

อิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ
การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว



วนิดา ห้าจักร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2555

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

อิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ
การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

นางสาวนิตา หาจักร
ผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ,
พย.ด.
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

นายฉัตรกนก ทุมวิภาต,
พ.บ.
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์,
Ph.D. (Nursing)
ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคปกติ)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

อิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ
การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ได้รับการพิจารณาให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

วันที่ 14 มีนาคม พ.ศ. 2555



นางสาวนิดา หาจักร

ผู้วิจัย



รองศาสตราจารย์คณิง พงศ์ถาวรกุล,

Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



นายฉัตรกนก ทุมวิภาต,

พ.บ.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์นรลักษณ์ เอื้อกิจ,

ปร.ด. (การพยาบาล)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โทปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ,

พย.ด.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์วันเพ็ญ ภิญญภาสกุล,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์พงศ์คำ ตีลกสกุลชัย,

Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ที่ได้กรุณาให้ คำปรึกษาชี้แนะแนวทางต่างๆ อันเป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล และนายแพทย์จักรกนก ทุมวิภาศ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมที่ได้ กรุณาให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำชี้แนะข้อบกพร่องและให้ข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ในการทำ วิทยานิพนธ์รวมทั้งมอบกำลังใจและความห่วงใยเสมอมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. คณินิจ พงศ์ถาวรกุล ประธานกรรมการ การสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ เอื้อกิจ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ กรุณาให้คำแนะนำ แก้ไขข้อบกพร่องและข้อเสนอแนะต่างๆ อันเป็นประโยชน์ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาสละเวลาอันมีค่าในการ ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณบูรพาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และ ขอบคุณผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และหัวหน้างานพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วย นอก เจ้าหน้าที่เวชระเบียน พยาบาลและเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกโรคหัวใจทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกและให้ความช่วยเหลือ ร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณอธิการบดีมหาวิทยาลัยราชธานี คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ และ เพื่อนร่วมงานทุกท่านที่ได้ให้โอกาสผู้วิจัยในการศึกษาต่อครั้งนี้ ขอขอบคุณเพื่อนๆ พี่ๆ น้องๆ ร่วม รุ่นพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตรหัส 52 ที่คอยชี้แนะเป็นกำลังใจ ร่วมทุกข์ร่วมสุขกันมาตลอด

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ พี่สาว พี่ น้องๆ ที่คอยเป็นกำลังใจ ให้ ความรักความห่วงใยและให้การสนับสนุนเรื่อยมา และคุณแม่ที่อยู่บนสวรรค์ที่ดูแลและอบรมสั่ง สอน ตลอดจนขอบคุณทุกท่านที่มีใจเอื้อยยามไว้ ณ ที่นี้ด้วย ประโยชน์ที่เกิดจากการทำวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้ขอบอบแด่ บุญพาริ คณาจารย์ทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

วนิดา หาจักร

อิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

THE INFLUENCE OF UNCERTAINTY IN ILLNESS, HEALTH LITERACY, SOCIAL SUPPORT ON QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH HEART FAILURE

วนิดา หาจักร 5236491 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, พย.ค., วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, Ph.D. (NURSING),
ฉัตรกนก ทุมวิภาต, พ.บ.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้กรอบแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 85 ราย ที่มาติดตามรักษา ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2554 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับชุมชน แบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แบบวัดการช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ และแบบสอบถามวิถีชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 18 - 79 ปี ($\bar{X}=56.84 \pm 13.94$) โดยร้อยละ 58.8 เป็นเพศหญิง กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 54.1) มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 47.1 มีความแตกฉานด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นเพียงตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .651, p < .001$) โดยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 46.8 อย่างมีนัยสำคัญ ($R^2 = .468, p < .001$)

จากผลการศึกษา ผู้วิจัยเสนอแนะว่าพยาบาลควรมีการประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อที่จะเข้าไปประคับประคองด้านจิตใจของผู้ป่วย และให้การพยาบาลอย่างเหมาะสม ทั้งนี้การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองอาจช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและเพิ่มคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

คำสำคัญ: ภาวะหัวใจล้มเหลว / คุณภาพชีวิต / ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย / ความแตกฉานด้านสุขภาพ / การสนับสนุนทางสังคม

THE INFLUENCE OF UNCERTAINTY IN ILLNESS, HEALTH LITERACY, SOCIAL SUPPORT ON QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH HEART FAILURE

WANIDA HACHUK 5236491 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: DOUNGRUT WATTANAKITKRILEART, D.N.S.,
WANPEN PINYOPASAKUL, Ph.D. (NURSING), CHATKANOK DUMAVIBHAT, M.D.

ABSTRACT

This study was predictive correlational research. The objective of this study was to examine the influences of factors related to uncertainty in illness, health literacy, and social support on the quality of life of patients with heart failure by using the uncertainty theory as a conceptual framework. The sample consisted of 85 patients with heart failure, who followed up at the Heart Clinic of Sappasittiprasong Hospital, Ubonratchathani province, during November, 2011. Data were collected through 5 research instruments: a demographic questionnaire; the Mishel Uncertainty in Illness Scale - Community Version; the Assessment of Functional Health Literacy for Patients with Heart Failure; the Multidimensional Scale of Perceived Social Support, and the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. Data were analyzed by using descriptive statistics, Pearson product's moment correlation coefficient, and multiple regression analysis.

The findings indicated that of the participants aged 18 – 79 years old ($\bar{X}=56.84 \pm 13.94$), 58.8% of them were women. More than half (54.1%) had a moderate level of quality of life, and 47.1% had inadequate health literacy. Uncertainty in illness could predict quality of life with statistical significance at 0.001 ($\beta = .651$), whereas uncertainty in illness, health literacy, and social support had co-predictability towards quality of life of patients with heart failure at 46.8% ($R^2 = .468, p < .001$).

Based on the findings, the author suggests that nurses should assess perceived uncertainty in illness of patients with heart failure in order to understand their psychological experiences and provide proper nursing care. The provision of suitable information about self-care might be used to reduce uncertainty in illness so as to increase their quality of life.

KEY WORDS: HEART FAILURE / QUALITY OF LIFE / UNCERTAINTY IN ILLNESS /
HEALTH LITERACY / SOCIAL SUPPORT

178 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญรูปภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
สมมติฐานการวิจัย	5
กรอบแนวคิดการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย	8
นิยามตัวแปร	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย	10
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	11
2.1 ภาวะหัวใจล้มเหลว	12
2.1.1 ความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลว	12
2.1.2 สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว	13
2.1.3 ชนิดของภาวะหัวใจล้มเหลว	17
2.1.4 อาการและระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว	17
2.1.5 แนวทางการรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	22
2.1.6 ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากภาวะหัวใจล้มเหลว	31

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
2.2 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	32
2.2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต	32
2.2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตและ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	34
2.2.3 เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	37
2.3 ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	39
2.3.1 แนวคิดและทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	39
2.3.2 เครื่องมือประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	45
2.3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	46
2.4 ความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	49
2.4.1 แนวคิดเกี่ยวกับความแตกฉานด้านสุขภาพ	49
2.4.2 เครื่องมือประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพ	56
2.4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	58
2.5 การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	59
2.5.1 แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม	60
2.5.2 เครื่องมือประเมินการสนับสนุนทางสังคม	62
2.5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	63
2.6 สรุป	65
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	66
ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	66
สถานที่เก็บข้อมูล	67
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	68

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	78
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	79
การวิเคราะห์ข้อมูล	80
บทที่ 4 ผลการวิจัย	82
บทที่ 5 การอภิปรายผล	94
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	107
สรุปผลการวิจัย	108
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป	109
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	110
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	122
รายการอ้างอิง	135
ภาคผนวก	153
ประวัติผู้วิจัย	178

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
2.1 ระดับความแตกฉานด้านสุขภาพ	55
3.1 เนื้อหาแบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน สำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	71
4.1 ข้อมูลส่วนบุคคล	83
4.2 ข้อมูลความเจ็บป่วย	85
4.3 จำนวนและร้อยละของคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอน ในความเจ็บป่วยในภาพรวม	87
4.4 คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจำแนกตามรายด้าน	88
4.5 จำนวนและร้อยละของคะแนนความแตกฉานด้านสุขภาพ	89
4.6 จำนวน และร้อยละของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมในภาพรวม	89
4.7 คะแนนการสนับสนุนทางสังคมจำแนกตามรายด้าน	90
4.8 จำนวน และร้อยละของคะแนนคุณภาพชีวิตในภาพรวม	90
4.9 คะแนนคุณภาพชีวิตจำแนกตามรายด้าน	91
4.10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	92
4.11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม	93
1 ตรวจสอบการแจกแจงโค้งปกติ ของตัวแปรแต่ละตัวโดยใช้ Kolmogorov Smirnov test	172
2 ตารางแสดงจำนวน ร้อยละ การเปรียบเทียบข้อมูลและตัวแปร	176

สารบัญรูปภาพ

รูปภาพ	หน้า
1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	8
1.2 แบ่งระยะในการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	28
1 ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม	173
2 ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ ของตัวแปรพยากรณ์	175

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศ อุบัติการณ์ในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี 2008 มีจำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 5,700,000 ราย เสียชีวิตจำนวน 281,437 ราย และในปี 2009 มีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล 1,094,000 ราย จากสถิติในปี 2010 มีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไปประมาณ 6,600,000 ราย คาดการณ์ว่าในปี 2030 ในประเทศสหรัฐอเมริกาจะมีจำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มเป็น 9,000,000 ราย (American Heart Association, 2012) ซึ่งในประเทศไทยพบว่ามีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ในปี พ.ศ.2552, 2553 คิดเป็นอัตราส่วนของผู้ป่วยใน 224.94 และ 231.07 ต่อประชากร 100,000 คน (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2553) และสถิติผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ในปี พ.ศ. 2552, 2553, 2554 มีจำนวน 1,432, 1,411 และ 1,546 ราย ตามลำดับ (งานเวชสถิติ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์, 2554)

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของโครงสร้าง หรือพยาธิสภาพของหัวใจ ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักส่งผลให้ประสิทธิภาพในการบีบตัวส่งเลือดออกจากหัวใจลดลง (systolic dysfunction) หรือไม่สามารถคลายตัวรับเลือดเข้าสู่หัวใจได้อย่างเต็มที่ (diastolic dysfunction) (Hunt et al., 2005) ทำให้ปริมาตรเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อและอวัยวะต่างๆไม่เพียงพอ ร่างกายจึงมีกลไกการปรับตัว โดยกระตุ้นระบบประสาทซิมพาธิติก (sympathetic) เพิ่มขึ้น ทำให้มีการหลั่งนิวโรฮอร์โมน เมดิเอเตอร์ (neurohormonal mediators) เพื่อรักษาปริมาณเลือดให้เพียงพอับความต้องการของร่างกาย เป็นผลให้ผู้ป่วยไม่เกิดอาการในระยะสั้น กลไกการปรับตัวในลักษณะนี้ดำเนินต่อไปเรื่อยๆ หากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งขนาด รูปร่างและหน้าที่ของหัวใจ (remodelling) ทำให้ไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายได้อย่างเพียงพอ เกิดภาวะเลือดและน้ำคั่งในปอด (pulmonary congestion) หรือในส่วนต่างๆของร่างกาย (systemic congestion) (Borlaug & Paulus, 2010; Lindenfeld et al., 2010)

พยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดขึ้นอย่างถาวรและเรื้อรัง รักษาไม่หายขาด อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้แก่ อาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก (Dyspnea) ทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง หัวใจเต้นผิดจังหวะ บวม นอนราบไม่ได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพ ทำกิจกรรมต่างๆ ได้จำกัด (functional limitation) หรือต้องปรับเปลี่ยนกิจวัตรประจำวันให้เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วย อาจทำให้ผู้ป่วยสูญเสียบทบาทส่วนตัว ครอบครัว สังคม และการทำงาน เกิดความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ (psychological distress) เกิดภาวะเครียด วิตกกังวลและซึมเศร้าตามมา (Rector, 2005) ส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตลดลง (Heo, Lennie, Okoli, & Moser, 2009) นิตยา ศรีสุข (2551) ศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ระดับความรุนแรง NYHA class I-IV พบว่าปัจจัยด้าน อายุ รายได้ อาการไม่สบาย ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เช่นเดียวกับการศึกษาของพวงผกา กรีทอง (2008) ที่พบว่า อาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวทำให้มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมและการรับรู้ภาวะสุขภาพร้อยละ 69 ทั้งนี้ยังพบว่าอาการแสดง ความสามารถในการทำหน้าที่ของหัวใจ ข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม การสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 58

คุณภาพชีวิต (Quality of life) เป็นระดับการมีชีวิตที่ดี มีสุข และความพึงพอใจในชีวิต ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และการดำเนินชีวิตของบุคคลในสังคม ซึ่งเป็นการประสานการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม ภายใต้วินัยธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล (World Health Organization, 1993) ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีคุณภาพชีวิตลดลงมีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตและการเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้น (Iqbal, Francis, Reid, Murray, & Denvir, 2010; O'Loughlin et al., 2010) ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต้องเผชิญทั้งระยะอาการสงบและอาการกำเริบ ในระยะแรกอาจเกิดอาการเมื่อยล้าทำงานหนัก ออกกำลังกายหรือเกิดความเครียด แต่เมื่อภาวะเจ็บป่วยมีความก้าวหน้าลุกลามมากขึ้น อาการอาจเกิดขึ้นได้แม้ผู้ป่วยทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อยหรือในขณะที่พัก ผู้ป่วยไม่สามารถคาดเดาหรือทำนายได้ว่าอาการหอบเหนื่อยจะเกิดขึ้นเมื่อใด มีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด จะสามารถควบคุมอาการนั้นได้หรือไม่ นอกจากนั้นระดับความรุนแรงที่เพิ่มมากขึ้นส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาด้วยการปรับเปลี่ยนยาหรือต้องทำหัตถการต่างๆ รวมทั้งผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีโรคร่วมโดยเฉลี่ยมากกว่า 2 โรค (Laothavorn et al., 2010) การรักษาโรคร่วมในแต่ละโรคมีทั้งข้อจำกัดที่เหมือนกันและแตกต่างกัน ทำให้เกิดความสับสนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาเป็นผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน (uncertainty) ซึ่งเกิดได้ทุกระยะของภาวะหัวใจล้มเหลว (Winter, 1999) จากการศึกษาของ Eastwood และคณะ (2008) ในผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดสีหลอดเลือด

หัวใจ โดยติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 1 ปี พบว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจะมีอารมณ์ซึมเศร้า และความวิตกกังวลสูง ซึ่งความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และภาวะเครียดในชีวิตสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตได้ถึงร้อยละ 54 เมื่อควบคุมผลที่เกิดจากตรวจวินิจฉัยด้วยการฉีดสี

เมื่อผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดขึ้นจะประเมินความรู้สึกนั้นว่าเป็นอันตรายหรือโอกาสต่อตนเอง และจะใช้วิธีการเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยหรือปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น เพื่อจัดการกับความรู้สึกนี้ หากผู้ป่วยใช้วิธีการเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ เช่น วิธีการหลีกเลี่ยง จะส่งผลให้มีการปรับตัวไม่เหมาะสม Klein และคณะ (2007) ได้ทำการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย คุณภาพชีวิต และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเป็นผู้ป่วยนอก พบว่าการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม เช่น ไม่สนใจต่อการเจ็บป่วย ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ทำให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่เลวลงร่วมกับมีภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาของ ซอฟกา พิชพันธ์ไพศาล (2545) พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ และในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการคงที่พบว่าการนอนหลับพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อาการอ่อนล้า และความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ (Redeker et al., 2010) ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องได้รับการดูแลที่เฉพาะเจาะจงและต่อเนื่องตามระดับความรุนแรงของโรคเพื่อควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง ชะลอการเสื่อมในการทำงานของหัวใจ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกำเริบของอาการหายใจลำบาก (รังสฤษฎ์ กาญจนะวนิชย์, 2545) เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยต้องมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม (Kanoksilp, Hengrussamee, & Wuthiwaropas, 2009) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ดูแลตนเองไม่เหมาะสมเกิดจากความแตกฉานด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ (Chen, Yehle, Plake, Murawski, & Mason, 2011) ความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึงความสามารถในการเข้าใจข้อมูลที่ได้รับจากบุคลากรด้านสุขภาพหรือสื่อที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเข้าถึงข้อมูลนอกเหนือจากความสามารถในการอ่านและคำนวณตัวเลข เพื่อช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพอย่างเหมาะสม และสามารถนำไปใช้ในสถานการณ์ประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Speros, 2005) ผู้ป่วยที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพที่เพียงพอ เมื่อได้รับข้อมูลความรู้ สามารถนำมาช่วยในการตัดสินใจ แก้ปัญหา และประยุกต์ข้อมูลในการดูแลตนเองและการใช้บริการในระบบสุขภาพได้อย่างเหมาะสม (Nutbeam, 2009) จากการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศสหรัฐอเมริกา มีระดับความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอในการอ่านสื่อและ

เข้าใจข้อมูลที่ได้รับจากสถานบริการสุขภาพร้อยละ 28 (Morrow et al., 2006) สัมพันธ์กับการศึกษาของ Dennison และคณะ (2010) ศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลภายใน 30 วัน พบว่าความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอร้อยละ 42

หากมีความแตกฉานด้านสุขภาพที่เพียงพอจะช่วยให้ตัดสินใจดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่งผลต่อความสามารถในการเผชิญปัญหา และสามารถประเมินสถานการณ์ได้ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดความสับสนในการรับรู้ข้อมูลและจัดการกับภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ (Mishel, 1988) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอ มีสมรรถนะในการดูแลตนเองลดลง และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 17 (Macabasco-O'Connell et al., 2011) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความแตกฉานด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับอัตราการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล (Baker, Parker, Williams, & Clark, 1998) ผู้ป่วยที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้นร้อยละ 3-5 ต่อปี (Eichler, Wieser, & Brügger, 2009) และผู้สูงอายุที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพเพียงพอถึง 1.5 เท่า (Baker, Wolf, Feinglass, & Thompson, 2008) สิ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในข้อมูล ความรู้ด้านสุขภาพและสามารถนำมาจัดการตนเองอยู่ร่วมกับภาวะเจ็บป่วยได้อย่างมีความสุข (ศิริวรรณ ตั้งวิจิตรสกุล, 2551)

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (หทัยรัตน์ เวชมนัส, 2547) การได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ ระหว่างบุคคลได้รับการดูแลเอาใจใส่ ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน และการให้ความรู้ในการดูแลตนเอง ตลอดจนการติดตามเยี่ยมจากบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจในความเจ็บป่วยและการรักษาของตนเองเพิ่มขึ้น (Gaulden & Glotzer, 2005)ญาติหรือผู้ใกล้ชิดคอยกระตุ้นเตือนผู้ป่วยในการดูแลตนเองที่บ้าน ให้ความช่วยเหลือ ตลอดจนให้กำลังใจและประคับประคองด้านจิตใจของผู้ป่วย ดังนั้นจะเห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจภาวะความเจ็บป่วยและการรักษามากขึ้น ทำให้ความคลุมเครือจากการเจ็บป่วยและการรักษาลดลง ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยสามารถคาดเดาภาวะความเจ็บป่วยและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้ ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และมั่นใจในการดูแลตนเอง (Mishel, 1988) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมส่งผลให้มีความสามารถในการดูแลตนเองโดยเฉพาะเรื่องยาและอาหารได้ดีขึ้น (Sayers, Riegel, Pawlowski, Coyne, & Samaha, 2008) หากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (เขาวภา บุญเที่ยง, 2545) ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมไม่เพียงพอสามารถทำนายโอกาสการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น 1.26 เท่า (Mazzella et al.,

2010) และจากการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าการสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำกิจกรรม อายุ สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 36 (Heo, Moser, Chung, & Lennie, 2010)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในประเทศไทยมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ในด้านปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ และปัจจัยด้านความรุนแรงของโรคหรืออาการ ได้แก่ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ การรับรู้ภาวะสุขภาพความสามารถในการทำหน้าที่ การศึกษาปัจจัยดังกล่าวพบว่าสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้เพียงบางส่วน ไม่ครอบคลุมการดำเนินโรคที่มีทั้งระยะสงบของโรคและระยะที่มีอาการกำเริบ ซึ่งส่งผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ป่วย ส่วนปัจจัยความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้มีการศึกษาในต่างประเทศ แต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้มาก่อนในประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยด้านความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ระดับความรุนแรง NYHA class II, III ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้คาดว่าจะทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐาน เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ครอบคลุมในทุกมิติ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำถามการวิจัย

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้หรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

สมมติฐานการวิจัย

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel, 1988) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล ประกอบด้วยความรู้สึกไม่แน่นอน 4 ด้านคือ ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา (Ambiguity) ความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบบริการ (Complexity) ความไม่สอดคล้องในเรื่องข้อมูลที่ได้รับ (Inconsistency of the information) และไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาในการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค (Unpredictability)

ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชลมีองค์ประกอบหลัก 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอน (Antecedent of Uncertainty) ได้แก่ 1. องค์ประกอบของสิ่งเร้า (stimuli frame) โดยมีรูปแบบของอาการแสดง หมายถึงความรุนแรงของโรค ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ ความสอดคล้องของเหตุการณ์ 2. ความสามารถในการรับรู้และเข้าใจ (cognitive capacity) เป็นความสามารถของบุคคลในการแปลข้อมูล ข่าวสาร เพื่อพิจารณาตัดสินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น 3. แหล่งประโยชน์ที่สนับสนุนและช่วยเหลือ (structure provider) ประกอบด้วย การศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม และบุคลากรทางสุขภาพที่เชื่อถือได้ ส่วนที่ 2 การประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอน (appraisal of uncertainty) เป็นกระบวนการที่บุคคลให้คุณค่าของเหตุการณ์หรือสถานการณ์ของความรู้สึกไม่แน่นอนของตนเอง ส่วนที่ 3 การเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอน (coping with uncertainty) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นเพื่อจัดการกับสถานการณ์หรือสิ่งกระตุ้นต่างๆ ที่บุคคลประเมินตัดสินว่าเป็นอันตราย ลูกถาม หรือเป็นโอกาสแก่ตนเอง และจะใช้วิธีการเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยหรือปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น เพื่อจัดการกับความรู้สึกนี้ หากผู้ป่วยใช้วิธีการเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้มีการปรับตัวไม่เหมาะสม (Mishel, 1988, 1990; Mishel & Clayton, 2003) ทำให้กระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนของมิเชลแสดงให้เห็นแนวคิด และรูปแบบความรู้สึกไม่แน่นอนที่ชัดเจน จึงนำมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาอิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ดังนี้

