คะแนนอาการหายใจลำบาก	จำนวน	ร้อยละ
$(\bar{X} = 2.67, SD = 2.82)$		
ไม่มีอาการหายใจลำบาก	31	27.9
1	23	20.7
2	11	10
3	9	8.1
4	8	7.2
5	15	13.5
6	2	1.8
7	4	3.6
8	0	0
9	3	2.7
10	5	4.5

ภาคผนวก ค

เอกสารพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย

(.....)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้
ข้าพเจ้าฟังจนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบ
ยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย/ ผู้ช่วยวิจัย

(.....)

ในกรณีที่ผู้ถูกทดลองยังไม่บรรลุนิติภาวะ จะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองหรือ
ผู้แทนโดยชอบธรรม (เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง.....)

ลงนาม.....ผู้ปกครอง/

ผู้แทนโดยชอบธรรม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย/ ผู้ช่วยวิจัย

(.....)

ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่

--	--	--

เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

คำชี้แจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 7 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ชุดที่ 2 แบบประเมินอาการหายใจลำบาก

ชุดที่ 3 แบบประเมินโรคร่วม

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ชุดที่ 5 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า

ชุดที่ 6 แบบสอบถามความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา

ชุดที่ 7 แบบสอบถามการปฏิบัติหน้าที่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย / ลงในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการเพียงตัวเลือกเดียว หรือกรอกข้อความในช่องว่างให้ตรงตามความเป็นจริง

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุ..... ปี น้ำหนักตัว.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร
3. สถานภาพสมรส 1. โสด 2. คู่ 3. หม้าย/ หย่า/ แยก
4. ระดับการศึกษา..... ศาสนา.....
5. อาชีพ 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ 4. รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ
 2. รับจ้าง 5. เกษตรกร
 3. ค้าขาย 6. อื่น ๆ
6. สิทธิรักษาพยาบาล
 1. จ่ายเอง 4. ประกันสังคม
 2. เบิกได้ 5. สังคมสงเคราะห์
 3. บัตรทอง 6. อื่น ๆ
7. บทบาทในครอบครัว
 1. บิดา/ มารดา 2.สามี/ ภรรยา
 3. บุตรหลาน 4. ปู่ย่า/ ตายาย
 5. อื่น ๆ
8. ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมานาน.....ปี
9. จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะฉุกเฉินภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา
 ไม่เคย 1 ครั้ง มากกว่า 1 ครั้ง ระบุจำนวน.....ครั้ง
12. การรักษาด้วยยาจำนวนทั้งหมด.....ชนิด
13. การรักษาด้วยเครื่องมือพิเศษ
 1. ไม่มี 2. เครื่องกระตุ้นหัวใจ 3. อื่น ๆ

ชุดที่ 2 แบบประเมินอาการหายใจลำบาก

คำชี้แจง โปรดเลือกตอบตัวเลขตามรูปด้านล่างที่ตรงกับภาวะสุขภาพของท่านมากที่สุด แล้วตอบคำถามเป็นตัวเลขลงในช่องว่างภายใน 1 เดือนผ่านมามีอาการหายใจเหนื่อย หรือหายใจไม่อิ่ม หรือหายใจไม่สะดวกอยู่ที่.....คะแนน

10	หายใจลำบากมาก
9	
8	
7	
6	
5	
4	
3	
2	
1	
0	ไม่มีอาการหายใจลำบาก

ชุดที่ 3 แบบประเมินโรคร่วม

ผู้ป่วยมีประวัติได้รับการวินิจฉัยหรือกำลังรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่

CCI	ใช่	ไม่ใช่	คะแนน
ให้ 0 คะแนนถ้าไม่มีโรคร่วม			
ให้ 1 คะแนนถ้าผู้ป่วยมีโรคต่อไปนี้ CCI-1 โรคโรคหัวใจชนิดอื่น ๆ CCI-2 โรคหลอดเลือดส่วนปลาย CCI-9 โรคเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน			
ให้ 2 คะแนนถ้าผู้ป่วยมีโรคต่อไปนี้ CCI-10 โรคอัมพาตครึ่งซีก CCI-11 โรคไต			
ให้ 3 คะแนนถ้าผู้ป่วยมีโรคต่อไปนี้			
ให้ 6 คะแนนถ้าผู้ป่วยมีโรคต่อไปนี้ CCI-17 โรคมะเร็งชนิดก้อนในระยะกระจายตัว			
คะแนนรวมCCI			