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดจากไม่สามารถทำนายได้ว่าอาการเหนื่อยหอบหายใจลำบาก จะกำเริบเมื่อใด เกิดในสถานการณ์ใด จะมีความรุนแรงและระยะเวลานานน้อยเพียงใด และการปรับเปลี่ยนการรักษาเมื่อความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น ความไม่ชัดเจนของข้อมูลที่ได้รับ ทำให้รู้สึกชีวิตมีความไม่แน่นอน ส่งผลให้ผู้ป่วยประเมินความรู้สึกนั้นว่าเป็นอันตรายหรือโอกาสต่อตนเอง และจะใช้วิธีการเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอน

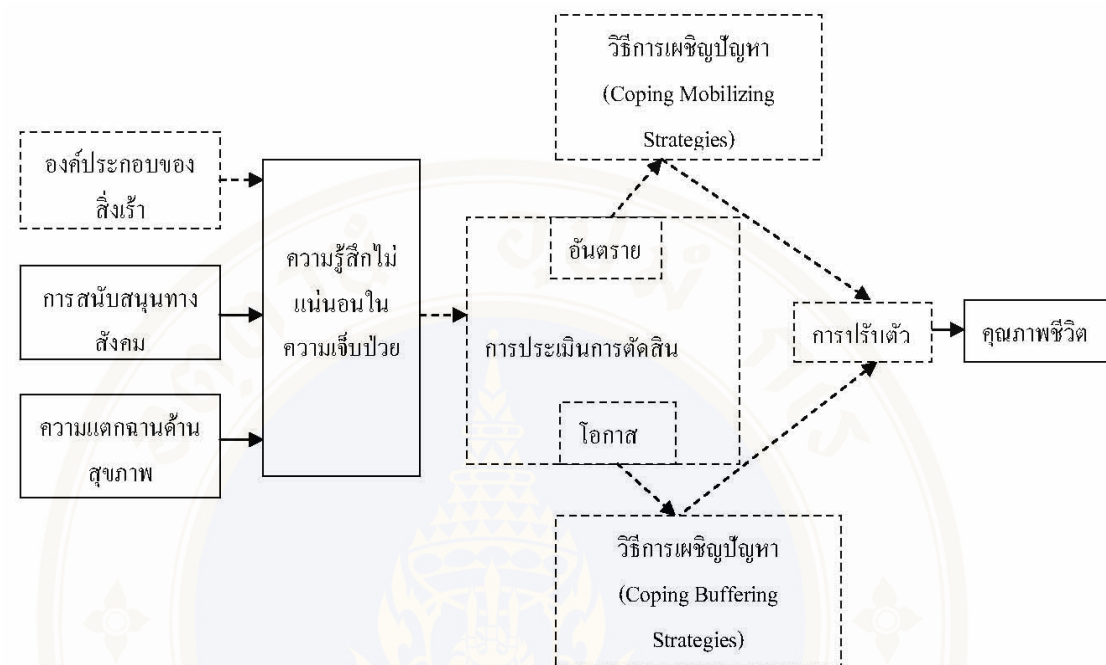
ในความเจ็บป่วยหรือปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น เพื่อจัดการกับความรู้สึกนี้ หากผู้ป่วยใช้วิธีการเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ เช่นวิธีการหลีกเลี่ยง จะส่งผลให้มีการปรับตัวไม่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง จากการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ใส่เครื่องช็อกไฟฟ้า (implantable cardioverter defibrillator) ติดตามเป็นระยะเวลา 6.9 ปี พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 44 (Flemme et al., 2005)

ความแตกฉานด้านสุขภาพเป็นความสามารถในการรู้คิดและเข้าใจ (cognitive capacity) ในข้อมูลที่ได้รับ สามารถนำความรู้มาปรับใช้และช่วยตัดสินใจในการดูแลตนเอง มีผลกระทบต่อความสามารถในการเผชิญปัญหา และความสามารถในการประเมินสถานการณ์ที่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดความสับสนในการรับรู้ข้อมูล ให้ความหมายของเหตุการณ์ และองค์ประกอบของสิ่งเร้าให้มีความชัดเจนขึ้น สามารถจัดการกับอาการ ทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย ช่วยลดความวิตกกังวล สร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเอง ไม่เป็นภาระต่อผู้ดูแล จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพเพียงพอ (Baker et al., 2008) ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอมีโอกาสเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นและทำให้คุณภาพชีวิตลดลง (Evangelista et al., 2010)

การสนับสนุนทางสังคม จากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนและบุคคลใกล้ชิด ช่วยสนับสนุนในการให้ความรัก ความใส่ใจ การให้ข้อมูลในการดูแลตนเอง รวมทั้งการให้ความหมายต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจภาวะความเจ็บป่วยและการรักษามากขึ้น ทำให้เกิดความคล่องตัวจากการเจ็บป่วยและการรักษาลดลง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคาดการณ์ภาวะความเจ็บป่วยและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้ มีกำลังใจและมั่นใจในการดูแลตนเอง การศึกษาของ พวงผกา กริทอง และคณะ (2008) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมที่ดีส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และทำให้อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาการรักษาและอัตราการเสียชีวิตลดลง (Lofvenmark, Mattiasson, Billing, & Edner, 2009)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิต สามารถสรุปเชื่อมโยงตามกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังแสดงในรูปภาพที่ 1.1

กรอบแนวคิดการวิจัย



รูปภาพที่ 1.1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย (ดัดแปลงจาก Mishel, 1990)

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาอิทธิพลของความรู้สึกลึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย ที่มาติดตามรับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ ตึก 50 พรรษา วัชรลงกรณ์ ชั้น 2 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2554 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2555

นิยามตัวแปร

1. **คุณภาพชีวิต** หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยถึงภาวะสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับภาวะหัวใจล้มเหลวและการทำหน้าที่ทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ที่ได้รับผลกระทบจากความเจ็บป่วย

ประเมินโดยใช้แบบสอบถามวิถีชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaires: LHFQ) (Rector, Kubo, & Cohn, 1987) เป็นแบบวัดเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้ผลกระทบจากความเจ็บป่วยต่อการดำเนินชีวิต แปลเป็นภาษาไทยโดย กฤติกา ชุมวงษ์ (2547) มีจำนวนคำถามทั้งหมด 21 ข้อ ซึ่งคะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) 6 อันดับ

2. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เกิดขึ้น เมื่อตกในสถานการณ์คลุมเครือ ไม่ชัดเจน หรือเมื่ออยู่ในเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคยทำให้บุคคลไม่สามารถให้ความหมายหรือคำอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการรักษาที่ตนเองต้องประสบ ทำให้ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับชุมชน (Mishel Uncertainty in Illness Scale-Community version: MUIS-C) (Mishel, 1988) แปลเป็นภาษาไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุลและ คณะ (2534) จำนวน 23 ข้อ ซึ่งคะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) 5 อันดับ

3. ความแตกฉานด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการอ่าน เข้าใจข้อมูล และสามารถนำข้อมูลที่ได้รับไปใช้ในการดูแลเองในเรื่อง การรับบริการตรวจรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว และการปฏิบัติตัวเรื่อง ยา การทำกิจกรรม อาหาร สังเกตอาการผิดปกติและการมาพบแพทย์

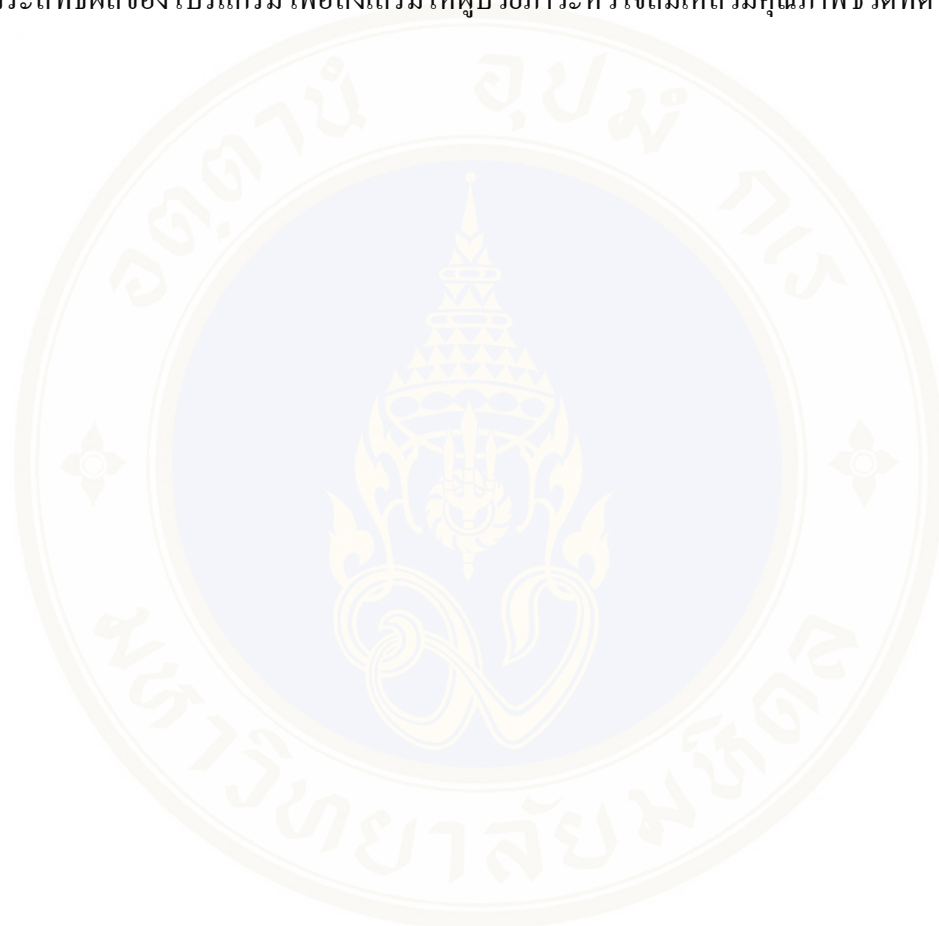
ประเมินโดยใช้แบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเน้นการวัดความสามารถในการอ่านและเข้าใจ โดยผู้วิจัยได้ศึกษาและสร้างมาจากแนวคิดของ Parker และคณะ (1995) เพื่อให้มีความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ลักษณะแบบประเมินให้ผู้ถูกประเมินอ่านข้อความที่ปรากฏในกล่องสี่เหลี่ยม แล้วตอบคำถามตามความเข้าใจ โดยจะมีตัวเลือกให้ผู้ถูกประเมิน 3 ตัวเลือก จำนวน 22 ข้อ

4. การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรับรู้ถึงความรู้สึกรักใคร่ ผูกพัน ความไว้วางใจ และความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่นในสังคมที่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีคุณค่าในตนเอง

ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988) ใช้วัดความช่วยเหลือทางสังคมจาก ครอบครัว เพื่อน และบุคคลใกล้ชิด แปลเป็นภาษาไทย โดยพิทักษ์พล บุญยะมาลิก (2005) จำนวน 12 ข้อ ซึ่งคะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) 7 อันดับ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย

1. ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
2. ผลการวิจัยที่ได้ สามารถนำมาพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย และทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตที่ดี



บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาอิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหาดังต่อไปนี้

2.1 ภาวะหัวใจล้มเหลว

- 2.1.1 ความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลว
- 2.1.2 สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว
- 2.1.3 ชนิดของภาวะหัวใจล้มเหลว
- 2.1.4 อาการและระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว
- 2.1.5 แนวทางการรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
- 2.1.6 ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากภาวะหัวใจล้มเหลว

2.2 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

- 2.2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต
- 2.2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
- 2.2.3 เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

2.3 ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

- 2.3.1 แนวคิดและทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
- 2.3.2 เครื่องมือประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
- 2.3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

2.4 ความแตกต่างด้านสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

- 2.4.1 แนวคิดเกี่ยวกับความแตกต่างด้านสุขภาพ
- 2.4.2 เครื่องมือประเมินความแตกต่างด้านสุขภาพ
- 2.4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความแตกต่างด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

2.5 การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

- 2.5.1 แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม
- 2.5.2 เครื่องมือประเมินการสนับสนุนทางสังคม
- 2.5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

2.6 สรุป

2.1 ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart Failure)

2.1.1 ความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่ซับซ้อนเกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างหรือการทำงานของหัวใจ มีผลทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกาย (systolic dysfunction) หรือไม่สามารถคลายตัวรับเลือดเข้าสู่หัวใจได้อย่างเต็มที่ (diastolic dysfunction) (Hunt et al., 2005; Jessup et al., 2009; Lindenfeld et al., 2010) ส่งผลให้มีการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาธิก (sympathetic) และมีการหลั่งสารสื่อประสาท (neurohormonal mediators) ทำให้ระดับของพลาสมาแคเทคโกลามีน (plasma catecholamine) สูงขึ้น เกิดการหดตัวของหลอดเลือดส่วนปลาย (peripheral vasoconstriction) จึงทำให้ความดันของหลอดเลือดส่วนปลาย (peripheral resistance) เพิ่มขึ้น การเพิ่มของสารต่างๆ ในระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน-อัลโดสเตอโรน (renin-angiotensin-aldosterone) และการเพิ่มขึ้นของระดับ แองจิโอเทนซิน II (angiotensin II) วาโซเพรสซิน (vasopressin) และอัลโดสเตอโรน (aldosterone) ในพลาสมา มีผลต่อเนื่องให้เกิดการกั่งของน้ำและเกลือในร่างกายรวมทั้งในปอดและระบบไหลเวียนโลหิต การตอบสนองของกลไกต่างๆ เพื่อให้หัวใจยังคงทำหน้าที่สูบฉีดเลือดให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เป็นกลไกสำรองของหัวใจ (cardiac reserve) ได้แก่ การขยายตัวของห้องหัวใจ (cardiac dilatation) การ

หนาตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ (myocardial hypertrophy) อัตราการเต้นของหัวใจที่เพิ่มขึ้น (increase heart rate) การเพิ่มขึ้นของปริมาณเลือดที่ถูกบีบออกจากหัวใจ (increase stroke volume) ตามกฎของแฟรงก์สตาร์ลิง (Frank-Starling's Law) กลไกเหล่านี้มีข้อจำกัดเมื่อใช้กลไกไประดับหนึ่ง โดยไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งขนาด รูปร่าง และการทำงานของหัวใจ (cardiac remodeling) จะมีลักษณะสำคัญ 3 ประการคือ กล้ามเนื้อหัวใจหนาตัว (hypertrophy) เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลาย (myocytes loss) และการเพิ่มขึ้นของพังผืดระหว่างเซลล์หัวใจ (interstitial fibrosis) ส่งผลให้หัวใจไม่สามารถบีบตัวส่งเลือดออกจากหัวใจ (systolic dysfunction) หรือคลายตัวรับเลือดเข้าสู่หัวใจ (diastolic dysfunction) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาที (cardiac output) ลดลงและไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายไม่เพียงพอ ทั้งในช่วงเวลาออกกำลังกายหรือในขณะพัก ความทนในการทำกิจกรรมต่างๆลดลง และอาจมีอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก อ่อนเพลีย และบวมเกิดขึ้น (Dickstein et al., 2008)

2.1.2 สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว

สาเหตุของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งเกิดได้หลายสาเหตุแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทดังนี้

2.1.2.1 สาเหตุพื้นฐาน (underlying cause) อาจเป็นสาเหตุที่เป็นมาแต่กำเนิดหรือเกิดขึ้นภายหลังก็ได้ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1) ภาวะที่หัวใจต้องรับภาระหนักอย่างผิดปกติ (Abnormal loading condition) ได้แก่

โรคความดันโลหิตสูงทำให้แรงต้านของหลอดเลือดสูงขึ้น (increase afterload) หัวใจต้องบีบตัวแรงขึ้น (pressure load) เพื่อเอาชนะแรงต้านทานภายในหลอดเลือด (intravascular resistance) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมถึงร้อยละ 60 - 70 (Gheorghiade & Pang, 2009) ความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุให้เกิด diastolic heart failure ถึงร้อยละ 91 (Gary & Davis, 2008)

หัวใจพิการแต่กำเนิด เช่น ปริมาตรเลือดจากหัวใจซีกซ้ายไหลมาซีกขวา ในระหว่างหัวใจบีบตัว (left to right shunt) อาจเกิดรูรั่วระหว่างผนังกันของเวนตริเคิล (ventricle septal defect)

ปริมาตรเลือดเพิ่มขึ้นจากโรคไตวาย ร่างกายไม่สามารถขับของเสียและน้ำออกจากร่างกายเป็นสาเหตุที่พบในภาวะหัวใจล้มเหลวได้ถึงร้อยละ 30-35 (Metra et al., 2010) นอกจากนี้พบว่าโรคเส้นหัวใจรั่วยังเป็นสาเหตุให้มียอดเลือดจำนวนมากรั่วในระหว่างหัวใจบีบตัว หรือ

คล้ายตัว ทำให้เลือดคั่งอยู่ในห้องหัวใจมากเกินไป หรือโรคเส้นหัวใจตีบทำให้หัวใจออกแรงในการบีบตัวเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศญี่ปุ่นพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เสียชีวิตส่วนใหญ่มารจากโรคเส้นหัวใจผิดปกติ (Nakamura et al., 2010) และพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (arrhythmia) ร่วมด้วยที่พบมากคือ Atrial Fibrillation (AF) พบได้มากกว่าร้อยละ 50 สัมพันธ์กับการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 2,881 ราย พบว่าผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด AF จำนวน 1,175 ราย ซึ่งโอกาสเสียชีวิตเพิ่มขึ้น 1.17 เท่าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่หัวใจเต้นปกติ (Raunso et al., 2010)

2) กล้ามเนื้อหัวใจทำงานผิดปกติ (Abnormal muscle function) ส่งผลต่อความสามารถในการหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจและทำให้การบีบตัวของหัวใจที่ส่งเลือดออกไปเลี้ยงร่างกายใน 1 นาทีลดลง ซึ่งพบว่าภาวะหัวใจล้มเหลวมีสาเหตุส่วนใหญ่มารจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart Disease) และกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial Infarction) ร้อยละ 60 (Flaherty et al., 2009) จากการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 1,692 รายพบว่ามีความผิดปกติจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจ (Cardiomyopathy) ร้อยละ 24 (Tsutsui, Tsuchihashi-Makaya, & Kinugawa, 2010) และพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีสาเหตุมาจากโรคหลอดเลือดหัวใจมีโอกาเสียชีวิต 1.4 เท่า และโรคกล้ามเนื้อหัวใจ 1.6 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีสาเหตุจากความดันโลหิตสูง (Pecini, Møller, Torp-Pedersen, Hassager, & Kober, 2010)

3) ความจำกัดในการคล้ายตัวรับเลือดของเวนตริเคิล (Limited ventricular filling) พบในผู้ป่วยลิ้นไม่ทึบหรือไตรคัสปีคตีบ ทำให้เกิดผนังหัวใจหนาตัวมากขึ้น ส่งผลให้ไม่สามารถรับเลือดที่กลับจากส่วนต่างๆ ของร่างกายเข้าสู่หัวใจได้ หรือเกิดความผิดปกติในการคล้ายตัวของหัวใจ ทำให้ปริมาตรเลือดที่เข้าสู่หัวใจถูกจำกัด และส่งผลให้ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจในการบีบตัว 1 ครั้งลดลง พยาธิสภาพนี้ยังพบได้ในผู้ป่วยภาวะหัวใจถูกกดอย่างรุนแรง (cardiac tamponade) จากเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบบีบรัด (constrictive pericarditis) (Giamouiz et al., 2011)

2.1.2.2 สาเหตุชักนำ (Precipitating cause) ภาวะหรือโรคที่ชักนำหรือกระตุ้นให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวโดยผู้ป่วยอาจมีสาเหตุพื้นฐานอยู่เดิมหรือไม่ก็ได้ สาเหตุชักนำนี้ทำให้ร่างกายและหัวใจต้องการออกซิเจนมากขึ้นจึงเพิ่มการทำงานของหัวใจ (workload) และทำให้สมรรถภาพหัวใจลดลง มีดังนี้

1) การติดเชื้อในร่างกายพบร้อยละ 10 ที่เป็นสาเหตุชักนำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (Mebazaa et al., 2010) สารพิษจากการติดเชื้อทำให้มีการเพิ่มกระบวนการเมตาบอลิซึม มีผลให้ความต้องการออกซิเจนของร่างกายเพิ่มขึ้น ภาวะหัวใจเต้นเร็วขึ้น ออกซิเจนในเลือดลดลง ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น ถ้ารักษาไม่เหมาะสมก็ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว และเสียชีวิตถึงร้อยละ 6.8 (Pons et al., 2010)

2) ภาวะโลหิตจาง อาจเป็นชนิดเฉียบพลันหรือเรื้อรัง เนื่องจากจำนวนเม็ดเลือดแดงลดลง ทำให้ปริมาณของออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่างๆลดลง หัวใจต้องทำงานมากขึ้น เพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที เพื่อให้ส่งออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อได้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลตรวจพบภาวะโลหิตจางร้อยละ 33 (Pons et al., 2010) ภาวะโลหิตจางมีสัมพันธ์อายุที่เพิ่มขึ้นและระดับความรุนแรงที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Caramelo, Just, & Gilb, 2007; Timby & Smith, 2010) จากการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 153,180 ราย พบผู้ป่วยที่มีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 37.2 และมีโอกาสเสียชีวิต 1.96 เท่าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ไม่มีโรคโลหิตจาง (Groenveld et al., 2008; Stewart et al., 2010)

3) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทำให้ความดันเลือดแดงในปอดสูงขึ้น ทำให้หัวใจเวนทริเคิลขวาล้มเหลว (Cor pulmonale) เนื่องจากเวนทริเคิลขวาทำงานหนักเพื่อบีบตัวดันแรงดันในปอด จากการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 4,132 ราย มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 699 ราย พบว่ามีระดับความรุนแรง NYHA class III-IV ร้อยละ 68.3 และอัตราเสียชีวิตเป็น 1.8 เท่าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ไม่มีโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Blois, Simard, Atar, & Agewell, 2010)

4) ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ ได้แก่

โรคเบาหวานส่งผลให้เกิดความผิดปกติด้านโครงสร้างและหน้าที่ของหลอดเลือดเพิ่มการทำงานของหัวใจ มีการสะสมของกรดไขมันอิสระและเกิดการสะสมไขมันที่กล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้หัวใจทำงานไม่มีประสิทธิภาพ (Masoudi & Inzucchi, 2007) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวสูงถึง 2.9 เท่าของคนปกติ (Leung et al., 2009) และในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 10,701 ราย พบมีโรคเบาหวานร้อยละ 27 สอดคล้องกับการศึกษาของ the Acute Decompensate Heart Failure (ADHERE), the Euro Heart Failure Survey (EURO HF) และ the Organized Program to Initiate Life saving Treatment in Hospitalized Patient with Heart Failure (OPTIMIZE-HF) พบผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีโรคเบาหวานร่วมร้อยละ 27-44 (Fonarow, 2008) ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับน้ำตาลที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น (Horwich & Fonarow, 2010)

โรคที่เกิดจากการทำงานผิดปกติของไทรอยด์ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 48,612 ราย มีระดับไทรอยด์ฮอร์โมนที่ผิดปกติร้อยละ 15 (Fonarow et al., 2009) เป็นสาเหตุชักนำของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ทั้งผู้ป่วยที่มีภาวะไทรอยด์ฮอร์โมนสูง

และภาวะไทรอยด์ฮอร์โมนต่ำ ภาวะไทรอยด์ฮอร์โมนสูงผิดปกติ (Hyperthyroidism) ทำให้การบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจแรงและเร็วขึ้น ทำให้หลอดเลือดขยาย และพบว่าการเต้นของหัวใจห้องบนเร็วกว่าปกติ ส่วนภาวะระดับไทรอยด์ฮอร์โมนต่ำ (Hypothyroidism) ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ มีการสะสมของ mucopolysaccharide ระหว่างเส้นใยกล้ามเนื้อ (muscle fiber) และ เส้นใยย่อย (myofibril) ทำให้การบีบตัวของหัวใจผิดปกติ (Shuvy, Shifman, Nusair, Pappo, & Lotan, 2009) เมื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในภาวะไทรอยด์ฮอร์โมนสูงในระยะไม่แสดงอาการ (subclinical hyperthyroid) มีจำนวน 23.9 ต่อประชากร 1,000 ราย และภาวะไทรอยด์ฮอร์โมนต่ำในระยะไม่แสดงอาการ (subclinical hypothyroid) จำนวน 41.7 ต่อประชากร 1,000 ราย (Rodondi et al., 2008)

5) การหยุดหายใจขณะหลับ (Sleep-Disordered Breathing: SDB) ทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจน (hypoxia) และคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง (hypercapnia) กระตุ้นการทำงานในระบบซิมพาธิค อัตราการเต้นของหัวใจมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว (Ng et al., 2010) ความดันโลหิตเพิ่มมากขึ้น และมีโอกาสเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะ พบในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวย้อยละ 24 การรักษาด้วยการใส่เครื่องช่วยหายใจชนิด continuous positive airway pressure ช่วยการทำงานของหัวใจดีขึ้นและลดอัตราการเสียชีวิต (Chowdhury et al., 2010)

6) การดื่มสุราเรื้อรัง แอลกอฮอล์มีผลโดยตรงต่อหัวใจ ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวแบบเฉียบพลันและมีผลทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ การดื่มสุราเรื้อรังยังทำให้เกิดภาวะพร่องไทอะมีน (Thiamine deficiency) มีผลต่อการทำงานของระบบประสาทซิมพาธิค ทำให้หลอดเลือดส่วนปลายขยายการไหลเวียนของเลือดเร็วขึ้น ยังทำให้กล้ามเนื้อลายและกล้ามเนื้อหัวใจดูตึง น้ำกลับเข้าไปในเนื้อเยื่อกล้ามเนื้อหัวใจ จึงมีปริมาตรเลือดกลับสู่หัวใจมากขึ้น ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวจากกล้ามเนื้อหัวใจขยายตัว (Dilated Cardiomyopathy) จากการศึกษพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เกิด Cardiomyopathy ร้อยละ 4-6 (Cohn, 2010)

7) สาเหตุอื่นๆที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม เช่นการออกกำลังกายมากเกินไป การดื่มน้ำหรือรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมในปริมาณมาก ภาวะเครียดของร่างกายและจิตใจ การลดขนาดหรือหยุดรับประทานยาเอง ส่งผลต่อภาวะสุขภาพและอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Suwanno, Petpichetchian, Riegel, & Issaramalai, 2009; เขียวภาบุญเที่ยง, 2545)

สรุปว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดได้จากหลายสาเหตุทั้งสาเหตุพื้นฐานและสาเหตุชักนำ ซึ่งในประเทศไทยมีการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาใน

โรงพยาบาลจำนวน 1,612 ราย มีโรคร่วมคือโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 65 โรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 47 ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ (dyslipidemia) ร้อยละ 50 โรคเบาหวานร้อยละ 47 ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial fibrillation ร้อยละ 24 โรคไตเรื้อรังร้อยละ 19 และพบว่าโรคที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลคือ โรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 45 โรคกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติร้อยละ 19 โรคกล้ามเนื้อหัวใจร้อยละ 14 และความดันโลหิตสูงร้อยละ 12 ส่วนสาเหตุชักนำ เกิดจากการดำเนินของโรคที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 54 และจากการได้รับยาขับปัสสาวะไม่เพียงพอและการขาดยาร้อยละ 20 (Laothavorn et al., 2010)

2.1.3 ชนิดของภาวะหัวใจล้มเหลว สามารถแบ่งได้ดังนี้

2.1.3.1 Acute Heart Failure เป็นภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างเฉียบพลันทันทีทันใด อาจเกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหรือกล้ามเนื้อหัวใจเสียหายอย่างทันทีทันใด ทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติปรับตัวไม่ทัน เกิดภาวะเลือดและน้ำคั่งในปอด (pulmonary congestion) และบวม การไหลเวียนเลือดล้มเหลว (circulation failure) ทันที สามารถแบ่งออกเป็น 2 ชนิด

1) *de novo* heart failure ภาวะหัวใจล้มเหลวที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ไม่เคยมีประวัติมาก่อน ผู้ป่วยอาจมีประวัติเป็นโรคหัวใจหรือมีพยาธิสภาพของหัวใจ

2) *acute decompensation of chronic heart failure* ลักษณะภาวะหัวใจล้มเหลวชนิดเรื้อรังที่กลไกภายในร่างกายไม่สามารถชดเชยให้เลือดไปเลี้ยงร่างกายได้อย่างเพียงพอทำให้เกิดอาการกำเริบอย่างรุนแรง

2.1.3.2 Chronic Heart Failure อาการภาวะหัวใจล้มเหลวจะเกิดขึ้นช้าๆ และบ่อยๆ ช้าๆ จนทำให้กลไกการปรับตัวล้มเหลว พบได้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคกล้ามเนื้อหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง

2.1.4 อาการและระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว

2.1.4.1 อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการทางคลินิก (clinical syndrome) แบ่งตามอาการและอาการแสดงที่เกิดจากหัวใจซ้ายและหัวใจขวาล้มเหลว เนื่องจากสามารถแยกอาการและอาการแสดงทางคลินิกและอธิบายพยาธิสภาพได้ค่อนข้างชัดเจน (Soine, 2009) ดังนี้

ภาวะหัวใจซ้ายล้มเหลว (Left-sided Heart Failure)

เมื่อเกิดพยาธิสภาพของหัวใจทำให้หัวใจห้องล่างซ้าย (left ventricle) ต้องออกแรงต้านในการบีบเลือดออกจากหัวใจเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้ปริมาณเลือดเพียงพอกับความ

ต้องการของเนื้อเยื่อในร่างกาย ภายหลังกลไกชดเชยดำเนินต่อไปโดยไม่ได้รับการแก้ไข สุดท้ายหัวใจจะไม่สามารถชดเชยการทำงานได้ตามปกติ ทำให้เลือดสะสมอยู่ในห้องหัวใจห้องล่างซ้ายมากขึ้น ไหลทันทกลับสู่หัวใจห้องบนซ้าย (left atrium) ผ่านไปยังปอดและเส้นเลือดฝอยที่ปอด ทำให้ความดันในปอดสูงขึ้น โซเดียมและน้ำออกสู่ช่องว่างระหว่างเซลล์ เกิดน้ำคั่งในปอดมากขึ้น รบกวนกลไกควบคุมการหายใจจนทำให้การหายใจผิดปกติ ส่งผลให้เกิดอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจซีกซ้ายล้มเหลว ดังนี้

1. อาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก (Dyspnea) เป็นประสบการณ์ความรู้สึกอึดอัดหรือหายใจไม่เพียงพอ ไม่สุขสบายในการหายใจ เปรียบได้กับความรู้สึกหิวกระหายอากาศ เกิดจากการปรับตัวของร่างกายเพื่อรักษาสมดุลเมื่อเกิดพยาธิสภาพที่ปอดและหัวใจ (Huang et al., 2008) เป็นอาการที่พบบ่อย และเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่ห้องฉุกเฉินและกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากการศึกษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 187,565 ราย มาด้วยอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก ร้อยละ 80-90 และมีอาการเหนื่อยหอบขณะพักร้อยละ 34 (Pang et al., 2008) อาการเหนื่อยหอบเกิดขึ้นเนื่องจากการคั่งของเลือดและปอดบวม น้ำ พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยต้องออกแรงในการหายใจเพื่อสู้กับแรงดันในปอดที่สูงขึ้น โดยแบ่งอาการเหนื่อยหอบได้ดังนี้

1.1) อาการเหนื่อยหอบเมื่อออกแรง (dyspnea on exertion) ในการทำกิจกรรมที่ต้องใช้แรง เช่น ขึ้นบันได วิ่งหรือเดินเร็วๆ ออกกำลังกาย เป็นต้น และผู้ป่วยต้องพักนานกว่าคนปกติจึงจะหายเหนื่อย พบในระยะแรกของภาวะหัวใจล้มเหลว จากการศึกษาพบว่าอาการเหนื่อยหอบเมื่อออกแรงพบในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 63 (Gheorghiadu & Pang, 2009)

1.2) อาการเหนื่อยหอบในท่านอนราบ (Orthopnea) เป็นอาการเหนื่อยหอบรุนแรงขึ้นจนผู้ป่วยนอนราบไม่ได้ ต้องนอนหลับในท่านั่งอาการเหนื่อยหอบจะลดลง เนื่องจากท่านอนราบทำให้ปอดมีเลือดคั่งจากเลือดที่ไหลกลับจากอวัยวะส่วนปลายเข้าหลอดเลือดดำที่กลับเข้าหัวใจและปอด ทำให้หัวใจทำงานหนัก นอกจากนั้นการที่ปอดที่มีเลือดคั่งและบวม น้ำ ท่านอนราบกระบังลมจะสูงขึ้นเบียดปอด ทำให้ปอดขยายตัวไม่ดี อากาศที่ออกจากปอดลดลง อาการนอนราบไม่ได้จะเปลี่ยนแปลงไปตามความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว

1.3) อาการเหนื่อยหอบเป็นพักๆ ในช่วงเวลากลางคืน (Paroxysmal nocturnal dyspnea) อาการที่ผู้ป่วยจะนอนหลับสบายในท่านอนราบหนุนหมอนตามปกติประมาณ 2-5 ชั่วโมง และตื่นขึ้นมาตอนดึกเนื่องจากหายใจไม่ออก เหนื่อยหอบ มักเป็นอยู่ประมาณ 15-30 นาที อาการจะลดลงเมื่อนั่ง เกิดจากการเพิ่มปริมาตรของเลือดกลับเข้าสู่หัวใจ จากการดูดซึมกลับ

ของน้ำบริเวณที่บวมตามแขนขาที่สะสมอยู่ในเวลากลางวัน เมื่อหัวใจห้องซ้ายล้มเหลวไม่สามารถทนต่อปริมาณของเลือดที่มากเกินไปได้ ทำให้เพิ่มความดันในหลอดเลือดดำของปอด และเกิดอาการเหนื่อยหอบเป็นพักๆ ในช่วงเวลากลางคืน

2. ภาวะน้ำท่วมปอดเฉียบพลัน (acute pulmonary edema) เกิดจากการเพิ่มขึ้นของความดันในหลอดเลือดดำของปอดร่วมกับหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลว เมื่อสารน้ำเข้าไปในถุงลมปอด การแลกเปลี่ยนก๊าซจะถูกขัดขวางร่วมกับการที่ปอดยืดขยายได้ไม่ดี จากการศึกษาพบว่าภาวะปอดบวมน้ำอาจเกิดขึ้นขณะพักหรือเกิดจากการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นทันทีทันใดพบร้อยละ 3 ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Gheorghiade & Pang, 2009) อาการเหนื่อยหอบมักเกิดร่วมกับมีเสมหะเป็นฟองหรือมีสีชมพูหรือมีอาการหายใจผิดปกติแบบหยุดเป็นพักๆ (Cheyne-Stokes respiration) โดยมีลักษณะการหายใจหอบเร็ว (hyperpnea) และค่อยๆ ซาลงจนหยุดหายใจเป็นเช่นนี้สลับกันไป และการหายใจแบบ Cheyne-Stokes สามารถบ่งบอกถึงประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้าย (LV function) (Wedewardt et al., 2010)

3. อาการไอ (Cough) เกิดจากการกระตุ้นเมื่อมีน้ำคั่งในปอดและถุงลม ระยะแรกผู้ป่วยมีอาการไอแห้งๆ ไม่มีเสมหะ เมื่อระดับความรุนแรงเพิ่มขึ้นเกิดภาวะน้ำท่วมปอดผู้ป่วยจะไอมีเสมหะเป็นฟองสีชมพูหรืออาจพบว่าผู้ป่วยไอเป็นเลือด หากมีการรบกวนของหลอดเลือดแดงภายในปอด

ภาวะหัวใจซีกขวาล้มเหลว (Right-sided Heart Failure)

เป็นภาวะที่มักเกิดตามหลังภาวะหัวใจซีกซ้ายล้มเหลว ส่วนหัวใจซีกขวาล้มเหลวพบได้น้อย พบในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจไตรคัสปิดตีบหรือปิดไม่สนิท โรคของปอดและหลอดเลือด เป็นสาเหตุให้ความต้านทานของหัวใจห้องขวาเพิ่มขึ้น ทำให้ความดันในหลอดเลือดดำทั่วร่างกายสูงขึ้น และความดันเลือดในตับและม้ามมีมากขึ้น ส่งผลให้เกิดอาการและอาการแสดงที่สำคัญของภาวะหัวใจซีกขวาล้มเหลว มีดังนี้

1. การคั่งของน้ำและมีอาการบวม (congestion and edema) เกิดขึ้นเนื่องจากเลือดไม่สามารถไหลกลับเข้าสู่หัวใจห้องบนขวา จึงย้อนกลับไปยังหลอดเลือดดำ Superior Vena Cava (SVC) และ Inferior Vena Cava (IVC) และต่อๆ ไปยังเส้นเลือดดำตามอวัยวะและส่วนต่างๆ ของร่างกาย เกิดอาการคั่งของเลือดในอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ทำให้แรงดันน้ำ (hydrostatic pressure) สูงขึ้น น้ำถูกขับออกนอกหลอดเลือดไปอยู่บริเวณระหว่างเซลล์ (interstitial space) เกิดการบวมขึ้น ซึ่งมีลักษณะกดบุ๋ม (pitting edema) จากการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 20,118 ราย มีอาการบวมถึงร้อยละ 68 (Gheorghiade & Pang, 2009)

2. ตับโต (Hepatomegaly) และ ท้องมาน (Ascites) เกิดจากเลือดไหลกลับเข้าสู่หัวใจซึ่งขาได้ไม่ดีหรือไม่ได้ เลือดจะย้อนกลับไปที่ IVC ไปอยู่ใน hepatic vein ทำให้ตับขยายใหญ่ขึ้น ตับโต เลือดคั่งในตับมากจนเนื้อตับขาดออกซิเจนเกิดเนื้อตับตายและกลายเป็นพังผืดแข็งที่เรียกว่า ตับแข็งจากโรคหัวใจ (cardiac cirrhosis)

3. หลอดเลือดที่คอโป่ง เนื่องจากเลือดไหลกลับเข้าสู่หัวใจห้องบนขวา เพราะความดันในหัวใจห้องบนขวาที่สูงขึ้น

อาการที่เกิดจากปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกตอนาทีลดลง (low cardiac output)

เมื่อหัวใจไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งสองข้างหรือข้างใดข้างหนึ่งผลที่เกิดขึ้นกับร่างกายคือ ปริมาตรเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการดังต่อไปนี้

1. อาการทางสมอง เช่น อาการสับสน ความจำเสื่อม หลงลืมง่าย ไม่มีสมาธิ นอนไม่หลับ วิดกกังวล หงุดหงิด กระสับกระส่าย เนื่องจากสมองขาดออกซิเจน (cerebral hypoxia) เกิดจากปริมาณเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้สึก และการรับรู้ หรืออาจเป็นผลจากอาการหายใจเร็วสลับช้าหรือหยุดหายใจเป็นระยะๆ (Cheyne-Stokes respiration) ซึ่งพบว่าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสูญเสียการรับรู้ (cognitive impairment) พบมากที่สุดในช่วงระยะสุดท้าย (end-stage HF) และผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีโอกาสสูญเสียการรับรู้มากกว่าคนปกติถึง 4 เท่า (Sauve, Lewis, Blankenbiller, Rickabaugh, & Pressler, 2009) และสามารถทำนายอัตราการเสียชีวิตได้ ร้อยละ 20 ($R^2 = 0.20$, $p < .001$) (Pressler, Kim, Riley, Ronis, & Gradus-Pizlo, 2010)

2. อาการอ่อนเพลีย อ่อนล้า กล้ามเนื้อเปลี้ยอ่อนแรง (Fatigue, weakness) เกิดจากเลือดที่บีบออกจากหัวใจมีปริมาตรน้อยลง ไม่สามารถไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่างๆ ของร่างกายได้เพียงพอ ทำให้เนื้อเยื่อขาดออกซิเจนและการขนถ่ายของเสียออกจากร่างกายช้า จึงทำให้ผู้ป่วยอ่อนเพลียได้ง่าย นอกจากนี้การนอนหลับและพักผ่อนไม่เพียงพออาจทำให้อ่อนเพลียมากขึ้น อาจเกิดจากการได้รับผลข้างเคียงจากยาขับปัสสาวะ ทำให้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะบ่อยและยังส่งผลให้ร่างกายสูญเสียโซเดียมและโปแตสเซียม และอาจเกิดความเครียด ความวิตกกังวล การเผชิญกับสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 1,612 รายมีอาการอ่อนล้าร้อยละ 36 (Laothavorn et al., 2010)

3. การเปลี่ยนแปลงการทำงานของไต จำนวนเลือดที่ออกจากหัวใจต่อ 1 ครั้งลดลง เลือดไปเลี้ยงไตลดลง อัตราการกรองลดลง ทำให้มีปัสสาวะออกน้อย (oliguria) ดังนั้นจึงใช้ปริมาณปัสสาวะที่ออกน้อยกว่า 1 ซีซี/กิโลกรัม/ชั่วโมง เป็นอาการแสดงทางคลินิกที่บ่งบอกถึงภาวะที่มีปริมาณเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีลดลง และหากเลือดที่ไปยังไตลดลงจากปกติร้อยละ 50-75 จะเกิดภาวะไม่มีน้ำปัสสาวะ (anuria) ซึ่งเป็นอาการในระยะสุดท้ายของภาวะหัวใจล้มเหลว

2.1.4.2 ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว

American College of Cardiology Foundation / American Heart Association Task Force on Practice Guideline แบ่งระยะของภาวะหัวใจล้มเหลวตามการดำเนินของโรค (Stage of heart failure) (Hunt et al., 2005; วรรณวรงค์ วงศ์เจริญ, 2547) เป็น 4 ระยะ ดังนี้

ขั้นที่ 1 (State A) ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว แต่ยังไม่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดโคโรนารี ประวัติเคยมีกล้ามเนื้อหัวใจตาย เบาหวาน โรคลิ้นหัวใจผิดปกติ มีประวัติโรคหัวใจในครอบครัว มีประวัติใช้สารหรือยาที่เป็นพิษต่อหัวใจ เช่น anthracyclines ดื่มสุราเรื้อรัง

ขั้นที่ 2 (Stage B) ผู้ป่วยมีความผิดปกติในโครงสร้างและการทำงานของหัวใจ แต่ยังไม่มีอาการเช่น มีกล้ามเนื้อหัวใจหนา (LV hypertrophy) การทำงานของหัวใจบกพร่องจากเบาหวาน (diabetic cardiomyopathy) หัวใจโตจากลิ้นหัวใจผิดปกติแต่ยังไม่มีอาการ

ขั้นที่ 3 (Stage C) ผู้ป่วยที่มีโครงสร้างหรือการทำงานของหัวใจผิดปกติ และผู้ป่วยมีอาการหรือเคยมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว แต่ยังสามารถควบคุมอาการด้วยการรักษา

ขั้นที่ 4 (Stage D) เป็นระยะสุดท้ายของภาวะหัวใจล้มเหลว มีอาการและมีการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของหัวใจ ไม่สามารถควบคุมอาการโดยการรักษาที่เป็นมาตรฐาน จำเป็นที่ต้องแก้ไขที่สาเหตุโดยตรง เช่น ผ่าตัดซ่อมลิ้นหัวใจ หรือการผ่าตัดใส่ลิ้นหัวใจเทียม หรือการฝังเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ เป็นต้น

สามารถจำแนกระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวโดยประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม (New York Heart Association Functional Classification: NYHA) ของผู้ป่วย การแบ่งระดับความรุนแรงดังกล่าวนี้ เป็นการแบ่งเพื่อบ่งบอกถึงอาการผู้ป่วยเป็นสำคัญ อาจจะไม่สามารถสะท้อนความรุนแรงของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ซึ่งระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถเปลี่ยนกลับไปกลับมาได้ภายหลังการรักษาและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม (วรรณวรงค์ วงศ์เจริญ, 2547) แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 (NYHA class I) หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร ขับถ่าย เดินทางราบ เดินขึ้นบันได และ ออกกำลังกายและทำกิจกรรมต่างๆที่เคยทำได้ตามปกติโดยไม่มีอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก อ่อนเพลีย ใจสั่นหรือเจ็บหน้าอก

ระดับที่ 2 (NYHA class II) หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวัน และทำกิจกรรมต่างๆที่เคยทำได้มากพอสมควร โดยอาจมีอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก อ่อนเพลีย ใจสั่นหรือเจ็บหน้าอกเล็กน้อย แต่เมื่อได้พักแล้วจะรู้สึกสบายขึ้น

ระดับที่ 3 (NYHA class III) หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมต่างๆที่เคยทำได้เพียงเล็กน้อย เพราะจะรู้สึกเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก อ่อนเพลีย ใจสั่นหรือเจ็บหน้าอก แต่เมื่อได้พักแล้วจะรู้สึกสบายขึ้น

ระดับที่ 4 (NYHA class IV) หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่างๆ ได้เลย แม้ในขณะที่พักก็ยังมีอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก อ่อนเพลีย ใจสั่นหรือเจ็บหน้าอก

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีโอกาสเสียชีวิตได้ทุกระยะ ในระดับความรุนแรง NYHA class I-II ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตจากการเสียชีวิตกะทันหัน (sudden death) ได้ เนื่องจากการเต้นของหัวใจผิดปกติหะ เช่น หัวใจห้องล่างเต้นเร็วผิดปกติ (ventricular fibrillation) และระดับความรุนแรง NYHA class III-IV มีโอกาสเสียชีวิตจากสาเหตุหัวใจมีการบีบตัวไม่มีประสิทธิภาพและทำให้เกิดภาวะ cardiogenic shock ตามมา (Dickstein et al., 2008)

2.1.5 แนวทางการรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

2.1.5.1 วิธีการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

เป้าหมายของการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อป้องกันและชะลอ การเสื่อมของการทำงานของหัวใจ รักษาและควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง หรือสาเหตุของการ ทำงานผิดปกติของหัวใจที่จะนำไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลว ลดอาการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และ ปรับปรุงคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ลดอัตราการตาย (Dickstein et al., 2008; Lindenfeld et al., 2010) โดยมีวิธีการรักษาดังนี้

1. การรักษาโดยใช้ยา กลุ่มยาที่ใช้ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีดังต่อไปนี้

1.1) ยากลุ่มยับยั้งเอ็นไซม์แองจิโอเทนซิน (Angiotensin Converting Enzyme inhibitor) ออกฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดขยายหลอดเลือดแดง ช่วยเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจาก

หัวใจใน 1 นาที อาการข้างเคียงของยาที่ต้องเฝ้าสังเกตคือ ความดันโลหิตต่ำ ไตเสียหายที่ภาวะโปแตสเซียมสูง อาการไอ และเวียนศีรษะ การบริหารยาควรเริ่มครั้งแรกก่อนนอนเพื่อป้องกันความดันโลหิตลดต่ำลงมากจากการใช้ครั้งแรก ตรวจวัดความดันโลหิต การทำงานของไตและ electrolytes ก่อนเริ่มยา ต่อจากนั้น 1-2 สัปดาห์หลังการปรับขนาดในแต่ละครั้ง และที่ 3 เดือนและทุกๆ 6 เดือน งดยาถ้าพบการทำงานของไตบกพร่อง (ถ้าครีตินินในเลือดสูงกว่าค่าเริ่มต้นร้อยละ 50 หรือสูงกว่า 3 มก./ดล.) ไม่ควรให้ร่วมกับยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDS เพราะมีผลต่อการออกฤทธิ์ เมื่อผู้ป่วยมีอาการไอ ต้องแยกแยะระหว่างอาการไอเนื่องจากภาวะน้ำท่วมปอด โรคปอดหรือเป็นจากยา ACE inhibitor จริงๆ หากผู้ป่วยไอมากจนรบกวนการหลับนอน อาจพิจารณาเปลี่ยนเป็นยากกลุ่ม angiotensin receptor blocker (ARB) แทน

1.2) ยากลุ่มปิดกั้นตัวรับเบต้าเอเดรีนาจิก (Beta-adrenergic receptor antagonist) มีฤทธิ์ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ทำให้การใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจน้อยลง ยับยั้งการกระตุ้นจากระบบประสาทซิมพาธิค ทำให้การทำงานของหัวใจดีขึ้น ชะลอความก้าวหน้าของโรค ควรใช้ในผู้ป่วยระดับความรุนแรง NYHA class II-IV ที่มีอาการทรงตัว (stable) ทุกราย ยกเว้นจะมีข้อห้ามเช่น ผู้ป่วยโรคหอบหืด ผู้ป่วยต้องไม่อยู่ในสภาวะน้ำคั่งอย่างชัดเจน เช่น บวมมาก หรือยังมีน้ำท่วมปอด (pulmonary edema) ส่งผลให้อาการทรุดได้ จึงจำเป็นต้องเฝ้าระวังอาการภาวะหัวใจล้มเหลว ควบคุมไม่ให้ น้ำและเกลืออย่างเคร่งครัด แนะนำให้ผู้ป่วยชั่งน้ำหนักตนเองทุกวัน เฝ้าระวังอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นคือ ภาวะความดันโลหิตต่ำ หน้าที่ดวงตา

1.3) ยากลุ่มปิดกั้นตัวรับอัลโดสเตอโรน (Aldosterone receptor antagonist) ออกฤทธิ์ทำให้ยับยั้งการทำงานของอัลโดสเตอโรน ทำให้ลดการดูดกลับของเกลือโซเดียมที่ไต ยับยั้งการเกิดพังผืดของกล้ามเนื้อหัวใจ ขอบ่งชี้ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวระดับความรุนแรง NYHA class III-IV ร่วมกับ beta-blocker และยาขับปัสสาวะเพื่อหวังผลลดอัตราการตาย ลดอาการและการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ใช้ในผู้ป่วยหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจากการทำงานผิดปกติของหัวใจห้องล่างซ้าย (LVEF ต่ำกว่า ร้อยละ 40) อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นคือ ผู้ป่วยชายอาจมีอาการเจ็บเต้านม (gynaecomastia) มากจนต้องลดหรือหยุดยา ในการบริหารยาควรตรวจระดับโปแตสเซียมและการทำงานของไตก่อนเริ่มยา (ระดับโปแตสเซียมในเลือดควรน้อยกว่า 5 มิลลิโมล/ลิตร และครีตินิน น้อยกว่า 2.5 มก./ดล.) และควรตรวจระดับโปแตสเซียมและครีตินินอีกครั้งที่ 4-6 วัน หลังให้ยาและทุกๆ 3 เดือน หลีกเลี่ยงการให้ร่วมกับยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDS และ potassium sparing diuretics อื่นๆ (สมชาย หรรษคุณาชัย, 2547)

1.4) ยากลุ่มขยายหลอดเลือด (Nitrates) กลไกการออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือดดำช่วยให้กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดคลายตัว ทำให้ช่วยลดความดันในหัวใจก่อนหัวใจบีบตัวและขยายหลอดเลือดหัวใจ (preload) จึงช่วยลดการทำงานของหัวใจ ลดอาการเจ็บหน้าอก ลดเลือดคั่งในปอด ทำให้อาการของภาวะหัวใจล้มเหลวดีขึ้น อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เช่น ชีพ มีนงง ปวดศีรษะและความดันโลหิตลดลง ห้ามใช้ขยายหลอดเลือด เช่น ไวอากร้าร่วมด้วย เพราะอาจทำให้ความดันโลหิตต่ำลงอย่างมาก

1.5) ยาขับปัสสาวะ เป็นยาอีกชนิดหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อควบคุมปริมาณน้ำในร่างกาย ช่วยขับเกลือและน้ำออกจากระบบไหลเวียน ผู้ป่วยต้องสังเกตอาการข้างเคียงของยาขับปัสสาวะได้แก่ ทำให้ปัสสาวะมากขึ้น ปากแห้ง เวียนศีรษะ และปวดข้อ การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงภายหลังได้ยาขับปัสสาวะ เช่น ควรชั่งน้ำหนักตัววันละครั้ง และปัสสาวะของตนเองในแต่ละวัน สังเกตอาการบวมตามร่างกาย อาการเหนื่อยหอบเพิ่มมากขึ้น น้ำหนักตัวลดลงมากผิดปกติ รวมทั้งสังเกตเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะโปแตสเซียมในกระแสเลือดต่ำจากการได้รับยาขับปัสสาวะ ส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเสียชีวิตอย่างกะทันหันจากการเต้นของหัวใจห้องล่างผิดจังหวะ

1.6) ยาช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ Digitalis ออกฤทธิ์โดยเพิ่มแรงบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ มีผลทำให้หัวใจบีบตัวแรงขึ้น ปริมาตรเลือดออกจากหัวใจในแต่ละครั้ง (stroke volume) เพิ่มขึ้น และลดการส่งกระแสไฟฟ้าจาก AV node ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจที่เร็วผิดปกติใน Atrial Fibrillation (AF) ช้าลง ไม่มีผลต่ออัตราการตายแต่ช่วยลดอาการและการเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลเนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลวกำเริบ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการ (NYHA class II-IV) เนื่องมาจากการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายทำงานไม่มีประสิทธิภาพ (left ventricular systolic dysfunction) ควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีหัวใจห้องบนเต้นผิดจังหวะ (atrial fibrillation) (แต่ควรเลือกใช้ beta-blocker ก่อน) ข้อห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นช้าหรือหัวใจเต้นผิดปกติ Bradycardia, Second และ third degree AV block, Sick sinus syndrome, Wolff-Parkinson-White syndrome และในผู้ป่วยโปแตสเซียมและแคลเซียมในร่างกายต่ำ ไตวาย อาการข้างเคียงของยาจะพบได้ในผู้ป่วยที่ได้ยาขนาดสูง เช่น ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน การมองเห็นผิดปกติ สับสน มีนงง ควรเฝ้าระวังและมีความแม่นยำในการวินิจฉัยภาวะพิษจาก digitalis ตรวจสอบการทำงานของไตระดับโปแตสเซียมในเลือดก่อนเริ่มการรักษา หลีกเลี่ยงหรือระมัดระวังเป็นพิเศษในผู้ป่วยที่การทำงานของไตบกพร่อง นอกจากนั้นยังมียา Dopamine เป็นยาที่จะช่วยเพิ่มการบีบตัวของกล้ามเนื้อ

หัวใจ และเพิ่ม stroke volume ทำให้ cardiac output เพิ่มขึ้น และยังช่วยขยายหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไต ทำให้เพิ่มการขับน้ำและโซเดียมออกทางปัสสาวะ และยา Dobutamine มีผลกระตุ้นเบต้าที่หัวใจ ทำให้เพิ่มอัตราการเต้นและแรงบีบตัวของหัวใจ แม้ว่ายา Dopamine และ Dobutamine จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจ ทำให้เพิ่ม cardiac output แต่ทำให้ความต้องการออกซิเจนของหัวใจจะเพิ่มขึ้นด้วยจึงต้องให้ด้วยความระมัดระวัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอยู่แล้ว

2. การรักษาด้วยการทำหัตถการและการผ่าตัด ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีสาเหตุจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จะได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือด (percutaneous coronary intervention: PCI) หรือการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery bypass graft: CABG) เพื่อทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่ขาดเลือดมีปริมาณที่เพิ่มขึ้น (revascularization) นอกจากนี้ยังมีการผ่าตัดแก้ไขความพิการของลิ้นหัวใจให้สามารถทำงานได้ดีขึ้น ส่วนการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ (cardiac resynchronization therapy: CRT) ในผู้ป่วยที่มีอัตราการบีบตัวกล้ามเนื้อหัวใจ (Left Ventricular Ejection Fraction: LVEF) น้อยกว่าร้อยละ 35 ร่วมกับการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างไม่พร้อมเพรียง (cardiac dyssynchrony) สังเกตจากมีการนำไฟฟ้าตั้งแต่ Q wave ถึง S wave (QRS duration) นานเกิน 0.12 วินาทีขึ้นไป จะช่วยให้หัวใจทำงานได้ดีขึ้น ลดปริมาณการรั่วของลิ้นไมทรัล การใส่เครื่องช็อกหัวใจ (implantable cardioverter defibrillator: ICD) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มี LVEF ลดลง และมีประวัติหัวใจหยุดเต้น (cardiac arrest) หรือหัวใจห้องล่างเต้นเร็วผิดปกติ (ventricular fibrillation) หรือในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มี LVEF น้อยกว่าร้อยละ 35 และมีระดับ NYHA class I-III เพื่อป้องกันการเสียชีวิตกะทันหัน (sudden cardiac arrest) และการใช้เครื่องพุงหัวใจ (Ventricular Assist Devices: VAD) ทดแทนการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายหรือขวา ทำให้เลือดสามารถไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายและอวัยวะต่างๆ ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทำให้หัวใจสามารถฟื้นฟูสภาพ เพื่อรอโอกาสในการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (cardiac transplantation)

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

3.1) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีบทบาทในการดูแลตนเองอย่างเต็มมี
ประสิทธิภาพ

3.2) ประเมินปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษาอย่างต่อเนื่องและต่อการ
ดูแลตนเองของผู้ป่วย

3.3) ญาติหรือผู้ใกล้ชิดมีบทบาทสำคัญในทีมและมีส่วนร่วมดูแลรักษา

3.4) มุ่งเน้นความเข้มงวดในการดูแลผู้ป่วยที่ความเสี่ยงสูงในการกลับเข้า
รับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ

3.5) ดูแลรักษาผู้ป่วยโดยอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพ

3.6) ปรับยาให้ได้ตามแนวทางการรักษามาตรฐาน

3.7) มีช่องทางให้ผู้ป่วยและญาติสามารถติดต่อทีมแพทย์และพยาบาล
เพื่อขอคำปรึกษาได้โดยง่าย

3.8) การหากลยุทธ์ต่างๆ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ต้อง
วิเคราะห์ในผู้ป่วยแต่ละรายอาจแตกต่างกัน

3.9) ให้ความรู้และคำปรึกษาตัวต่อตัวแก่ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลใน
หัวข้อต่อไปนี้

3.9.1 การจำกัดเกลือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวควรบริโภค
เกลือน้อยกว่า 2 กรัมต่อวัน ร่วมกับการไม่เติมเกลือ น้ำปลา หรือซีอิ๊วในอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว และ
หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารกระป๋อง อาหารจานด่วน อาหารสำเร็จรูป ควรอ่านฉลากแสดง
ส่วนประกอบทางโภชนาการเพื่อดูปริมาณส่วนผสมของเกลือหรือโซเดียมคลอไรด์ในอาหาร

3.9.2 การจำกัดน้ำดื่ม ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการ
รุนแรงควรดื่มน้ำไม่เกิน 2 ลิตรต่อวัน เพื่อช่วยการควบคุมน้ำหนัก และลดการใช้ยาขับปัสสาวะใน
ขนาดสูง ผู้ป่วยควรระมัดระวังการรับประทานซूप น้ำผลไม้ หรือผลไม้ที่มีน้ำเป็นส่วนประกอบ
จำนวนมาก ด้วยการบันทึกปริมาณน้ำดื่มในแต่ละวัน

3.9.3 การควบคุมภาวะโภชนาการ แนะนำผู้ป่วยที่มี
น้ำหนักเกินหรืออ้วน ควรลดน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ภาวะอ้วนทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น
และมีขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงยิ่งขึ้น จากรายงาน
การศึกษาใน ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่สามารถลดน้ำหนักลงได้ พบว่ามีระดับความรุนแรงของ
อาการหัวใจล้มเหลวดีขึ้น

3.9.4 การเฝ้าระวังอาการตนเอง ผู้ป่วยควรรู้จักอาการต่างๆ
ของภาวะหัวใจล้มเหลว โดยเฉพาะอาการของภาวะน้ำเกิน และสามารถประเมินได้ว่าอาการเหนื่อย

มากขึ้น น้ำหนักเพิ่มขึ้น บวม นอนราบไม่ได้ หรือการลุกมาด้วยอาการเหนื่อยหอบตอนกลางคืน เป็นอาการที่ไม่ควรมีในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมแล้ว หากเริ่มมีอาการดังกล่าวควรแจ้งให้ทีมสุขภาพรับรู้แต่เนิ่นๆเพื่อได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงที และลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น

3.9.5 การชั่งน้ำหนักตัว เพื่อประเมินภาวะน้ำเกิน ผู้ป่วยควรชั่งน้ำหนักตนเองทุกวัน หรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในตอนเช้าหลังจากถ่ายปัสสาวะแล้ว และก่อนรับประทานอาหารเช้า การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวมากกว่า 1 กิโลกรัม ใน 1-2 วัน แสดงถึงการมีภาวะน้ำคั่งในร่างกาย ผู้ป่วยควรปรึกษาแพทย์และพยาบาลเพื่อจัดการกับปัญหาก่อนจะมีอาการกำเริบรุนแรง

3.9.6 การงดดื่มแอลกอฮอล์ เป็นสาเหตุชักนำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว จึงควรงดดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิดอย่างเด็ดขาด เนื่องจากแอลกอฮอล์มีผลลดการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ

3.9.7 การเลิกสูบบุหรี่ ผู้ป่วยควรเลิกสูบบุหรี่อย่างเด็ดขาด เนื่องจากสารนิโคตินในบุหรี่จะกระตุ้นให้หลอดเลือดหดตัวและหัวใจเต้นเร็วขึ้น ขณะที่คาร์บอนไดออกไซด์ในควันบุหรี่ขัดขวางการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนในปอด ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการรุนแรงมากขึ้น

3.9.8 การออกกำลังกาย ผู้ป่วยควรออกกำลังกายในระดับที่ร่างกายสามารถทำได้อย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบและอ่อนแรง ช่วยให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายของร่างกายดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถทำงานต่างๆ ได้มากขึ้นและมีความสุขเพิ่มขึ้น วิธีออกกำลังกายที่เหมาะสม คือ การปั่นจักรยาน หรือ การเดินบนพื้นราบ โดยเริ่มทีละน้อยจาก 2-5 นาทีต่อวันเป็นเวลา 1 สัปดาห์แล้วเพิ่มเป็น 5-10 นาทีต่อวัน หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายชนิดที่มีการเกร็งของกล้ามเนื้อ เช่น การเบ่ง การยกของหนักกว่า 10 กิโลกรัม หรือการออกกำลังกายมากเกินไปจนรู้สึกล้าของตนเอง จากการศึกษาพบว่าการใช้โปรแกรมเดินออกกำลังกายที่บ้านในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันดีขึ้น คุณภาพชีวิตทั่วไป และคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับผลกระทบของภาวะหัวใจล้มเหลวดีขึ้น (กฤติกา ชูณรงค์, 2547)

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

2.1.5.2 การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

เพื่อให้การพยาบาลและดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างครอบคลุม (Schematic Depiction of Comprehensive Heart Failure Care) ได้มีการศึกษาและแบ่งผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเป็น 5 ระยะดังนี้ (Gardetto & Carroll, 2007; Goodlin, 2009)

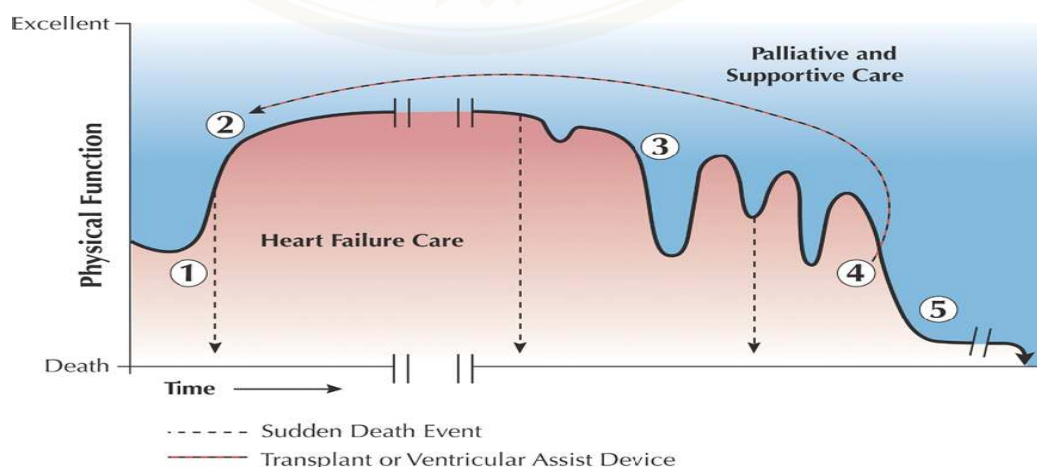
ระยะที่ 1 คือ ระยะ New Onset HF ผู้ป่วยเริ่มมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวครั้งแรก และได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตกะทันหันได้

ระยะที่ 2 คือ Chronic HF ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้น หรือภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะคงที่ สามารถกลับไปใช้ชีวิตอยู่ที่บ้านได้ตามเดิม มีสัญลักษณ์ || || แสดงให้เห็นว่าเป็นช่วงเวลาที่สามารถขยายไม่ให้ไปสู่ระยะที่ 3 ได้ถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษาและการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

ระยะที่ 3 คือ Advance HF ผู้ป่วยที่มีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวกำเริบ ทำให้ต้องกลับเข้ารับการรักษซ้ำในโรงพยาบาล

ระยะที่ 4 คือ ระยะ End stage HF ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวขั้นรุนแรง ต้องได้รับการรักษาด้วยเครื่องมือพิเศษและวิธีการเฉพาะ เช่น ต้องใส่เครื่องพยุงการทำงานของหัวใจ การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ หากได้รับการรักษาอาการดีขึ้นสามารถกลับบ้านกลับสู่ระยะที่ 2

ระยะที่ 5 หรือ ระยะ End of Life ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา มีสัญลักษณ์ || แสดงให้เห็นว่าช่วงเวลาผู้ป่วยสามารถอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี การแบ่งระยะในการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ดังแสดงในรูปภาพที่ 2.1



รูปภาพที่ 2.1 แบ่งระยะในการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

การพยาบาลภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะต่างๆ

ระยะที่ 1 เป้าหมายการพยาบาลเพื่อรักษาอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว ลดปัจจัยกระตุ้น และความรุนแรงในการดำเนินโรค ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยตามอาการและสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ภายหลังการดูแลรักษาผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น พยาบาลต้องให้ความรู้ในการจัดการตนเอง ประเมินค้นหาสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว และสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้ตามปกติ การให้ความรู้พยาบาลจะต้องเข้าใจกระบวนการเรียนรู้ของผู้ป่วย และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกว่ายากต่อการปฏิบัติและมั่นใจว่าสามารถดูแลตนเองได้ นอกจากนั้นประเมินการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจที่อาจเกิดขึ้น เช่น วิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอน ภาวะซึมเศร้า ภาวะไร้พลัง ซึ่งต้องให้การดูแลในการแก้ปัญหาจัดการกับสิ่งเร้า และร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ซึ่งประกอบด้วย การจัดการกับกระบวนการรับรู้ เพื่อลดภาวะเครียดทางอารมณ์ การฝึกผ่อนคลาย และการสนับสนุนทางสังคม (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2009) ข้อมูลการใช้สิทธิการรักษาต่างๆก็จำเป็น เพื่อช่วยลดความกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย (Gardetto & Carroll, 2007; Goodlin, 2009; Hardin & Hussey, 2003; Timby & Smith, 2010; Soine, 2009; เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา, 2552; สมจิต หนูเจริญกุล, 2552)