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ

แบบสอบถามนี้ถามความคิดเห็นของคุณเกี่ยวกับสุขภาพของคุณ ข้อมูลนี้จะช่วยในการบันทึกว่าคุณรู้สึกอย่างไร และคุณสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ตามปกติของคุณได้ดีแค่ไหน *ขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามนี้*

ในแต่ละคำถามต่อไปนี้ โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่องเพียงช่องเดียวที่ตรงกับคำตอบของคุณมากที่สุด

1. โดยทั่วไป คุณจะบอกว่าสุขภาพของคุณ:

ดีที่สุด	ดีมาก	ดี	พอใช้	แย่
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. คำถามต่อไปนี้เป็นการเกี่ยวกับ กิจกรรมที่คุณอาจจะทำในช่วงวันหยุดทุกๆ ไป สุขภาพของคุณในตอนนี ทำให้คุณถูกจำกัดในการทำกิจกรรมเหล่านี้หรือไม่ ถ้าใช่ ถูกจำกัดมากน้อยแค่ไหน

	ใช่ ถูกจำกัดมาก	ใช่ ถูกจำกัดเล็กน้อย	ไม่ใช่ ไม่ถูกจำกัดเลย
ก. กิจกรรมที่ใช้แรงปานกลาง เช่น การย้ายโต๊ะ การกวาดพื้น การทำสวน การปั่นจักรยาน หรือการว่ายน้ำ.....	▼	▼	▼
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
ข. การเดินขึ้นบันไดขั้นตึก 2-3 ชั้น.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

3. ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหน ที่คุณมีปัญหาต่างๆ ต่อไปนี้ ในการทำงาน หรือทำกิจกรรมประจำวันอื่นๆ อันเนื่องมาจากสุขภาพทางกายของคุณ

ตลอดเวลา	เป็นส่วนใหญ่	เป็นบางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคยเลย
▼	▼	▼	▼	▼

- ก. ทำงานหรือกิจกรรมประจำวันอื่นๆ
สำเร็จได้น้อยกว่าที่คุณต้องการ 1 2 3 4 5
- ข. ถูกจำกัดขอบเขตของงานหรือกิจกรรมที่คุณ
สามารถทำได้ 1 2 3 4 5

4. ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหน ที่คุณมีปัญหาต่างๆ ต่อไปนี้ ในการทำงาน หรือทำกิจกรรมประจำวันอื่นๆ ของคุณ อันเนื่องมาจากปัญหาด้านอารมณ์ (เช่น รู้สึกซึมเศร้า หรือ วิตกกังวล)

ตลอดเวลา	เป็นส่วนใหญ่	เป็นบางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคยเลย
▼	▼	▼	▼	▼

- ก. ทำงานหรือกิจกรรมประจำวันอื่นๆ
สำเร็จได้น้อยกว่าที่คุณต้องการ 1 2 3 4 5
- ข. ทำงานหรือกิจกรรมอื่นๆ ด้วยความ
ระมัดระวังน้อยกว่าปกติ 1 2 3 4 5

5. ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ความเจ็บปวด มีผลรบกวนการทำงานตามปกติของคุณ (ทั้งงานนอกบ้านและงานในบ้าน) มากี่บ่อยแค่ไหน

ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

6. คำถามต่อไปนี้จะถามเกี่ยวกับว่าคุณรู้สึกอย่างไร และคุณเป็นอย่างไร ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา แต่ละคำถามต่อไปนี้เป็นตัวเลือกเพียงคำตอบเดียว ที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของคุณมากที่สุด ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหน ที่...

	ตลอดเวลา	เป็นส่วนใหญ่	เป็นบางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคยเลย
๑. คุณรู้สึกใจเย็นและสงบ.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
๒. คุณรู้สึกเต็มใจไปช่วยพล้ง.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
๓. คุณรู้สึกหือแท้และซิมเศร้า.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหน ที่สุขภาพทางกายหรือปัญหาด้านอารมณ์ของคุณ มีผลกระทบต่องิจกรรมทางสังคมของคุณ (เช่น การไปเยี่ยมเพื่อน หรือ ญาติมิตร เป็นต้น)

ตลอดเวลา	เป็นส่วนใหญ่	เป็นบางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคยเลย
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

ขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบคำถาม

ชุดที่ 5 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง โปรดเลือกตัวเลขที่แสดงถึงภาวะทางสุขภาพของท่านที่ตรงตามความรู้สึกนึกคิดของท่านมากที่สุด โดยวงกลมรอบตัวเลขในข้อคำตอบแต่ละข้อ คำตอบของท่านไม่มีผิดหรือถูก และเป็นความลับ ไม่มีผลต่อการได้รับการรักษาพยาบาลของท่านแต่อย่างใด