ระยะที่ 2 เป้าหมายการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่กับโรคได้ยาวนานที่สุด โดยไม่เกิดอาการกำเริบ (exacerbation) ลดอัตราการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล พัฒนาทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และชะลอการดำเนินของภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยอาจเกิดอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวขึ้นในเวลาใดก็ได้ การให้ความรู้ในระยะนี้เน้นทำให้ผู้ป่วยรับรู้และตระหนักในปัญหาของตนเองให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง การเฝ้าระวังอาการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเช่น การบวมที่ขา น้ำหนักมากขึ้น รู้สึกหายใจผิดปกติ ไอต่อเนื่อง นอนราบไม่ได้ เหนื่อยง่ายกว่าปกติ หากเริ่มมีอาการควรรีบมาพบแพทย์แต่เนิ่นๆ และให้ความสำคัญในการมาพบแพทย์ตามนัด เพื่อความต่อเนื่องในการรักษา เป็นที่ปรึกษาในการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตเพื่อให้สอดคล้องกับภาวะหัวใจล้มเหลวและแผนการรักษา โดยร่วมกันค้นหาปัญหาร่วมกับผู้ป่วยและหาแนวทางร่วมกัน อาจให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เมื่อผู้ป่วยหรือญาติต้องการปรึกษาปัญหาต่างๆ เกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งจะช่วยลดค่าใช้จ่าย (Gardetto & Carroll, 2007; Goodlin, 2009; Hardin & Hussey, 2003; Timby & Smith, 2010; Soine, 2009; เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา, 2552; สมจิต หนูเจริญกุล, 2552)

ระยะที่ 3 เป้าหมายการพยาบาลเพื่อรักษาอาการ decompensate heart failure ควบคุมความรุนแรงในการดำเนินโรค และลดอัตราการเสียชีวิต ผู้ป่วยระยะนี้เป็นผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้เป็นปกติเต็มศักยภาพ เนื่องจากมี

อาการเช่น เหนื่อยหอบ เหนื่อยง่าย ใจสั่น ความดันโลหิตต่ำ พยาบาลต้องเน้นการให้การดูแลรักษาพยาบาลอย่างใกล้ชิด การประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง ควรวางแผนการพยาบาลในแต่ละวันให้สอดคล้องกับอาการ อาการแสดง และความรุนแรงหรือความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยการจำกัดปริมาณน้ำและเกลือ การให้ยาขับปัสสาวะ ยาขยายหลอดเลือด และยาอื่นๆ ร่วมกับการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา การประเมินทางด้านจิตใจ อาการซึมเศร้า ความวิตกกังวล หากมีอาการเหล่านี้ค้นหาสาเหตุของการเกิดอาการและช่วยหาวิธีแก้ไขร่วมกันกับผู้ป่วยและญาติ (Gardetto & Carroll, 2007; Goodlin, 2009; Hardin & Hussey, 2003; Timby & Smith, 2010; Soine, 2009; เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา, 2552; สมจิต หนูเจริญกุล, 2552)

ระยะที่ 4 เป้าหมายการพยาบาลเพื่อดูแลรักษาอาการ decompensate heart failure ขึ้นรุนแรงที่ต้องได้รับยารักษาภาวะหัวใจล้มเหลวทางหลอดเลือดดำตลอดเวลา หรือต้องใช้อุปกรณ์อื่นในการรักษา เช่น เครื่องพุงหัวใจ หรือ ผู้ป่วยที่รอทำ heart transplantation เป็นต้น พยาบาลควรให้การดูแลรักษาพยาบาลอย่างใกล้ชิด สังเกตและเฝ้าติดตามภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับยารักษาภาวะหัวใจล้มเหลวทางหลอดเลือดดำ มีการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการให้การพยาบาลในกรณีที่ผู้ป่วยต้องใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือพิเศษ การเฝ้าติดตามอาการและอาการแสดงทางด้านร่างกายและจิตใจ การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกในการรักษา (Gardetto & Carroll, 2007; Goodlin, 2009; Hardin & Hussey, 2003; Timby & Smith, 2010; Soine, 2009; เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา, 2552; สมจิต หนูเจริญกุล, 2552)

ระยะที่ 5 เป้าหมายการพยาบาลเน้นที่คุณภาพชีวิตมากกว่าการยื้อชีวิต ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกการรักษาในช่วงสุดท้ายของชีวิต คำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และวัฒนธรรมของผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายมากที่สุด ให้ความเป็นส่วนตัว การพยาบาลจึงต้องคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย ให้การดูแลอย่างมีจริยธรรมและคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยประเมินความเสี่ยง ประโยชน์ของแต่ละทางเลือกในการให้การดูแลผู้ป่วย การให้ข้อมูลกับครอบครัวหรือญาติเกี่ยวกับการดำเนินของโรค การให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลระยะสุดท้ายเป็นสิ่งสำคัญ เพราะผู้ป่วยได้รับการตอบสนองตามความต้องการและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองต่อครอบครัว แต่การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม พยาบาลจะต้องจัดการดูแลครอบครัวให้สามารถเผชิญความเครียดต่อการสูญเสียได้ มีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติที่จะเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตได้อย่างเหมาะสม (Gardetto & Carroll, 2007; Goodlin, 2009; Hardin & Hussey, 2003; Timby & Smith, 2010; Soine, 2009; เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา, 2552; สมจิต หนูเจริญกุล, 2552)

2.1.6 ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากภาวะหัวใจล้มเหลว

เนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นโรคเรื้อรัง ต้องใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนาน พยาธิสภาพ ความรุนแรง และการดำเนินของโรคที่เกิดขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงและมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ตลอดเวลา เนื่องจากไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แม้จะสามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้ จึงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

2.1.6.1 ผลกระทบด้านร่างกาย

เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของหัวใจไม่สามารถบีบตัวเพื่อส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายได้อย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ และปอดบวม น้ำ ทำให้ปอดมีการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ผู้ป่วยจึงมีความทนในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆลดลง มีอาการอ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง (Krethong, Jirapaet, Jitpanya, & Sloan, 2008; Zambroski, Moser, Bhat, & Ziegler, 2005) อาจเกิดร่วมกับภาวะโปแตสเซียมต่ำจากการได้รับยาขับปัสสาวะ การดำเนินของโรคเพิ่มมากขึ้นอาจต้องจำกัดกิจกรรมและการเคลื่อนไหวของร่างกายเพื่อลดการใช้ออกซิเจนของเนื้อเยื่อ ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนพักบนเตียงนานๆ ส่งผลต่อการย่อยและการดูดซึมอาหารลดลงและอาจทำให้มีอาการท้องผูก ผลจากการท้องของเลือดในทางเดินอาหาร ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียนแน่นท้องรับประทานอาหารได้น้อย และอาจมีอาการตับโตและกดเจ็บ (Heo, Lennie, Okoli, & Moser, 2009) อาการที่เกิดขึ้นรบกวนการนอนหลับพักผ่อนของผู้ป่วยเนื่องจากนอนราบไม่ได้ หรือมีอาการหอบเหนื่อยในเวลากลางคืนหรือเป็นผลจากการได้รับยาขับปัสสาวะ ทำให้ผู้ป่วยพักผ่อนไม่เพียงพอ (ช่อผกา พิษพันธ์ไพศาล, 2545) และปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลงทำให้การรับรู้ความรู้สึก ความจำ การคิด การตัดสินใจ การแก้ปัญหาและการเรียนรู้ไม่เหมาะสม อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย อาการหอบเหนื่อยทำให้มีข้อจำกัดในการมีเพศสัมพันธ์ (Zambroski & Louisville, 2003)

2.1.6.2 ผลกระทบด้านจิตใจ อารมณ์

ภาวะหัวใจล้มเหลวทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆในร่างกาย อาการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด กลัววิตกกังวล และเกิดความไม่แน่ใจในการรักษา ท้อแท้ หดหู่ การไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ ความมีคุณค่าในตนเองลดลง ผู้ป่วยอาจรู้สึกถูกจำกัด หรือกีดกันจากการถูกคุกคามต่อบทบาทและหน้าที่ที่ทำให้แยกตัวและก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 38.64 ส่งผลในการร่วมมือในการรักษาลดลง (จันทร์เพ็ญ สมโน, 2551) และไม่สนใจในการดูแลสุขภาพของตนเองและการรับรู้สุขภาพลดลง เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพไม่เหมาะสม

2.1.6.3 ผลกระทบด้านสังคม

ทำให้ทรัพยากรบุคคลของประเทศชาติซึ่งเป็นทรัพยากรที่สำคัญอาการแสดงที่เกิดขึ้นในภาวะหัวใจล้มเหลว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีแบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมเกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคมและต้องการการพึ่งพาผู้ป่วยอาจมีการแยกตัวออกจากสังคม เนื่องจากผลของการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้ตามปกติ จึงต้องแยกตัวไม่เข้าสังคม ลดบทบาทในสังคมเนื่องจากต้องดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรค มีศักยภาพลดลง มีขีดจำกัดสร้างสรรค์หรือพัฒนาประเทศ (Heo, et al., 2009) สมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียด ความวิตกกังวล กลัว และหากอาการรุนแรงมากขึ้นผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ญาติต้องดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ทำให้เหน็ดเหนื่อยเมื่อยล้า รวมทั้งต้องปรับเปลี่ยนความรับผิดชอบหรือหน้าที่ที่เคยมีในครอบครัว (เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา, 2552)

2.1.6.4 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นความเจ็บป่วยที่เรื้อรังรักษาไม่หาย มีโอกาสที่เกิดภาวะแทรกซ้อนและอาการกำเริบได้ตลอดเวลา ซึ่งทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก และจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานและกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติ ทำให้ขาดรายได้จากการทำงาน และยังเกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลต้องขาดรายได้ เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบต้องหยุดงานเพื่อดูแลผู้ป่วยและรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา และยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของชาติโดยรวมอีกด้วย ต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ทำให้รัฐต้องใช้งบประมาณในการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก (Europe & Tyni-Lenne, 2004)

2.2 คุณภาพชีวิต

2.2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต เป็นคำที่มีความหมายกว้าง เป็นนามธรรม ซับซ้อนและหลายมิติ เป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล และเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นชั่วคราว เปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา มีผู้ให้นิยามของคุณภาพชีวิตแตกต่างกันไป ดังนี้

World Health Organization (1993) คุณภาพชีวิตเป็นระดับการมีชีวิตที่ดี มีสุข และความพึงพอใจในชีวิต ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และการดำเนินชีวิตของบุคคลในสังคม ซึ่งเป็นการประสานการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม ภายใต้วัยวัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละคน

Orem (1995) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตมีความหมายเช่นเดียวกับความผาสุก เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการมีชีวิตอยู่ตามความพึงพอใจ และความรู้สึกเป็นสุขภายในจิตใจ ความรู้สึกพึงพอใจในสภาวะของร่างกาย สังคม และความผาสุกทางใจในปัจจุบันของแต่ละบุคคล

Zhan (1992) กล่าวว่า เป็นระดับของประสบการณ์ในชีวิตของบุคคลที่มีความพึงพอใจและประสบการณ์ของบุคคลนั้นมีความซับซ้อนและเป็นพลวัต โดยที่ภูมิหลังของบุคคล สถานการณ์ในสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และอายุ ล้วนมีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคลในการให้ความหมายของคุณภาพชีวิต ซึ่งการให้ความหมายของบุคคลนั้นจะต้องได้มาจากการเปลี่ยนผ่านระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม

Padilla และคณะ (1983) กล่าวถึง คุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้และความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนไปตามภาวะสุขภาพ โดยวัดจากความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย ทักษะของตนเองต่อสุขภาพ ความพอใจในชีวิตและความรู้สึกว่าคุณเองได้รับความช่วยเหลือจากสังคม

Rector (2005) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยจากผลกระทบที่เกิดขึ้นจากอาการทางด้านร่างกาย (physical symptoms) การรับรู้ภาวะสุขภาพ (health perceptions) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และผลกระทบที่เกิดจากอาการต่อความสามารถในการทำหน้าที่ (functional ability)

ดังนั้นคุณภาพชีวิตจึงเป็นสิ่งสำคัญในระบบบริการสุขภาพ เพราะคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นจุดมุ่งหมายปลายทางในการดำเนินชีวิตของคน ไม่ว่าใครก็ตามต่างมีความมุ่งหวังที่จะใช้ชีวิตของตนอย่างมีคุณค่ามากที่สุด แม้แต่ผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วย เกิดความทุกข์ทรมานและความเครียดเนื่องจากภาวะเจ็บป่วย ผู้ป่วยต้องพยายามปรับตัวทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเท่าที่จะสามารถทำได้ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข ผลลัพธ์ที่ได้จากการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยมิใช่ตัดสินเฉพาะการรอดชีวิตหรือการมีชีวิตยืนยาวต่อไปของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังขึ้นอยู่กับคุณภาพชีวิตในช่วงเวลาที่เหลือ จึงจะประสบผลสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic care) โดยคำนึงถึงความสมดุลระหว่างร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสังคมและสิ่งแวดล้อม ดังนั้นคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยจึงเป็นเป้าหมายที่แท้จริงของการให้บริการทางสุขภาพในปัจจุบัน

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของ Rector (2005) ซึ่งกล่าวว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการของโรคเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตของตนเองเปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพในขณะนั้น พยาธิสภาพของภาวะ

หัวใจล้มเหลว ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการหายใจเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ อาการล้า อาการบวมของแขนขา อาการเหล่านี้มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยตรง และทำให้การทำหน้าที่ด้านต่างๆ ของผู้ป่วยลดลง หรือถูกจำกัด ผู้ป่วยจึงเกิดภาวะกดดันทางจิตใจ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ลดลงเช่นกัน การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคได้ จะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

2.2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

2.2.2.1 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลย่อมแตกต่างกันไปขึ้นกับการรับรู้ส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อม สังคม และวัฒนธรรม ปัจจัยเหล่านี้ประกอบด้วย

1) ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยและอายุมาก มีความคาดหวังและการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของภาวะในการทำหน้าที่แตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุมีความคาดหวังในตนเองเกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่โดยทั่วไปต่ำกว่า จึงรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า (Masoudi et al., 2004) ส่วนปัจจัยด้านเพศ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพศหญิงมีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพดีกว่าเพศชาย และเข้าใจความหมายในการเจ็บป่วยของตนทางด้านบวกมากกว่าเพศชาย ทั้งที่ระดับความรุนแรงของอาการภาวะหัวใจล้มเหลวจะมากกว่า มีการศึกษาพบว่าเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเพศชาย โดยเฉพาะด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย และกิจกรรมทางสังคม (Riedinger et al., 2001) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยระดับการศึกษา การศึกษาเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยพัฒนาสติปัญญาของบุคคลช่วยให้บุคคลรู้จักใช้ความรู้ เข้าใจปัญหาและวิธีการปฏิบัติได้ดี สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ

2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม คือ แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยซึ่งได้รับจาก ครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางด้านสุขภาพ หรือแหล่งอื่นๆรวมทั้งสภาพแวดล้อมทางกายภาพ (Heo et al., 2005) สถานภาพสมรส เป็นตัวบ่งชี้การได้รับการสนับสนุนทางสังคม หรือการได้รับความเกื้อหนุนจากคู่สมรส การรับรู้ถึงการมีแหล่งสนับสนุนจะช่วยให้บุคคลมีความภาคภูมิใจ เกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ช่วยส่งเสริมให้บุคคลดูแลตนเองได้ดีขึ้น ปัจจัยด้านรายได้ ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งค่าใช้จ่ายในการรักษาและติดตามป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคมิราคาด่อนข้างแพง ดังนั้นหากผู้ป่วยมีรายได้ต่ำ ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น อาจทำให้รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ กังวล ซึมเศร้า เครียดและส่งผลถึงคุณภาพชีวิตที่เลวลง

3) ปัจจัยทางสรีระวิทยา เป็นการทำหน้าที่ของเซลล์ อวัยวะ และระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆในร่างกายซึ่งเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่งคำนึงให้สิ่งมีชีวิตอยู่ได้

4) ปัจจัยด้านอาการ เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงอาการผิดปกติทางร่างกาย จิตใจ และการรู้คิดที่ผิดปกติไปจากเดิม ระดับความรุนแรงของโรค เป็นปัจจัยบ่งบอกถึงความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวดีขึ้นในผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการดีขึ้น (Masoudi et al., 2004) ระยะเวลาการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัว โดยการปรับตัวมีผลต่อการคงไว้ซึ่งสภาวะทั้งร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้ป่วย

5) ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ เป็นความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมหรืองานให้บรรลุผลสำเร็จได้แก่การปฏิบัติกิจกรรมทางกาย อารมณ์ สังคม การรู้คิด และบทบาทหน้าที่ โดยปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญและมีอิทธิพลในการบ่งชี้ถึงการทำหน้าที่

6) ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป เป็นการรับรู้ถึงองค์ประกอบทั้งหมด การสังเคราะห์และประเมินภาวะสุขภาพจากปัจจัยทั้งหมด ได้แก่ กระบวนการทางกาย อาการความสามารถในการทำหน้าที่

2.2.2.2 คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่งผลให้มีอาการเหนื่อย หอบหายใจลำบากทั้งในระยะเรื้อรังและระยะเฉียบพลัน อาการใจสั่น นอนราบไม่ได้ บวมตามแขนขา อ่อนเพลีย ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมและกิจกรรมประจำวันต่างๆ (functional limitation) กระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Rector, Anand, & Cohn, 2006) จากการศึกษาของ Bekelman และคณะ (2007) และ Blinderman และคณะ (2008) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะอาการคงที่ระดับ NYHA class II-IV ผู้ป่วยรับรู้อาการที่เกิดขึ้นใน 1 สัปดาห์ได้ถึง 9 อาการ ซึ่งจำนวนของอาการที่เกิดขึ้นสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ ร้อยละ 32 สัมพันธ์กับการศึกษาของ พวงผกา กริทอง (2008) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 422 ราย พบว่า อาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวทำให้มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมและการรับรู้ภาวะสุขภาพร้อยละ 69 ทั้งนี้ยังพบว่าอาการแสดง ความสามารถในการทำหน้าที่ของหัวใจ ข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม การสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ร้อยละ 58 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Zambroski และคณะ (2005) พบว่า ความชุกของอาการที่เกิดขึ้นและอาการที่เป็นภาระในการดำเนินชีวิตส่งผลต่อคุณภาพชีวิตร้อยละ 67 นอกจากนี้ยังมีการศึกษาถึงระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว (NYHA class) และระยะ

ของภาวะหัวใจล้มเหลวตามการดำเนินของโรค (Stage of heart failure) ที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่เลวลง (Athanasopoulos, Dritsas, Doll, & Cokkinos, 2010; Azevedo et al., 2008)

อาการที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดำเนินชีวิต และความรู้สึกทุกข์ทรมานด้านจิตใจ (Psychological distress) เกิดความรู้สึก เครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า ความรู้สึกด้านลบต่อความเจ็บป่วยเกิดขึ้นจากผลกระทบของภาวะหัวใจล้มเหลว ทำให้การรับรู้ภาวะสุขภาพลดลง การปรับตัวต่อความเจ็บป่วย (coping style) ไม่เหมาะสม เช่น ปฏิเสธ หลีกหนี และระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวที่เพิ่มมากขึ้นจะส่งผลให้ขึ้นเกิดความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า (Hallas, Wray, Andreou, & Banner, 2010) จากการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 233 ราย พบว่าระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานด้านจิตใจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าและมีคุณภาพชีวิตเลวลง (Faller et al., 2010; Rector et al., 2006) สัมพันธ์กับการศึกษาของ Cully และคณะ (2010) พบว่า อาการซึมเศร้า ร่วมกับความทุกข์ทรมานของอาการที่เกิดขึ้น อายุ ระดับความรุนแรงสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 31 และจากการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 3 เดือน พบว่าร้อยละ 70 มีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าซึ่งมีสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ($r = -.453$, $r = -.485$, $p < .001$) และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตร่วมกับอายุ อาการทางด้านร่างกาย (physical symptom status) ได้ร้อยละ 45 (Heo, Doering, Widener, & Moser, 2008)

นอกจากปัจจัยของอาการทางด้านร่างกายและจิตใจที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ยังพบว่าคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับรับรู้ส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม ประกอบด้วยปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ซึ่งปัจจัยด้านเพศในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่าเพศชายมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศหญิง เนื่องจากเพศชายมีลักษณะรูปร่างทางสรีระที่แข็งแรงกว่าเพศหญิง และจากการศึกษาพบว่าเพศหญิงรับรู้อาการและระดับความรุนแรงมากกว่าเพศชาย ซึ่งส่งผลต่อกระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกายและกิจกรรมทางสังคม และยังพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพศหญิงเกิดความทุกข์ทรมานด้านจิตใจมากกว่า (Friedman, 2003; Heo, Moser, & Widener, 2007; Johansson, Agnebrink, Dahlstroma, & Brostrom, 2004) ผู้ป่วยที่มีอายุมากมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย อาจเนื่องมาจากความคาดหวังและการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของภาวะหน้าที่ที่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุมีความคาดหวังในตนเองเกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่โดยทั่วไปต่ำกว่า จึงรับรู้คุณภาพชีวิตดีกว่า ปัจจัยด้านจำนวนของโรคร่วม (Co morbidity) อายุ ความรุนแรงของโรค ร่วมทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 40 (Buck & Riegel, 2010) จากการศึกษาของ นิตยา ศรีสุข (2551) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า รายได้ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ($r = .232$, $p < .05$)

นอกจากนั้นยังพบว่าพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองส่งผลต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลวด้วยเช่นกัน (Chairanai, Salyer, & Best, 2009; Suwanno et al., 2009) ผลลัพธ์ที่เกิดจากระดับคุณภาพชีวิตที่เลวลงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลและอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น (Iqbal, Francis, Reid, Murray, & Denvir, 2010; O'Loughlin et al., 2010)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าคุณภาพชีวิตที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องการคือ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และทำกิจกรรมทางสังคมตามปกติ มีความสุขในการดำเนินชีวิต และการคงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลในครอบครัวของตน (Heo et al., 2009) ดังนั้นจำเป็นต้องมีการศึกษาถึงปัจจัยให้ครอบคลุมที่จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เพื่อพัฒนาแนวทางในการให้การพยาบาลโดยการบูรณาการให้สอดคล้องกับจิตใจ สังคม วัฒนธรรมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยและ เป้าหมายสำคัญคือช่วยให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพหรือความเจ็บป่วยสามารถมีชีวิตที่ดีได้

2.2.3 เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตประกอบด้วยหลายมิติ การสร้างแบบวัดคุณภาพชีวิตมีการ ออกแบบให้ครอบคลุมในแต่ละมิติและมีความแตกต่างกันไปตามวัตถุประสงค์ ซึ่งแนวคิดคุณภาพ ชีวิตด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อผู้ป่วยมีหลายมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ การทำงาน ศาสนา การใช้เครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตเป็นการประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยต้องการ ข้อมูลที่มีความถูกต้อง มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ ประเมินมีความเที่ยงตรง แบ่งการประเมินตามเนื้อหาเป็น 2 ประเภท คือ

1) การประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป (general measure of quality of life) เป็นการประเมินแบบกว้างๆ ถึงผลกระทบจากโรคหรือการรักษา โดยไม่มุ่งเน้นที่โรคหรือความ เจ็บป่วยใดๆ สามารถนำมาใช้ได้กับบุคคลทั่วไปทุกรูปแบบ ข้อดีคือ สามารถใช้ประเมินคุณภาพชีวิต ได้ในผู้ป่วยทุกโรค ที่ระดับความรุนแรงทุกระดับ และสามารถใช้ในคนปกติสุขภาพดี ข้อคำถามของ แบบประเมินนี้จึงมีลักษณะเป็นกลาง ไม่เจาะลึกในแต่ละด้าน ข้อด้อย คือ แบบสอบถามไม่มีความ เฉพาะเจาะจง และไม่มีความไวต่อความแตกต่างในแต่ละโรค นั่นคือไม่สามารถวัดความแตกต่าง เล็กน้อยที่มีความสำคัญกับผู้ป่วยและเป็นผลจากภาวะโรคหรือการรักษาชนิดต่างๆ (Bennett et al., 2003) เน้นองค์ประกอบด้านการทำหน้าที่ตามบทบาทต่างๆทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และ สังคม การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั่วไป และความพึงพอใจในชีวิต ตัวอย่างแบบประเมินคุณภาพ ชีวิตทั่วไป ได้แก่ Short Form Health Survey 36 (SF-36), the General Health Survey Short Form (SF-12), the Nottingham Health Profile (NHP), the Sickness Impact Profile (SIP) (Johansson et al., 2004)

2) การประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคหรืออาการเจ็บป่วย (disease specific measure of quality of life) เป็นการประเมินที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละโรคหรือความเจ็บป่วย ข้อดี คือ สามารถประเมินได้ตรงและง่ายกว่า สามารถบอกถึงการเปลี่ยนแปลงของโรคในระยะต่างๆ ได้ แต่ข้อด้อย คือ ไม่สามารถนำข้อมูลมาเปรียบเทียบกันได้ ตัวอย่างแบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคหรืออาการเจ็บป่วย ได้แก่ the Seattle Angina Questionnaire (SAQ), Specific Activity Scale (SAS), the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (LHFQ), the Quality of Life in severe Heart Failure Questionnaire (QLQ-SHF), the Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ), the Left Ventricular Dysfunction Questionnaire (LVD-36), the Chronic Heart Failure Questionnaire (CHQ) (Garin et al., 2009)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามวิถีชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมินนิโซต้า [the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (LHFQ)] ของ Rector, Kubo, และ Cohn (1987) เป็นแนวคิดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และเป็นแบบวัดเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วยต่อภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ วัดการรับรู้ 3 ด้าน คือ ผลกระทบด้านร่างกาย ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ และผลกระทบด้านจิตใจ โดยข้อคำถามจะเกี่ยวข้องกับอาการและอาการแสดงของโรค การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล มีการให้คะแนน 0 - 5 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 105 คะแนน คะแนนยิ่งมากแสดงว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ แบบสอบถามนี้ได้รับความนิยมและมีการแปลเป็นภาษาต่างๆ มากกว่า 30 ภาษา ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการข้ามวัฒนธรรมและไม่ต้องใช้เวลาในการประเมินมากนัก ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบวัดโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.86 และมีการหาค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่ม (interclass correlation coefficient) ระหว่างการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ และการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว โดยการเก็บข้อมูลห่างกัน 2 วัน ได้เท่ากับ 0.87 ส่วนการทดสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ พบว่าค่าคะแนนคุณภาพชีวิตของแบบวัดนี้มีการแปรผันตามระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวที่จำแนกตามเกณฑ์ของ สมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (NYHA) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0001 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 21, 37, 53, และ 69 ในระดับความรุนแรง NYHA 1, 2, 3, และ 4 ตามลำดับ (Rector, 2005a, 2005b) จากการศึกษาเปรียบเทียบแบบสอบถามวิถีชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว คือ Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (LHFQ), the General Health Survey Short Form (SF-12) พบว่า LHFQ มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย (responsive) มากกว่า SF-12 (Ni et al., 2000) เหมาะสำหรับผู้ประเมินและใช้เวลาในการประเมินน้อย รวมทั้งคะแนนคุณภาพชีวิตไม่มีความแตกต่าง

ระหว่างการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์และการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว (Bennett et al., 2003; Garin et al., 2008)

แบบสอบถามวิธีชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมิโนโซต้าได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย กฤติกา ชุมวงษ์ (2547) ทำการแปลและแปลย้อนกลับ ซึ่งนำมาทดสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 15 ราย ด้วยการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.89 และมีการนำเครื่องมือนี้มาใช้ในการงานวิจัยพบว่าค่าความเชื่อมั่น 0.94-0.95 (วรินทร์ เวียงโสด, 2547; ศิริวรรณ ตั้งจิตตรสกุล, 2551)

โดยมีฉบับแปลเป็นภาษาไทยของ พวงผกา กริทอง (2008) และทำการแปลย้อนกลับ ซึ่งนำแบบสอบถามวิธีชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวไปทดสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 30 ราย ด้วยการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ได้เท่ากับ 0.78-0.83 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) อยู่ในระดับที่เชื่อถือได้คือ 0.94 มีการนำเครื่องมือนี้มาใช้ในการงานวิจัยพบว่าค่าความเชื่อมั่น 0.81 (นิตยา ศรีสุข, 2551)

โดยผู้วิจัยได้ขออนุญาตและเลือกใช้ฉบับแปลของ กฤติกา ชุมวงษ์ (2547) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบฉบับแปลภาษาไทยทั้ง 2 ฉบับแบบสอบถามทั้ง 2 ฉบับมีเนื้อหาและความเชื่อมั่นที่ใกล้เคียงกัน

2.3 ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

2.3.1 แนวคิดและทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

2.3.1.1 ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

Lazarus และ Folkman (1984) ให้ความหมายความรู้สึกไม่แน่นอนว่าเป็นปัจจัยสำคัญด้านสถานการณ์หรือปัจจัยด้านเหตุการณ์ที่มีบทบาทในการประเมินตัดสินใจและการเผชิญปัญหาของบุคคล เนื่องจากความไม่แน่นอนของเหตุการณ์จะทำให้ยากต่อการประเมินสถานการณ์ว่าเป็นอันตรายหรือมีความรุนแรงหรือไม่ ความไม่แน่นอนจึงเป็นภาวะที่คุกคามต่อบุคคล

Hilton (1988) ให้ความหมายว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึงการที่บุคคลไม่สามารถแยกแยะสภาพความเจ็บป่วยได้ชัดเจน ถ้ามีมากจะทำให้มองความเจ็บป่วยและทำนายผลลัพธ์ความเจ็บป่วยไปในทางร้าย

Mishel (1988) ให้ความหมาย ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง การที่บุคคลไม่สามารถตัดสินความหมายของความเจ็บป่วย รวมทั้งที่บุคคลไม่สามารถให้ความหมายและจำแนกประเภทของความเจ็บป่วยให้สัมพันธ์กับเหตุการณ์ เนื่องจากขาดคำแนะนำเกี่ยวกับการวินิจฉัยและความรุนแรงของความเจ็บป่วยที่เพียงพอ

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง การที่บุคคลไม่สามารถให้ความหมายของความเจ็บป่วยและทำนายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยได้ อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยไม่เข้าใจในความเจ็บป่วยที่ตนเองประสบ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดขึ้นในทุกๆ ระยะของความเจ็บป่วยตั้งแต่ระยะแรกของความเจ็บป่วย ระยะเรื้อรังและระยะกำเริบของอาการ เกิดจากผู้ป่วยไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ความเจ็บป่วย การรักษาที่จะได้รับ ผลของการรักษา และการดำเนินชีวิตร่วมกับภาวะเจ็บป่วยในช่วงอาการจะสงบหรือกำเริบเป็นช่วงๆ ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ส่งผลต่อการปรับตัวและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วย ต่อเนื่องถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

2.3.1.2 ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล พัฒนาขึ้นมาเพื่อเป็นแนวทางในการอธิบายบุคคล เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะมีเหตุการณ์ที่ทำให้บุคคลไม่สามารถตัดสินให้ความหมายของความเจ็บป่วย ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่เกิดจากความเจ็บป่วยนั้นๆ รวมทั้งบุคคลไม่สามารถจำแนกประเภทของความเจ็บป่วยให้สัมพันธ์กับเหตุการณ์ได้ เนื่องจากขาดคำแนะนำที่เพียงพอ ขาดข้อมูล การอธิบายไม่ชัดเจน การวินิจฉัยไม่ครบถ้วน ไม่คุ้นเคยกับความเจ็บป่วยนั้น หรือความเจ็บป่วยนั้นรุนแรงเกินไป การกลับเป็นซ้ำ หรือโรคกำเริบมากขึ้น โดยมีแนวคิดพื้นฐานจาก ลาซารัสและโฟล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) มิเชลสร้างแนวคิดและทำการศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยเริ่มจากการศึกษาตัวแปรที่มาก่อน และมีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนนี้ และบุคคลเหล่านี้ประเมินตัดสิน เผชิญปัญหาและการปรับตัวอย่างไรต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ

1) ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการรักษา (Ambiguity) หมายถึง ผู้ป่วยประเมินความเจ็บป่วยและการรักษาได้ไม่ชัดเจน ไม่แน่นอน ไม่ทราบสาเหตุของอาการเจ็บป่วย รุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น และการรักษานั้นๆ เนื่องจากขาดประสบการณ์ และข้อมูลที่เหมาะสม จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคตับอักเสบ C เรื้อรัง (Chronic Hepatitis C) จำนวน 126 ราย พบว่า ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการรักษา มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ($r = .51, p < .001$) และคุณภาพชีวิต ($r = -.37, p < .001$) (Bailey et al., 2009)

2) ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบการดูแล (Complexity)

หมายถึงการที่ผู้ป่วยประเมินว่าขั้นตอน วิธีการรักษา และการดูแลมีความยุ่งยากซับซ้อน ใช้เวลานาน และใช้อุปกรณ์พิเศษในการรักษาตลอดถึงระเบียบขั้นตอนในการเข้ารับการรักษาของสถานบริการ ผู้ป่วยไม่คุ้นเคยไม่ว่าวิธีการและขั้นตอนการรักษา การดูแลซับซ้อนจะช่วยให้ตนเองหายได้

3) ด้านการได้รับข้อมูลไม่สม่ำเสมอ หรือมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลบ่อย

หรือไม่สอดคล้องกับข้อมูลที่เคยได้รับ (Inconsistency) หมายถึงการที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเปลี่ยนแปลงอยู่บ่อยๆ หรือข้อมูลใหม่ที่ได้ไม่ตรงกับข้อมูลที่เคยได้รับ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถประเมินอาการเจ็บป่วยต่างๆที่เกิดขึ้นได้

4) ด้านการไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาการเจ็บป่วยและการพยากรณ์

โรค (Unpredictability) หมายถึง การที่ผู้ป่วยไม่สามารถคาดการณ์ผลที่เกิดจากความเจ็บป่วย และการรักษาได้ เนื่องจากความคลุมเครือ ความซับซ้อน และความไม่สม่ำเสมอของข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา

องค์ประกอบของทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนมี 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Antecedents of uncertainty) ได้แก่ (Mishel, 1988, 1990; Mishel & Clayton, 2003)

1. องค์ประกอบของสิ่งเร้า (Stimuli Frame) หมายถึง รูปแบบและโครงสร้างของสิ่งเร้าที่บุคคลรับรู้ และสร้างแบบแผนความรู้ความเข้าใจต่อเหตุการณ์ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยรูปแบบตัวกระตุ้นในทางที่ดีจะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลง แต่ถ้ารูปแบบของตัวกระตุ้นไม่เป็นในทางที่ดีจะเพิ่มความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมากขึ้น ประกอบด้วยส่วนประกอบย่อย 3 ส่วน ได้แก่

1.1) รูปแบบของอาการแสดง (Symptom pattern) หมายถึง ระดับความรุนแรงและความต่อเนื่องของอาการแสดงที่บุคคลรับรู้และให้ความหมาย ซึ่งประเมินได้จากจำนวนครั้งที่เกิดอาการ และความรุนแรงของอาการ ตำแหน่งและระยะเวลาที่เกิดการเจ็บป่วย ถ้ารูปแบบของอาการแสดงออกมีความรุนแรงไม่ชัดเจน หรือมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคลุมเครือ ไม่สามารถเข้าใจ และให้ความหมายของอาการแสดงได้ ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น จากการศึกษาในผู้ป่วย Atrial Fibrillation พบว่าจำนวนอาการและความถี่ของอาการที่เกิดขึ้นมีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอน ร้อยละ 21 (Kang, 2011)

1.2) ความคุ้นเคยในเหตุการณ์ (event familiarity) หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นซ้ำๆ จนเกิดความเคยชิน เกิดขึ้นจนเป็นประจำ เมื่อบุคคลคุ้นเคยกับเหตุการณ์ จะเกิดการรับรู้ให้ความหมาย และคาดเดาเหตุการณ์ได้ ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง แต่ถ้าเป็น

เหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย เช่น การเจ็บป่วยครั้งแรก จะทำให้ไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ได้ จึงทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง สถานที่สิ่งแวดล้อมทางสุขภาพที่ไม่คุ้นเคย ไม่รู้ในกฎ การปฏิบัติที่เหมาะสม เครื่องมือและการรักษา ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน จากการศึกษาของ ซ่อผกา พิษพันธ์ไพศาล (2001) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 120 รายพบว่าผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง และจากเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย ในด้านเสียง และแสงในหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ ($r = 0.31$, $p < 0.05$)

1.3) ความสอดคล้องของเหตุการณ์ที่คาดหวังกับความเป็นจริง (event congruence) หมายถึง ความสอดคล้องระหว่างเหตุการณ์ที่คาดหวังกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงที่บุคคลประสบในการเจ็บป่วย ซึ่งจะช่วยให้บุคคลเข้าใจเหตุการณ์มากขึ้น แต่ถ้าเหตุการณ์ที่คาดหวังไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ที่เกิดความคลุมเครือไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ได้ จึงทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น

2. ความสามารถในการรู้คิดและเข้าใจ (Cognitive Capacity) หมายถึง ระดับความสามารถของบุคคลต่อการจัด ปรับ การประมวล และแปลข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ได้รับ เพื่อพิจารณาตัดสินเหตุการณ์นั้น ความสามารถในการรับรู้ และเข้าใจ ต่อเหตุการณ์จะลดลง เมื่อมีความผิดปกติทางด้านร่างกาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อระดับการรู้และเข้าใจ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องอาศัยความตั้งใจต่อการรับรู้ และความเข้าใจสูง เพราะระดับความตั้งใจสามารถถูกบั่นทอนได้จากความเจ็บปวด ยาที่ได้รับ และภาวะทุพโภชนาการ เป็นต้น นอกจากนี้ สิ่งเร้าภายใน เช่น ความรู้สึกเป็นอันตราย ความเจ็บปวด ความไม่สุขสบาย หรือการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ก็สามารถส่งผลกระทบต่อความสามารถในการรับรู้และเข้าใจ และลดพลังในการแก้ปัญหา โดยที่ความสามารถรู้คิดและเข้าใจนี้มีผลกระทบต่อความสามารถในการเผชิญปัญหา ไม่สามารถประเมินสถานการณ์ที่ถูกต้อง ทำให้เพิ่มความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในขณะที่บุคคลมีความสามารถในการรับรู้และเข้าใจสูงจะสามารถรับรู้รูปแบบของการแสดงได้ถูกต้อง สามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ตรงกับความเป็นจริง ส่งผลทางอ้อมต่อการลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยผ่านรูปแบบตัวกระตุ้น

3. แหล่งประโยชน์ที่สนับสนุนช่วยเหลือ (Structure Provider) หมายถึง ความพร้อมของแหล่งประโยชน์ที่บุคคลมีอยู่ ช่วยบุคคลในการแปลและให้ความหมายต่อองค์ประกอบของสิ่งเร้านั้นๆ ซึ่งแหล่งประโยชน์ดังกล่าวจะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยทางตรงนั้นแหล่งประโยชน์จะช่วยให้บุคคลแปลความหมายของสถานการณ์ได้ ส่วนทางอ้อมแหล่งประโยชน์จะช่วยให้ความหมายของรูปแบบการแสดง เกิดความคุ้นเคยในเหตุการณ์และสามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งแหล่งประโยชน์ประกอบด้วย

3.1) ระดับการศึกษา (Education) มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทั้งทางตรงและทางอ้อม ผู้ที่การศึกษาสูงจะเข้าใจข้อมูลและการรับรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพและจากสื่อต่างๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ทำให้สามารถให้ความหมายสิ่งที่จะต้องเผชิญจึงมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง

3.2) แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) สามารถป้องกันการเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยสนับสนุนในแง่การให้ความหมายเหตุการณ์ด้วยการพูดปรึกษาแลกเปลี่ยนและปฏิสัมพันธ์ในเชิงสนับสนุนจากญาติ ทำให้ความคลุมเครือหรือความซับซ้อนของสถานการณ์นั้นมีความชัดเจนขึ้น และสามารถทำนายสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยและการรักษาได้ ซึ่งบุคคลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมดีจะทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง จากการศึกษาของ Sammarco (2010) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 101 คน พบว่าระดับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอน นอกจากนั้นความรู้สึกไม่แน่นอนและการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตได้ ร้อยละ 27

3.3) บุคลากรทางด้านสุขภาพที่เชื่อถือได้ (Credible authority) เป็นระดับความเชื่อถือ ไว้วางใจของบุคคลที่มีต่อบุคลากรผู้ให้บริการ โดยเฉพาะแพทย์ พยาบาลซึ่งสามารถช่วยเพิ่มความชัดเจนของรูปแบบสิ่งเร้า ด้วยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของโรค และอาการที่เกิดตามมาแก่ผู้ป่วย หรือข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย วิธีการรับบริการจะช่วยลดความคลุมเครือและช่วยให้มองสถานการณ์ได้ชัดเจนขึ้น ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง

ส่วนที่ 2 การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอน (Appraisal of uncertainty)

กระบวนการที่บุคคลให้คุณค่าของเหตุการณ์ หรือสถานการณ์ของความรู้สึกไม่แน่นอนของตนเอง โดยอาศัยกระบวนการประเมินตัดสินใน 2 รูปแบบ คือ

1) การลงความเห็น (inference) หมายถึง การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอน โดยใช้เหตุการณ์หรือสถานการณ์ของความรู้สึกไม่แน่นอนของตนเอง หรือจากประสบการณ์ทั่วไป ความสามารถในการเรียนรู้ และความสามารถในการควบคุมตนเอง

2) การสร้างความเชื่อใหม่ (illusion) หมายถึง รูปแบบของความเชื่อจากความรู้สึกไม่แน่นอนที่บุคคลพิจารณาความเชื่อตามแนวคิดที่ตนปรารถนา

ผลของการประเมินตัดสินจะปรากฏใน 2 รูปแบบ คือ

- 1) การประเมินตัดสินว่าเป็นโอกาส (Opportunity) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่ประเมินตัดสินว่าเป็นโอกาสเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยประเมินตัดสินเหตุการณ์นั้นเป็นความท้าทาย โดยลงความเห็นว่าแม้เหตุการณ์นั้นจะอันตราย แต่ก็สามารถควบคุมได้ โดยอาศัยแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่หรือเกิดจากการสร้างความเชื่อใหม่ว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนว่าเป็นโอกาส แก่ผู้ป่วยในการที่จะมีชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งการประเมินการตัดสิน ความรู้สึกไม่แน่นอน ว่าเป็นโอกาส มักสัมพันธ์กับการมองโลกในแง่ดี
- 2) ประเมินตัดสินว่าเป็นอันตราย (Danger) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่ถูกประเมินว่าเป็นอันตรายเกิดเมื่อผู้ป่วยประเมินว่าเป็นอันตราย หรือความสูญเสียกำลังจะเกิดขึ้นกับตนเอง เป็นเหตุการณ์ที่ทำให้เหตุผลเชิงลบ หรือผลที่ไม่ต้องการ การประเมินตัดสิน ความรู้สึกไม่แน่นอนว่าเป็นอันตราย มักมีความสัมพันธ์กับการมองโลกในแง่ร้าย

ส่วนที่ 3 การเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอน (Coping with uncertainty)

การเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนหรือการเผชิญปัญหา เป็นกระบวนการเกิดขึ้นเพื่อจัดการกับสถานการณ์หรือสิ่งกระตุ้นต่างๆ ที่บุคคลประเมินตัดสินว่าเป็นอันตราย ความไม่สบายใจ หรือเป็นโอกาสแก่ตนเอง มี 2 ลักษณะ คือ

- 1) การเผชิญปัญหาโดยการมุ่งแก้ปัญหา (active or problem-focus coping) การเผชิญปัญหาวิธีนี้จะมุ่งเน้นที่การจัดการกับปัญหาโดยตรง หรือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดปัญหาโดยตรง
- 2) การเผชิญปัญหาโดยการจัดการกับอารมณ์ (passive or emotion-focused coping) เป็นการเผชิญปัญหาโดยการปรับอารมณ์ความรู้สึกหรือเปลี่ยนแปลงการรับรู้โดยไม่ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์

เมื่อความรู้สึกไม่แน่นอนถูกบุคคลประเมินตัดสินว่าเป็นอันตราย/ภาวะความไม่สบายใจ (coping with danger) ที่ก่อให้เกิดอันตรายจะเกิดเมื่อเหตุการณ์นั้นไม่สามารถทำนาย ผลลัพธ์ได้ชัดเจน เป็นเหตุการณ์ที่รุนแรง มองโลกในแง่ร้าย ทำให้เกิดความวิตกกังวล เกิดอาการเศร้า โดยมีวิธีการเผชิญปัญหา มุ่งแก้ปัญหา (Mobilizing strategies) และมุ่งจัดการกับอารมณ์/ หรือปรับอารมณ์ (Affect control strategies) เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอน (Mishel & Clayton, 2003)