ลำดับ คำถาม	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน 1-7 วัน	เป็นบ่อย > 7 วัน	เป็นทุกวัน
1	เบื่อ ไม่อยากทำอะไร	0	1	2	3
2	ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3	.....			
4	เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5	เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป	0	1	2	3
6	.....			
7	.....			
8	พุดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่น สังเกตเห็นได้หรือกระสับกระส่ายไม่ สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9	.....	0	1	2	3

ชุดที่ 6 แบบสอบถามความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา

คำชี้แจง โปรดเลือกตัวเลือกที่แสดงถึงการปฏิบัติของท่านที่ตรงตามกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยใส่เครื่องหมาย ✕ ในหน้าข้อความคำตอบแต่ละข้อ คำตอบของท่านไม่มีผิดหรือถูก และเป็นความลับ ไม่มีผลต่อการได้รับการรักษาพยาบาลของท่านแต่อย่างใด

1. ท่านมาตรวจตามนัด

.....

.....

.....

.....

2. ท่านรับประทานยาถูกต้อง ครบถ้วน ตรงตามตามเวลาและขนาดยา

.....ไม่เลยหรือน้อยมาก (1)

.....บางครั้ง (2)

.....บ่อย ๆ (3)

.....เสมอ/ เป็นประจำ (4)

3.

.....

.....

.....

.....

4. ท่านรับประทานอาหารที่มีรสจืด

.....ไม่เลยหรือน้อยมาก (1)

.....บางครั้ง (2)

.....บ่อย ๆ (3)

.....เสมอ/ เป็นประจำ (4)

5. เมื่อรับประทานอาหารท่านงดการเคี้ยว ซีอิ้ว น้ำปลา เกลือ ผงชูรส เป็นต้น

.....ไม่เลย (1)

.....ค่อนข้างจะใช่ (2)

.....ใช่ (3)

.....ใช่มากที่สุด (4)

6.

.....

.....

.....

.....

7. ท่านชั่งน้ำหนักตัวด้วยเครื่องชั่งเดิมในตอนเช้าภายหลังจากขับถ่ายแล้วและก่อนรับประทานอาหาร ทุกวัน หรือ อย่างน้อย 2 ครั้งต่อสัปดาห์

.....ไม่เลย (1)

.....บางครั้ง (2)

.....บ่อย ๆ (3)

.....เสมอ/ เป็นประจำ (4)

8.

.....

.....

.....

.....

9. ท่านลดและควบคุมไม่ให้น้ำหนักเพิ่มขึ้น โดยไม่ให้เกิน 1 กิโลกรัมภายใน 1-2 วัน หรือ ไม่ให้เกิน 2 กิโลกรัมภายใน 3 วัน

.....ไม่เลย (1)

.....บางครั้ง (2)

.....บ่อย ๆ (3)

.....เสมอ/ เป็นประจำ (4)

10.

.....

.....

.....

.....

ชุดที่ 7 แบบสอบถามการปฏิบัติหน้าที่

คำชี้แจง แบบประเมินชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของท่าน เกี่ยวกับการดูแลร่างกาย การดูแลรักษาบ้าน การออกกำลังกาย การพักผ่อนและนันทนาการ กิจกรรมทางด้านจิตวิญญาณ และกิจกรรมทางสังคมซึ่งเกิดจากการเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ขอให้ท่านพิจารณากิจกรรมในแต่ละข้อว่าท่านปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวได้มากน้อยเพียงไร จากนั้นใส่เครื่องหมายลง ✓ ในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดเพียงข้อเดียวและกรุณาตอบคำถามทุกข้อ โดยคำตอบที่ให้ความหมายดังนี้

- 1 หมายถึง คุณทำกิจกรรมนั้น ไม่ได้เลยเนื่องจากสุขภาพของคุณไม่อำนวย
- 2 หมายถึง คุณทำกิจกรรมนั้นด้วยความลำบากมาก
- 3 หมายถึง คุณทำกิจกรรมนั้นด้วยความลำบากเล็กน้อย
- 4 หมายถึง คุณทำกิจกรรมนั้นได้อย่างง่ายดาย ไม่ลำบาก

หากท่านไม่ทำกิจกรรมนั้น ๆ เนื่องจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่ปัญหาสุขภาพ โปรดระบุสาเหตุดังกล่าวในช่องว่าง เช่น ไม่ชอบทำกิจกรรมนั้น ไม่เคยทำกิจกรรมนั้นหรือมีผู้อื่นทำกิจกรรมนั้นแทน เป็นต้น

ลำดับ ข้อ	รายการประเมิน	ทำกิจกรรมได้...			ทำไม่ได้ เนื่องจาก ปัญหา สุขภาพ (1)	ไม่ทำ เนื่องจาก สาเหตุอื่น ๆ (โปรดระบุ)
		ไม่ ลำบาก (4)	ลำบาก เล็กน้อย (3)	ลำบาก มาก (2)		
1.	การปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐาน ประจำวัน: การแต่งตัวและถอดเสื้อผ้า					.....
2.	การอาบน้ำ					
3.	การสระผม					
4.	.....				
5.	.....				
6.	.....				