หากประเมินว่าเป็นโอกาส (coping with opportunity) โดยที่บุคคลจะพอใจ ที่จะคงความรู้สึกไม่แน่นอนไว้ (Buffering strategies) เพราะเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความหวัง ซึ่งจะเป็นผลในทางบวก ดังนั้นบุคคลจะใช้วิธีปกป้อง เพื่อคงความรู้สึกไม่แน่นอนไว้

การปรับตัว (Adaptation) เป็นความสามารถของบุคคลในการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปทั้งภายนอกและภายใน เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทั้งด้านร่างกาย จิต สังคม ที่ปรากฏโดยรูปแบบที่เหมาะสมกับบุคคล ในการพยายามจัดการกับสถานการณ์ และต้องการลดความรู้สึกไม่แน่นอนเมื่อประเมินสถานการณ์ว่าเป็นอันตราย และลดความรู้สึกไม่แน่นอนนั้นไว้เมื่อประเมินสถานการณ์นั้นเป็นโอกาส

ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดขึ้นจะประเมินความรู้สึกนั้นว่าเป็นอันตรายหรือโอกาสต่อตนเอง และจะใช้วิธีการเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยหรือปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น เพื่อจัดการกับความรู้สึกนี้ วิธีการเผชิญปัญหาที่บุคคลเลือกใช้จะมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของบุคคล เมื่อบุคคลใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพจะทำให้เกิดการปรับตัวที่เหมาะสม แต่ถ้าผู้ป่วยใช้วิธีการเผชิญปัญหาหรือความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไม่เหมาะสมจะทำให้เกิดผลลัพธ์คือ การปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ เช่น มีภาวะซึมเศร้า เกิดความวิตกกังวล ส่งผลต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จากการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดสียาลดเลือดหัวใจ พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับความทุกข์ทรมานด้านจิตใจและกลยุทธ์ในการปรับตัว (Taylor-Piliae & Molassiotis, 2001) และการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งบริเวณศีรษะและคอพบว่าการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นและความรู้สึกไม่แน่นอน ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ (Detprapon, ngam, Mishel, Sitthimongkol, & Vorapongsathorn, 2009; Sammarco & Konecny, 2010)

2.3.2 เครื่องมือประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

โดยใช้แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel Uncertainty Inventory Scale: MUIS) สร้าง Mishel (1980) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดภาวะทางการรับรู้ของบุคคลเมื่อไม่สามารถให้ความหมายของความเจ็บป่วยให้สัมพันธ์กับเหตุการณ์ได้ ซึ่งมี 4 องค์ประกอบคือ ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับระบบการรักษาและระบบการดูแลสุขภาพ ด้านการได้รับข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงบ่อย หรือ แตกต่างไปจากข้อมูลที่ได้รับ ด้านการไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษาและผลการรักษาได้

โดยในปี ค.ศ. 1980 มิเชลได้นำเครื่องมือวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนำมาพัฒนาใหม่ และนำไปศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,199 ราย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยโรคหัวใจ และผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 32 ข้อ สำหรับด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ และด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับระบบการรักษาและระบบการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ มีความหมายคงเดิม ส่วนด้านการขาด

ข้อมูลเปลี่ยนเป็นความไม่สม่ำเสมอในเรื่องของข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยและความเจ็บป่วย ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อและด้านการไม่สามารถทำนาย และพยากรณ์โรคเปลี่ยนเป็นการไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ มีความเชื่อมั่นของเครื่องมือนี้ เท่ากับ 0.91, 0.86, 0.83 ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรคหัวใจ และโรคเรื้อรัง

หลังจากนั้นมิเชลได้สร้างแบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับชุมชน ในปี ค.ศ. 1989 เพื่อใช้กับกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่ได้พักรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยมีเนื้อหาเหมือนกับแบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่ใช้กับผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งนำข้อคำถามจำนวน 32 ข้อ มาสร้างแบบวัดฉบับชุมชนนี้ มิเชลใช้เทคนิคการวิเคราะห์ปัจจัย (One factor analysis) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามต่างๆ ในแบบวัด และการให้น้ำหนักมากน้อยของแต่ละข้อ มิเชลนำแบบวัดนี้ไปตรวจสอบในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน 396 ราย ผลการวิเคราะห์ปัจจัยพบว่ามีข้อคำถาม 23 ข้อ ที่มีความตรงของเนื้อหา ข้อคำถามทั้งหมดมีความหมายทั้งทางบวกและทางลบ เรียงกันอย่างไม่จูงใจ ผ่านการทดสอบคุณภาพโดย มิเชลนำแบบวัดไปหาความเที่ยงด้วยการหาค่าความสอดคล้องในผู้ป่วย 1,121 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.75 ถึง 0.90

แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับชุมชน แปลเป็นภาษาไทย โดย สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2534) มีการนำเครื่องมือวัดความรู้สึกไม่แน่นอนของมิเชลมาใช้อย่างแพร่หลาย เช่น ในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ (Detprapon et al., 2009) ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสี (Santawaja, Hanuchcharurnkul, Sirapo-ngnm, Sitthimongkol, & Vorapongsathorn, 2002) มีค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) = 0.78-0.91 และมีค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79-0.90

2.3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรัง เกิดความเสื่อมถอยอย่างต่อเนื่องของพยาธิสภาพและประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ เป็นผลให้ผู้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบได้ตลอดเวลาได้แก่ อาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดจังหวะ บวม นอนราบไม่ได้ จำนวนอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระดับความรุนแรง NYHA class II-IV ระยะอาการคงที่ใน 1 สัปดาห์มีอาการ 15 ± 8 อาการ (Zambroski et al., 2005) จากการศึกษาในผู้ป่วย Atrial Fibrillation พบว่าจำนวนอาการและความถี่ของอาการที่เกิดขึ้นมีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอน ร้อยละ 21 (Kang, 2011) อาการเหนื่อยหอบเป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุดและทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาใน

โรงพยาบาลถึงร้อยละ 90-95 (Jensen et al., 2008) ในระยะเวลา 6 เดือน ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 50 (นิภาพร ประจันบาน, 2550) สัมพันธ์กับการศึกษาของจอร์ เพียร์สุพรรณ (2545) ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลเฉลี่ยจำนวน 2.91 ครั้งต่อปี เมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีระดับความรุนแรง NYHA class II ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย ใจสั่น ได้หากผู้ป่วยทำงานหนัก ออกกำลังกายหรือเกิดความเครียด แต่เมื่อระดับความรุนแรงเพิ่มขึ้น NYHA class III-IV อาการเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยที่ทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อยหรือในขณะที่พัก ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถเปลี่ยนกลับไปกลับมาได้ขึ้นอยู่กับ การรักษาและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย (วรรณวรงค์ วงศ์เจริญ, 2547)

เมื่อมีอาการกำเริบจะเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันอาจเกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยไม่มีกิจกรรมใดๆ ส่วนใหญ่ไม่สามารถจัดการกับอาการด้วยตนเอง ซึ่งการดำเนินของภาวะหัวใจล้มเหลวมีทั้งระยะอาการคงที่และอาการกำเริบสลับกันอย่างต่อเนื่อง บางครั้งไม่สามารถทำนายได้ว่าอาการที่เกิดจากภาวะหัวใจล้มเหลวจะกำเริบเมื่อใด เกิดขึ้นที่ไหน ในสถานการณ์เช่นไร จะมีความรุนแรงของอาการมากน้อยเพียงใด และใช้เวลายาวนานเพียงใดอาการจึงจะสงบ หากรูปแบบของอาการแสดงออกมีความรุนแรง ไม่ชัดเจน หรือมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคลุมเครือ ไม่สามารถเข้าใจ และให้ความหมายของอาการแสดงได้ ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องได้รับการรักษาและดูแลตนเองที่ซับซ้อน จากการได้รับยาหลายชนิด อาจมีการรักษาโรคร่วมร่วมด้วย รวมทั้งข้อจำกัดในการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วยที่ค่อนข้างซับซ้อน เช่น การจำกัดปริมาณโซเดียมหรือเกลือเล็กน้อยตามระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว และเมื่อระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้น ทำให้มีการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาด้วยการเปลี่ยนยาหรือปรับเปลี่ยนขนาดของยา อาจทำให้เกิดอาการอื่นเพิ่มขึ้นจากผลข้างเคียงของยา หรือการใช้อุปกรณ์และการทำหัตถการต่างๆ (Jessup et al., 2009) ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เปลี่ยนแปลงอยู่บ่อยๆ หรือข้อมูลใหม่ที่ได้ไม่ตรงกับข้อมูลที่เคยได้รับ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถประเมินอาการเจ็บป่วยต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ ทำให้เกิดความไม่แน่ใจในความเจ็บป่วยและการรักษา (Winters, 1999) สัมพันธ์กับการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการกำเริบต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 133 ราย พบว่าความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ป่วย ($r = .28$, $p < .001$) และความรุนแรงของอาการร่วมกับ ระดับความรู้ อายุ ระยะเวลาที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนได้ร้อยละ 10 (Sethares, 2009) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Harkness (2009) พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและผู้ดูแลจำนวน 48 คู่ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูงซึ่งพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

หากอาการมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น การรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนเพิ่มมากขึ้นทำให้ ประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นอันตรายมากกว่าโอกาส และพบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพด้านจิตใจ ($r = -.68, p < .05$) และด้านร่างกาย ($r = -.39, p < .05$) (Kang, 2005) ซึ่งเกิดจากการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยที่ไม่เหมาะสม จากการศึกษาของ บุญดี ศรีวัฒนาสกุล (2542) ในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระดับสูงทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญความเครียดและการจัดการกับอารมณ์เพิ่มขึ้น แต่พบว่าผู้ป่วยเผชิญหน้ากับปัญหาลดลง Thompson (2006) ได้ศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระดับความรุนแรง NYHA class I, II จำนวน 100 ราย พบว่ามีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย ($r = -.35, p < .05$) สัมพันธ์กับการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 95 ราย พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับอาการอ่อนเพลีย (tiredness) และภาวะสุขภาพที่ลดลง (Falk, Swedberg, Gastonjohansson, & Ekman, 2007)

นอกจากนั้นความรู้สึกไม่แน่นอนยังส่งผลต่อภาวะสุขภาพด้านจิตใจของผู้ป่วย จากการศึกษาของ Eastwood และคณะ (2008) ในผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดลิโกลดเลือดหัวใจ โดยติดตามผู้ป่วย 1 ปี พบว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนจะมีอารมณ์ซึมเศร้า และความวิตกกังวลสูง ซึ่งความรู้สึกไม่แน่นอน และภาวะเครียดในชีวิตดังกล่าวร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ถึงร้อยละ 54 เมื่อควบคุมผลที่เกิดจากตรวจวินิจฉัยด้วยการฉีดสี Klein และคณะ (2007) ได้ทำการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย คุณภาพชีวิต และภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเป็นผู้ป่วยนอก พบว่า การปรับตัวที่ไม่เหมาะสม เช่น ไม่สนใจต่อการเจ็บป่วย ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ทำให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่เลวลงร่วมกับมีภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาของ ซ่อผกา พิษพันธ์ไพศาล (2545) พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ และการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการคงที่ พบว่า การนอนหลับพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อาการอ่อนล้า และความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ (Redeker et al., 2010) ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วยเช่นเดียวกับ การศึกษาของ Flemme และคณะ (2005) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวใส่เครื่องช็อกไฟฟ้าหัวใจ (implantable cardioverter defibrillator) มีสาเหตุจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ระดับความรุนแรง NYHA class II จำนวน 35 ราย ติดตามเป็นระยะเวลา 6.9 ปี พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านร่างกายได้ ร้อยละ 44 และทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมได้ ร้อยละ 19

2.4 ความแตกฉานด้านสุขภาพ

ความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy) มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลสุขภาพ และการมีพลังอำนาจของผู้ป่วย (Nutbeam, 2000) โดยมีแนวคิดองค์ประกอบ การแบ่งระดับ และเครื่องมือในการประเมินที่เกี่ยวข้องดังนี้

2.4.1 แนวคิดเกี่ยวกับความแตกฉานด้านสุขภาพ

2.4.1.1 ความหมายของความแตกฉาน (Literacy)

Literacy คือความสามารถของบุคคลในการอ่าน เขียน การพูดภาษาหลัก การคำนวณ และแก้ปัญหาในระดับความสามารถที่จำเป็นในบทบาทหน้าที่และในสังคม เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของตน และเพื่อพัฒนาความรู้และศักยภาพของตน (National Institute for Literacy, 1991)

สอดคล้องกับแนวคิดของ Bloom และคณะ (1956) ได้เสนอแนวคิดการรับรู้ของบุคคลในสิ่งต่างๆ เรียงลำดับการเกิดพฤติกรรมการเรียนรู้แต่ละระดับดังนี้

1. ความรู้ความจำ (knowledge) หมายถึง ความสามารถในการจำหรือรู้สึกได้ แต่ไม่ใช่สามารถในการตีความหมายในเรื่องนั้นๆ แบ่งออกเป็น ความรู้เกี่ยวกับเนื้อเรื่องซึ่งเป็นข้อเท็จจริง วิธีการดำเนินงาน แนวคิด ทฤษฎี โครงสร้าง และหลักการ ประกอบด้วย

1.1) การจดจำได้ (Recognizing) หมายถึง สามารถจดจำวันที่และเหตุการณ์สำคัญ สัญลักษณ์ และสูตรต่างๆ ได้

1.2) การระลึกได้ (Recall) หมายถึง สามารถระลึกได้เมื่อต้องทำเช่นเขียนสูตรได้

2. ความเข้าใจ (Comprehend) ความสามารถในการตีความ แปลความ และขยายความเรื่องราวต่างๆ ได้ ทั้งด้านภาษา รหัส สัญลักษณ์

3. การนำไปใช้ (Application) หมายถึง ความสามารถนำเอาสิ่งที่ได้ประสบมา เช่น แนวคิด ทฤษฎีต่างๆ ไปใช้ให้เป็นประโยชน์ หรือนำไปใช้แก้ปัญหาตามสถานการณ์ต่างๆ ได้ ซึ่งประกอบด้วย

3.1) การกระทำ (Executing) หมายถึง ทำตามวิธีดำเนินงานไปที่ละขั้นตอนที่คุ้นเคย หรือทำตามหน้าที่

3.2) การดำเนินงาน (Implementing) หมายถึง การดำเนินงานให้เกิดผลในสถานการณ์ที่แปลกใหม่

4. การวิเคราะห์ (Analysis) ความสามารถในการแยกแยะเรื่องราวออกเป็นส่วนประกอบย่อย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบส่วนย่อยและหลักการหรือทฤษฎีเพื่อให้เกิดความเข้าใจเรื่องราวต่างๆ ซึ่งประกอบด้วย

4.1) การจำแนกแยกแยะ การแยกจำนวน แยกย่อยได้ (Differentiating)

4.2) การจัดระบบหรือการจัดองค์การได้ (Organizing) การให้ความเห็น การให้เหตุผลได้ (Attributing)

5. การสังเคราะห์ (Synthesis) หมายถึง ความสามารถในการนำเรื่องราวหรือส่วนประกอบย่อยมาเป็นเรื่องราวเดียวกัน โดยมีการดัดแปลง ริเริ่ม สร้างสรรค์ ปรับปรุงของเก่าให้มีคุณค่า ประกอบด้วย

5.1) การสร้าง ก่อกำเนิด (Generating) เช่น การสร้างสมมติฐานการวิจัยจากการใช้เหตุผลเชิงอุปมัย (Inductive Reassign Reasoning)

5.2) การวางแผน (Planning) เช่น การวางแผนงานวิจัยจากหัวข้อที่กำหนดให้การพัฒนาเค้าโครงการวิจัย

5.3) การผลิต การประดิษฐ์คิดค้นสิ่งใหม่ๆ (Producing)

6. การประเมินค่า (Evaluation) หมายถึง ความสามารถในการพิจารณาตัดสินคุณค่าของความคิดอย่างมีหลักเกณฑ์ เป็นการตัดสินว่าอะไรใช้หลักเกณฑ์เชื่อถือได้โดยอาศัยข้อเท็จจริงภายในและภายนอก ประกอบด้วย

6.1) การตรวจสอบ (Checking)

6.2) การวิพากษ์ การใช้วิจารณ์ญาณ (Critiquing)

โดยสรุปพฤติกรรมทางด้านการเรียนรู้ได้เป็น 2 ส่วน คือส่วนที่เป็นความจำและส่วนความคิด ในระดับความรู้นั้นเป็นระดับการเรียนรู้ที่ยังไม่ได้ใช้ความคิด แต่เป็นพื้นฐานที่ได้รับความรู้แล้วเกิดการจดจำ จึงถือว่าความรู้เป็นพื้นฐานเพื่อให้เกิดทักษะการคิด ซึ่งเริ่มต้นในระดับง่าย ๆ จากความเข้าใจ เมื่อผู้เรียนมีความรู้ และความเข้าใจในสิ่งใดสิ่งหนึ่งแล้ว สามารถนำสิ่งที่เรียนรู้ไปประยุกต์ใช้ เมื่อมีการฝึกฝน ต่อมาจะมีพัฒนาการของความคิดในระดับสูงขึ้นไปเป็นการวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินค่า

2.4.1.2 ความหมายของ ความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health literacy)

World Health Organization (1996) อธิบายความแตกฉานด้านสุขภาพว่าเป็นการบรรลุถึงระดับความรู้ทักษะส่วนบุคคลและความมั่นใจ ในการที่จะลงมือปฏิบัติเพื่อช่วยให้สุขภาพของตนเองและชุมชนดีขึ้น โดยการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตและสภาพความเป็นอยู่ ดังนั้น ความหมายของความแตกฉานด้านสุขภาพจึงไม่ใช่เพียงความสามารถในการอ่านคู่มือด้านสุขภาพ

และปฏิบัติตามได้เท่านั้น ความแตกฉานด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่งในการให้อำนาจแก่ประชาชน โดยการช่วยประชาชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและความสามารถในการใช้ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะเดียวกัน การที่จะให้ประชาชนมีความแตกฉานด้านสุขภาพย่อมขึ้นอยู่กับการศึกษาโดยทั่วไปให้มากยิ่งขึ้น เพราะสภาวะต่อการศึกษาอาจมีผลโดยตรงต่อสุขภาพของประชาชน โดยการพัฒนาทั้งส่วนบุคคล สังคมและวัฒนธรรม

Simond (1974) ความแตกฉานด้านสุขภาพคือ ระดับความสามารถของบุคคลในการได้มาของข้อมูล กระบวนการ และความเข้าใจในข้อมูลพื้นฐานและบริการที่จำเป็น ในการตัดสินใจที่เหมาะสมในเรื่องสุขภาพ

Speros (2005) ความแตกฉานด้านสุขภาพคือ ความสามารถในการประยุกต์ใช้ทักษะพื้นฐานในการอ่าน เขียน และการคิดคำนวณตัวเลขจากสื่อที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและกิจกรรมภายในสถานบริการการดูแลสุขภาพและบริบทการรักษาทางการแพทย์

Nutbeam (2000) ความแตกฉานด้านสุขภาพคือ ระดับการเรียนรู้ ความสามารถของบุคคลและความเชื่อมั่นที่จะดำเนินการให้มีการพัฒนาสุขภาพของบุคคลและชุมชน โดยการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตส่วนบุคคลและสภาพความเป็นอยู่ ดังนั้น ความแตกฉานด้านสุขภาพจึงเป็นมากกว่าความสามารถในการอ่านแผ่นพับ ใบนัด โดยการปรับปรุงการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพและความสามารถของบุคคลที่จะใช้ข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นความแตกฉานด้านสุขภาพจึงมีความสำคัญต่อการเสริมสร้างศักยภาพของบุคคล

สรุปว่าความแตกฉานด้านสุขภาพเป็นความสามารถในการอ่านและคำนวณตัวเลขและความเข้าใจในข้อมูลที่ได้รับจากระบบบริการสุขภาพและความสามารถในการได้มาของข้อมูลเพื่อช่วยให้สามารถนำความรู้หรือข้อมูลที่ได้มาช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพอย่างเหมาะสม สามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพในสถานการณ์ประจำวัน ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องดูแลตนเองร่วมกับการรักษา

2.4.1.3 องค์ประกอบของความแตกฉานด้านสุขภาพ

ความแตกฉานด้านสุขภาพคือทักษะต่างๆ ทางการเรียนรู้และทางสังคมซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษา สุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น (World Health Organization, 1996)

1. ทักษะด้านการรู้คิดทางปัญญา (cognitive skill) มีดังนี้ (Speros, 2005)

1.1 การอ่านและคำนวณตัวเลข (Reading and numeracy skill)

1.1.1 ทักษะการอ่าน (Reading skill) หมายถึง กระบวนการที่ซับซ้อนของ meta-cognitive behavior เช่น เน้นความใส่ใจ/ ความสนใจ การทำความเข้าใจคำใหม่ การใช้โครงสร้างใจความเพื่อช่วยในการทำความเข้าใจ การรู้จักหรือจดจำคำต่างๆ การจัดระเบียบ และการผสมผสานข้อมูล

1.1.2 ทักษะการคิดคำนวณตัวเลข (Numeracy skill) หมายถึง ความสามารถในการอ่านและทำความเข้าใจตัวเลข/จำนวนและการคิดคำนวณตัวเลข พื้นฐาน ความต้องการด้านความรู้และทักษะในการประยุกต์ใช้เกี่ยวกับตัวเลขที่มีอยู่ในสิ่งพิมพ์โดยลำพังหรือต่อเนื่องกัน

1.2 ความเข้าใจ (Comprehension) ความสามารถในการแปลความตีความ และขยายความ จากสื่อต่างๆ ข้อมูลและสิ่งต่างๆ ที่ได้พบเห็น รับรู้ ซึ่งก็คือ พฤติกรรมด้านความเข้าใจ เป็นพฤติกรรมที่สามารถดัดแปลง แก้ไข สิ่งที่ยากมาเป็นสิ่งที่ย่อย สิ่งซับซ้อนให้เป็นสิ่งธรรมดา ความเข้าใจจึงแตกต่างจากความจำ แต่มีความเข้าใจต้องมีพื้นฐานจากการเรียนรู้ ความรู้ และความจำก่อน ตามแนวคิดของบลูม และคณะ (Bloom, 1956) ได้แบ่งความเข้าใจเป็น 3 ลักษณะดังนี้