ลำดับ ข้อ	รายการประเมิน	ทำกิจกรรมได้...			ทำไม่ได้ เนื่องจาก ปัญหา สุขภาพ (1)	ไม่ทำ เนื่องจาก สาเหตุอื่น ๆ (โปรดระบุ)
		ไม่ ลำบาก (4)	ลำบาก เล็กน้อย (3)	ลำบาก มาก (2)		
7.	..... .....				
8.	การปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของ ตนเอง: การเตรียมและทำอาหาร					
9.	..... .....				
10.	การถือเครื่องอุปโภคบริโภค เช่น ของใช้					
11.	การดูแลฝุ่นหรือกวาดบ้าน					
12.	การล้างห้องน้ำ หรือเช็ดพื้น หรือดู บ้าน					
13.	..... .....				
14.	การซักเสื้อผ้า หรือ รีดเสื้อผ้า					
15.	..... .....				
16.	การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม : กิจกรรมในสถานที่อื่นนอกบ้าน เช่น เดินเล่นในห้างสรรพสินค้า ชม พิพิธภัณฑ์ ดูหนัง ดูลิเก ดูคอนเสิร์ต เป็นต้น					

ลำดับ ข้อ	รายการประเมิน	ทำกิจกรรมได้...			ทำไม่ได้ เนื่องจาก ปัญหา สุขภาพ (1)	ไม่ทำ เนื่องจาก สาเหตุอื่น ๆ (โปรดระบุ)
		ไม่ ลำบาก (4)	ลำบาก เล็กน้อย (3)	ลำบาก มาก (2)		
17.	รับประทานอาหารเย็น					
18.	รับประทานอาหารเย็น หรือ ทำ กิจกรรมอื่น ๆ ร่วมกับสมาชิกใน ครอบครัว/ ผู้อื่น/ เพื่อนในสถานที่ อื่นที่ไม่ใช่บ้านของท่าน					
19.	..... .....				
20.	ช่วยเหลือครอบครัว/ เพื่อน ในการดูแลลูกหลาน					
21.	เดินทางเพื่อไปเยี่ยมญาติหรือเพื่อน					
22.	เข้าร่วมกิจกรรม.....					
23.	..... .....				
24.	พบปะเพื่อนฝูงหรือพระหรือญาติ ธรรมที่มาเยี่ยม					

ภาคผนวก จ

แบบรายงานผลการพิจารณาโครงการวิจัยและจริยธรรมวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

Factors Influencing Functional Performance among Heart Failure Patients

ชื่อนิติ นางสุมาลี สามัคคานนทการ

รหัสประจำตัวนิสิต 52920250

หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 06 - 02 - 2559

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 111 ราย
สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ คลินิกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกเฉพาะทางโรคหัวใจ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

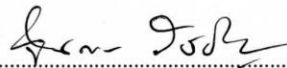
(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 7 มีนาคม พ.ศ. 2560

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 7 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2559

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดจันทบุรี
 โรงพยาบาลพระปกเกล้า อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี
 เอกสารรับรองเลขที่ CTIREC 015
 ชื่อโครงการวิจัยเรื่อง

วันที่ 12 เม.ย. 2559

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
 Factors Influencing Functional Performance among Heart Failure Patients

เลขที่โครงการ CTIREC 030/59
 ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสุมาลี สามัคคานนทการ
 หน่วยงานที่สังกัด มหาวิทยาลัยบูรพา
 วิธีการทบทวน การพิจารณาโครงการวิจัยแบบเร่งด่วน
 รายงานความคืบหน้า เมื่อดำเนินการเสร็จสิ้นแต่ไม่เกิน 1 ปี
 เอกสารที่ได้การรับรอง

1. โครงร่างงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
2. แบบเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร (Participant information sheet)
3. แบบเอกสารแสดงความยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว (Informed consent form)
4. แบบสอบถามเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดจันทบุรีขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบ สอดคล้องกับแนวทางที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

ลงนาม
 (ดร.พรทิพย์ สุขอดิษฐ์)

เลขานุการคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดจันทบุรี

ลงนาม
 (นายแพทย์ทอง ประสานพานิช)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดจันทบุรี

วันที่รับรอง 12 เม.ย. 2559

วันที่เอกสารรับรองหมดอายุ 30 ส.ย. 2559

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติตามดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และหรือแบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมเท่านั้น และส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวที่ใช้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจริงรายงานมาที่สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใดๆ ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ภายในเวลาที่กำหนด
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อน อย่างน้อย 1 เดือน
6. หากการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ผู้วิจัยต้องแจ้งปิดโครงการตามแบบฟอร์มที่กำหนด

ภาคผนวก จ

แบบรายงานขออนุญาตใช้เครื่องมือ



00463
10 พ.ย. 2556
๒๕๖๓

บันทึกข้อความ

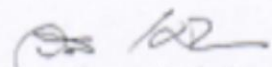
กษ.๓๖๖
- ๓๓๓๓๓๓๓๓

ส่วนงาน งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. ๒๕๖๖
ที่ ศร ๒๖๐๙.๐๘/๐๒๑ วันที่ ๕ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๖
เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน คณะศึกษาศาสตร์

ด้วย นางสมลีย์ สามัคคนพการ รหัสประจำตัว ๕๒๙๐๒๕๕๐ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเข้าโครงการวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ ศิวะแพ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาต ใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบประเมินการปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง" ของ ร้อยโทหญิงพัทธ์ชนก วีธีธรรมศักดิ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ. ๒๕๕๖ โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ ศิวะแพ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ เพื่อนำมาใช้ในการเก็บข้อมูลการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง


(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ์ ฉายาวิเศษ)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา

เรียน คณะดี

ด้วย นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มีความประสงค์ขออนุญาต ใช้เครื่องมือวิจัย คือแบบประเมินการปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ ของ ร้อยโทหญิงพัทธ์ชนก วีธีธรรมศักดิ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ. ๒๕๕๖

- ๑. โปรดทราบและพิจารณาอนุมัติ
- ๒. ส่งมอบสำเนาแจ้งทราบบัณฑิตทราบ ดร.ดร.สุภาภรณ์

ด้วยนาง และนางอรุณศรีสุภา สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
เพื่อทราบ (๕) วันที่ ๐๘๑-๕๐๕๖๕๕๕

๒๖/๐๒/๒๕๕๖
๒๖/๐๒/๒๕๕๖

๒๖

๑๐ ก.พ. ๕๖



**NON-COMMERCIAL LICENSE AGREEMENT
Office of Grants and Scholarly Research (OGSR)**

License Number: QM033972

Licensee Name: Sumalee Samakkanonthakam, c/o Burapha University

Licensee Address: Philomont 20131 TH

Approved Purpose: Factors Influencing Functional Performance among Heart Failure Patients.

Study Type: Non-commercial academic research and/or thesis – Unfunded Student

Data Collection Method: Paper

Therapeutic Area: Wellness & Lifestyle

Royalty Fee: None, because this License is granted in support of the non-commercial Approved Purpose

A. Effective Date: This Non-Commercial License Agreement (the "Agreement") from the Office of Scholarly Grants and Research (OGSR) is made by and between OptumInsight Life Sciences, Inc. (f/k/a QualityMetric Incorporated) ("Optum"), 24 Albion Road, Building 400, Lincoln, RI 02865 and Licensee. This Agreement is entered into as of the date of last signature below and is effective for the Study Term set forth on Appendix B.

B. Appendices: Capitalized terms used in this Agreement shall have the meanings assigned to them in Appendix A and Appendix B. The appendices attached hereto are incorporated into and made a part of this Agreement for all purposes.

C. Grant of License: Subject to the terms of this Agreement, Optum grants to Licensee a non-exclusive, non-transferable, non-sublicensable worldwide license to use, solely for the Approved Purpose and during the Study Term, the Licensed Surveys, Software, SMS Scoring Solution, and all intellectual property rights related thereto ("Survey Materials"), in the authorized Data Collection Method, Modes of Administration, and Approved Languages indicated on Appendix B; and to administer the Licensed Surveys only up to the total number of Administrations (and to make up to such number of exact reproductions of the Licensed Surveys necessary to support such Administrations) in any combination of the specific Licensed Surveys and Approved Languages, Data Collection Method, and Modes of Administration.

EXECUTED by the duly authorized representatives as set forth below.

OptumInsight Life Sciences, Inc.

Sumalee Samakkanonthakam

Signature: 

Signature: Sumalee S.

Name: Gus Gardner

Name: Sumalee Samakkanonthakam

Title: President and COO

Title: MRS

Date: 15 March 2016

Date: 16 March 2016