1.2.1 การแปลความ (translation) เป็นการวัดความสามารถในการอธิบายหรือแปลความหมายหลายๆ อันมาเรียง โดยทำการจัดเรียงสรุปเป็นเนื้อความใหม่ได้ โดยยึดเนื้อหาข้อความเดิมเป็นหลัก หรือถอดความเรื่องราว หรือข้อความให้เป็นสัญลักษณ์ใหม่ที่ไม่เหมือนเดิมเช่น สัญลักษณ์ ตาราง กราฟ ภาษาต่างประเทศ สัญลักษณ์ทางคณิตศาสตร์ และสัญลักษณ์อื่นๆ หรือสามารถที่จะจดจำข้อความหรือสัญลักษณ์ที่เปลี่ยนไปว่ามีความหมายอย่างไร

1.2.2 การตีความ (interpretation) เป็นความสามารถในการสรุปเรื่องราวเหตุการณ์ หรือข้อเท็จจริงต่างๆ ที่มีความสำคัญของเรื่อง โดยการจัดระบบ อธิบาย หรือเรียบเรียงเนื้อหาใหม่ แง่มุมใหม่ เป็นการสรุปผลที่เกิดจากหลายๆ การแปลความที่สัมพันธ์กัน สามารถบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างส่วนต่างๆ ได้ และสามารถรวบรวมข้อความที่สำคัญจากบทความได้ด้วย

1.2.3 การขยายความ (extrapolation) เป็นความสามารถในการคาดคะเน พยากรณ์เรื่องราว หรือข้อเท็จจริง แนวโน้มที่คาดว่าจะเกิดขึ้น หรือถ้าเกิดเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งจะมีอะไรเกิดขึ้นต่อไป โดยอาศัยแนวโน้มที่ทราบมาเป็นหลัก

1.3 ความสามารถในการใช้ข้อมูลในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ (Capacity to use information in health care decision-making) กระบวนการเลือกทางเลือกใดทางเลือกหนึ่ง จากหลายๆ ทางเลือกที่ได้จากข้อมูลความรู้ความเข้าใจ

2. ทักษะด้านสังคม (social skill) (Mancuso, 2008; Schinke & Gilchrist, 1984) ประกอบด้วย

2.1 ทักษะการแก้ไขปัญหา (Problem-Solving Skill) หมายถึง ความสามารถในการแก้ไขปัญหาของบุคคลซึ่งเป็นทักษะพื้นฐานที่จะสามารถช่วยให้บุคคล ใช้ในการแก้ไขปัญหา เมื่อเหตุการณ์เกิดขึ้น โดยพิจารณาสาเหตุของปัญหา ผลที่คาดว่าจะเกิด และพิจารณาหาทางเลือก ได้อย่างเหมาะสม

2.2 ทักษะการปรับตัว (coping skill) หมายถึง ความสามารถในการเตรียมการหรือการปรับตัวของบุคคลเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ทางสังคมของแต่ละบุคคลที่ได้รับ

2.3 ทักษะการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพ (communication and interpersonal relationship skill) หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารโดยใช้คำพูดหรือกริยา ท่าทาง ของบุคคล เพื่อให้เกิดการรับรู้ และความเข้าใจระหว่างกัน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.4 ทักษะการตระหนักในตนเอง (self-instruction skill) หมายถึง ความสามารถในการสอน และการตระหนักในตนเองของบุคคล เพื่อกำกับหรือควบคุมพฤติกรรมตนเองให้การทำพฤติกรรมที่เหมาะสม

2.5 ทักษะเพื่อการได้มาซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคม (support system skill) หมายถึง ความสามารถที่บุคคล มีแหล่งที่ให้การสนับสนุนจากกลุ่มของสังคม เช่น ครอบครัว เพื่อน และสถาบันทางสังคม อาจเป็นการใช้กำลังใจ คำชมเชย เป็นต้น เมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ ที่มีความยุ่งยากในชีวิต

2.6 ทักษะการแสวงหาข้อมูลข่าวสาร (Information skill) หมายถึง ความสามารถในการแสวงหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความรู้ จากสื่อต่างๆ เช่น สิ่งพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต ตลอดจนบุคคลและองค์กรที่เกี่ยวข้อง

นอกจากองค์ประกอบด้านทักษะการรู้คิดทางปัญญาและและทักษะทางสังคมที่มีผลต่อความแตกฉานด้านสุขภาพแล้ว จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวคือ ระดับการศึกษา อายุ เพศ จำนวนโรคร่วม ระดับความรุนแรงของโรค และความสามารถในการรู้คิด (cognitive ability) (Morrow et al., 2006) รายได้และประสบการณ์ในการใช้บริการสุขภาพ (DeWalt, Berkman, Sheridan, Lohr, & Pignone, 2004) ในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแต่มีการศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดตาพบว่าความแตกฉานด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอมีอัตราสูงขึ้นในกลุ่มที่มีอายุมากขึ้น ระดับความแตกฉานที่เพียงพอจะเพิ่มขึ้นตามระดับการศึกษาที่สูงขึ้น ความแตกฉานด้านสุขภาพที่เพียงพอจะเพิ่มขึ้นตามระดับรายได้ที่เพิ่มขึ้น กลุ่มที่มีสถานภาพโสดมีความแตกฉานด้านสุขภาพเพียงพอมากกว่ากลุ่มที่มีสถานภาพคู่ และหม้าย หย่า แยก (กัญญา แซ่โก, 2552)

2.4.1.4 ระดับของความแตกฉานด้านสุขภาพ

ระดับความแตกฉานด้านสุขภาพแบ่งได้ 3 ระดับดังนี้ (Nutbeam, 2000)

1) ความแตกฉานด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน/บทบาทหน้าที่ (Basic/Functional health literacy) คือ ทักษะขั้นพื้นฐานในการอ่านและเขียนอย่างเพียงพอที่สามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพในสถานการณ์ประจำวัน ความแตกฉานด้านสุขภาพในระดับพื้นฐาน/บทบาทหน้าที่สะท้อนรูปแบบสุขศึกษาแบบดั้งเดิม ซึ่งเป็นการสื่อสารที่เป็นข้อเท็จจริงเกี่ยวข้องกับ ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ การเลือกใช้บริการด้านสุขภาพ โดยเป้าหมายเป็นการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ และบริการสุขภาพ การดำเนินกิจกรรม ผลของกิจกรรมจะก่อประโยชน์ในระดับบุคคล ตัวอย่างรูปแบบที่นำมาใช้ได้แก่ แผ่นพับ การให้สุขศึกษาแบบดั้งเดิมที่เน้นพฤติกรรมและนิสัย

2) ความแตกฉานด้านสุขภาพระดับที่สามารถสื่อสาร/มีปฏิสัมพันธ์ได้ (Communication/Interactive health literacy) คือ ระดับความก้าวหน้าของทักษะทางปัญญา (Cognitive skill) ทักษะการอ่านออกเขียนได้ (Literacy skill) รวมถึงทักษะทางสังคม (Social skill) ที่สามารถนำข้อมูลที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการตัดสินใจและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความแตกฉานด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ เน้นการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล ผลของกิจกรรมมุ่งประโยชน์ในระดับบุคคล รูปแบบกิจกรรมเป็น การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และทักษะทางสังคม และผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม

3) ความแตกฉานด้านสุขภาพระดับที่สามารถคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical health literacy) คือ เป็นระดับที่สูงขึ้นของทักษะทางปัญญา (Cognitive) ร่วมกับทักษะทางสังคม (Social skill) ที่สามารถนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสาร และการใช้ข้อมูลข่าวสารในการพยายามควบคุมจัดการเหตุการณ์กับสถานการณ์ต่างๆในชีวิตประจำวันได้ ซึ่งความแตกฉานด้านสุขภาพระดับที่สามารถคิดอย่างมีวิจารณญาณ สะท้อนพฤติกรรมด้านปัญญา/ การรู้คิด (Cognitive) และการพัฒนาด้านผลลัพธ์ (Outcome) ซึ่งเป็นการหันกลับมาให้การสนับสนุนด้านสังคมการเมือง พร้อมกับการปฏิบัติในระดับบุคคล (individual action) ความแตกฉานด้านสุขภาพระดับที่สามารถคิดอย่างมีวิจารณญาณเป็นการเชื่อมประโยชน์ของประชาชน สังคม ไปพร้อมกับประโยชน์ของบุคคล ระดับความแตกฉานด้านสุขภาพ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 ระดับความแตกฉานด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2000)

ระดับความ แตกฉาน ด้านสุขภาพ	เป้าหมาย ในการให้ ความรู้	เนื้อหา	ประโยชน์ที่ได้		ตัวอย่างกิจกรรม
			ต่อบุคคล	ต่อสังคม	
1.ระดับ พื้นฐาน/ บทบาท หน้าที่	การ สื่อสาร ด้าน ข้อมูล ข่าวสาร	การให้ข้อมูล เรื่องความเสี่ยง ด้านสุขภาพ และการใช้ บริการสุขภาพ	มีความรู้เรื่อง ความเสี่ยง ด้านสุขภาพ และการใช้ ระบบบริการ สุขภาพ เพิ่มขึ้น	มีส่วนร่วม ของประชาชน ด้านสุขภาพ เพิ่มขึ้น	เพิ่มการให้ข้อมูล ผ่านช่องทางที่มีอยู่ เพิ่มโอกาสในการ ติดต่อระหว่าง บุคคลและการ สื่อสารที่สามารถ ใช้ได้
2.ระดับ ความ สามารถ สื่อสาร/มี ปฏิสัมพันธ์ ได้	การ พัฒนา ทักษะ ส่วน บุคคล	การเพิ่มและให้ โอกาสในการ พัฒนาทักษะใน การแสวงหา การสนับสนุน ทางสังคม	เพิ่ม ความสามารถ นอกเหนือ จากความรู้ที่มี อยู่ ในการเพิ่ม แรงจูงใจและ ความมั่นใจใน ตนเอง	เพิ่ม ความสามารถ ในการอยู่ ร่วมกับสังคม ด้วยการสร้าง สัมพันธภาพ กันในกลุ่ม	ปรับปรุงการสื่อสาร เฉพาะที่จำเป็น พยายามให้สื่อสาร ด้วยตนเอง และใน กลุ่มช่วยกัน สนับสนุน ร่วมกับ การสื่อสารกันด้วย ช่องทางอื่นๆ
3.ระดับ ความ สามารถคิด อย่างมี วิจารณญาณ	การมี พลัง อำนาจ ของ บุคคล และ ชุมชน	การให้ข้อมูล สุขภาพในด้าน ปัจจัยทางสังคม และเศรษฐกิจ ที่จะทำให้เกิด การเปลี่ยนแปลง นโยบายและ องค์กร	สามารถแก้ไข อุปสรรคด้าน สังคมและ เศรษฐกิจให้ ดีขึ้น	การจัดการกับ ปัจจัยด้าน สังคมและ เศรษฐกิจของ ภาวะสุขภาพ และการ เสริมสร้าง ศักยภาพของ ชุมชนให้ดีขึ้น	การให้คำแนะนำ เพื่อช่วยในการ สนับสนุนผู้นำ ชุมชน และ นักการเมืองที่จะ ช่วยในการพัฒนา ชุมชน

ในประเทศไทยมีการศึกษาความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานในผู้ป่วยผ่าตัดตา (กัญญา แซ่โก, 2552) ผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะขึ้นเนื้อตับ (จารุวรรณ กองแก้ว, 2551) ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลาม (จิตติยา แก้วสมบุญ, 2551) และในการศึกษางานวิจัยในต่างประเทศมีการศึกษาความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ยังไม่พบการศึกษาความแตกฉานด้านสุขภาพในระดับความสามารถสื่อสาร/ มีปฏิสัมพันธ์ได้ และระดับความสามารถคิดอย่างมีวิจารณญาณ ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าวิจัยจึงศึกษาความแตกฉานด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน/บทรบพทหน้ท่ (Basic/Functional health literacy) ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเท่านั้น เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ และบริการสุขภาพ โดยการให้สอนสุขศึกษาแบบดั้งเดิม (ผู้สอนตั้งวัตถุประสงค์ แผนการสอน รูปแบบที่ใช้สอน การประเมิน ด้วยตนเองโดยผู้ถูกสอนไม่มีส่วนร่วมในการสอนสุขศึกษา) ซึ่งผู้ป่วยสามารถนำมาใช้ในการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย

2.4.2 เครื่องมือประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy) มีดังนี้

2.4.2.1 แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็ว (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine: REALM) พัฒนาขึ้นโดย Davis, Crouch, และ Long (1993) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดการอ่านออกเขียนได้ของผู้ป่วยในหน่วยบริการปฐมภูมิ การให้สุขศึกษา และหน่วยที่ศึกษาวิจัยแพทย์ เครื่องมือนี้ออกแบบมาเพื่อใช้ประเมินการอ่านศัพท์หรือคำทางการแพทย์ที่คาดว่าผู้ป่วยจำได้ ช่วยแพทย์ในการจำแนกผู้ป่วยที่มีระดับการอ่านที่จำกัดเพื่อประเมินและปรับปรุงการใช้สื่อหรือให้คำแนะนำที่เหมาะสม ประกอบด้วยคำจำนวน 125 คำ ที่นำมาใช้ทดสอบโดยเป็นคำศัพท์ทางการแพทย์ที่ง่าย วางเรียงเป็น 4 คอลัมน์ตามจำนวนพยางค์และความยาก ให้ผู้ป่วยอ่านคำทั้งหมดต่างๆ โดยจะให้คะแนนตามการอ่านออกเสียงที่ถูกต้อง หากพบคำที่ไม่สามารถอ่านได้หรือใช้เวลานานก็ข้ามไป คะแนนจำแนกตามการศึกษา

2.4.2.2 การประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพระดับพื้นฐานของผู้ป่วย (Test of Functional Health Literacy in Adult: TOFHLA) การประเมินความเข้าใจเป็นเครื่องมือพื้นฐานเกี่ยวกับตอนหนึ่งของข้อความที่เฉพาะเจาะจง โดยให้เลือกรายการคำถามมาตรฐานที่มีมากกว่าหนึ่ง เหตุผลในการทดสอบคือแสดงถึงทักษะการอ่านของผู้ป่วยสำหรับการใช้เนื้อหาที่มีความเฉพาะเจาะจง ดังนั้นการทดสอบจึงไม่ใช่การแสดงทักษะการอ่านของผู้ป่วยโดยตรง แต่ชี้ให้เห็นว่าพวกเขาเข้าใจหรือไม่เข้าใจในข้อมูลที่ถูกใช้ การทดสอบความเข้าใจในการอ่านเป็นหนทางหนึ่งในการวัดว่ามีความเข้าใจมากน้อยเพียงไร TOFHLA เป็นการนำรูปแบบการทดสอบความเข้าใจโดยประยุกต์จาก The Cloze test ที่พัฒนาขึ้นโดย Parker และ คณะ (1995) ถูกออกแบบ

ขึ้นเพื่อใช้สำหรับวัดความแตกฉานด้านสุขภาพระดับพื้นฐานของผู้ป่วย (Functional Health Literacy) โดยวัดความสามารถของผู้ป่วยในการอ่าน (read) การเข้าใจ (understand) ในสิ่งที่ประสบหรือพบในสถานบริการสุขภาพ โดยใช้สื่อ/ อุปกรณ์ที่มีอยู่ในการบริการ เช่น ขวดยา (pill bottles) ใบนัด (appointment slips) ใบยินยอมรับการรักษา (informed consent) การทดสอบความสามารถในการอ่านที่ผ่านมา แต่ชุดคำถามการแพทย์ที่ใช้ในการวัด TOFHLA เป็นตัวชี้วัดความสามารถในการอ่านของผู้ป่วยที่มีความแม่นยำ (accurate) มากกว่า เพราะเป็นการวัดความเข้าใจ (Comprehension) ที่ประกอบด้วยความสามารถในการอ่านและความเข้าใจทั้งในส่วนของข้อมูลข่าวสารที่เป็นร้อยแก้ว (prose passage) และข้อมูลที่เป็นจำนวนหรือตัวเลข (numerical information) จำนวน 57 ข้อ

2.4.2.3 แบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพระดับพื้นฐานอย่างย่อ แม้ว่าแบบวัด TOFHLA ดั้งเดิม จะเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพสำหรับการระบุบอกผู้ป่วยที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพพื้นฐาน แต่การใช้แบบวัด TOFHLA นี้ต้องใช้เวลาทำนาน 22 นาที ดังนั้น Barker และคณะ (1998) จึงได้มีการพัฒนาแบบวัด TOFHLA ชนิดย่อ (Short-TOFHLA หรือ S-TOFHLA) ขึ้นมาใช้ ดังนี้

1) การวัดความสามารถเกี่ยวกับตัวเลข/ การคำนวณ (Numeracy Scale) ได้ลดจำนวนข้อลงจาก 17 ข้อ เหลือเพียง 4 ข้อ โดยพิจารณาตามการรับรู้ในความสำคัญและความถี่/ บ่อยของกิจกรรมในสถานบริการสุขภาพ เช่น ความสามารถในการอ่านข้อมูลที่เป็นตัวเลขในรูปของคำสั่งแพทย์ที่ขวดยา (prescription) ใบนัด (appointment slips) หรือสื่อเกี่ยวกับสุขภาพอื่นๆ ในการทำการทดสอบจะให้ผู้ป่วยอ่านการ์ดคำแนะนำ (cue cards) หรือขวดยา (เช่นคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยา)

2) การทดสอบความเข้าใจในการอ่าน (Reading Comprehension) ได้ลดการอ่านความเรียงร้อยแก้วจาก 3 ตอน เหลือ 2 ตอน มีทั้งหมด 36 ข้อความ ประยุกต์มาจากวิธีการของ cloze test โดยในทุกๆ 5-7 คำ จะเว้นช่องไว้ ซึ่งเนื้อหาในการทดสอบเป็นประโยคที่เกี่ยวกับแผนการรักษาของผู้ป่วย ผู้ทำแบบทดสอบต้องเลือกคำที่ถูกต้องจากตัวเลือก 4 ตัวเลือกที่ให้มาเพื่อทำให้ประโยคนั้นสมบูรณ์ โดยให้คะแนน 1 คะแนนสำหรับคำตอบที่ถูกต้อง และ 0 คะแนน สำหรับคำตอบที่ผิดจากนั้นนำคะแนนทั้งหมดมารวมกัน กลุ่มที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอคือกลุ่มที่มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนนจากคะแนนเต็ม 36 คะแนน ใช้เวลาในการทดสอบ 5-7 นาที

เนื่องจากแบบประเมิน S-TOFHLA เป็นแบบประเมินที่นำมาใช้ในงานวิจัยในต่างประเทศอย่างกว้างขวาง (Evangelista et al., 2010) มีฉบับภาษาอังกฤษและภาษาสเปนซึ่งไม่เหมาะกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในบริบทของประเทศไทย และเป็นแบบประเมินความแตกฉาน

ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโดยทั่วไป ไม่สามารถวัดความรู้ความเข้าใจในเรื่องของการบริการและการดูแลตนเองเฉพาะในภาวะหัวใจล้มเหลว (Morrow et al., 2006) และการศึกษาในประเทศไทยพบว่า มี แบบทดสอบความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานในผู้ป่วยผ่าตัดตัดของ กัญญา แซ่โก (2552) และแบบทดสอบความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่มารับการเจาะชิ้นเนื้อตับที่โรงพยาบาลศิริราช (จารุวรรณ กองแก้ว, 2551) ซึ่งเป็นการประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มนั้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สร้างแบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวขึ้นมาจากแนวคิดและงานวิจัยที่ได้กล่าวมาข้างต้น เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และประเมินที่เน้นการรับบริการและการปฏิบัติตัวในเรื่อง ยา กิจกรรม อาหาร การสังเกตอาการผิดปกติและการมาพบแพทย์

2.4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลวไม่สามารถรักษาให้หายได้ ดังนั้นผู้ป่วยต้องดำเนินชีวิตควบคู่กับภาวะหัวใจล้มเหลวไปตลอดชีวิต และต้องได้รับการดูแลที่เฉพาะเจาะจงและต่อเนื่อง ตามระดับความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วย เพื่อควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง ชะลอการเสื่อมในการทำงานของหัวใจ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดการกำเริบของอาการหายใจลำบาก (รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิช, 2545) การรักษาจะมีประสิทธิภาพมากขึ้น หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม (Kanoksilp, Hengrussamee, & Wuthiwaropas, 2009) จากการศึกษาของเขาวภา บุญเที่ยง (2545) ในผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 90 รายพบว่าพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมทำให้อัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสูง และพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่จะกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลระยะเวลาหลังจำหน่ายเพียง 30 วันถึง ร้อยละ 50 (นิภาพร ประจันบาน, 2550) ซึ่งตัวชี้วัดการกลับมาพักรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 31 วันเป็นตัวสะท้อนถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว [สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ), 2549] จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการเพื่อลดการกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่ประกอบด้วย การให้ความรู้และการฝึกทักษะในการดูแลตนเอง การดูแลอย่างต่อเนื่อง (รพีพันธุ์ สุ่มหิรัญ, 2552) ซึ่งการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมายประกอบด้วย ทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจจากความสามารถทางด้านร่างกายและการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยต้องมีความรู้ มีทักษะในการคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดการ เพื่อนำมาปรับใช้และช่วยในการตัดสินใจในการดูแลตนเอง

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีการดูแลตนเองไม่เหมาะสมเกิดจากความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอ (Chen, Yehle, Plake, Murawski, & Mason, 2011) สัมพันธ์กับการศึกษาของ Hess (2009) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและญาติ พบว่าความแตกฉานด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง ($r = .385, p < .01$) จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 304 ราย กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาโดยเฉลี่ย 10 ปี มีระดับความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอในการอ่านสื่อและเข้าใจข้อมูลที่ได้รับจากสถานบริการสุขภาพ ร้อยละ 28 (Morrow et al., 2006) สัมพันธ์กับการศึกษาของ Dennison และคณะ (2010) ศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 30 วัน ซึ่งมีระดับการศึกษาต่ำกว่าชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 35 และสูงกว่าชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 65 มีความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ร้อยละ 42 ผลลัพธ์ที่เกิดจากความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วยที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพเพียงพอ (Baker, Parker, Williams, & Clark, 1998) จากการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพเพียงพอถึง 2 เท่า (Sudore et al., 2006) และจากการศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องเสียค่าใช้จ่ายในพบแพทย์ตามนัด เมื่อมีอาการกำเริบที่ห้องฉุกเฉิน และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้นร้อยละ 3 - 5 (Eichler, Wieser, & Brügger, 2009; Howard, Gazmararian, & Parker, 2005) ดังนั้นความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอส่งผลต่อการดูแลตนเองลดลง และทำให้ภาวะสุขภาพแย่ลง อัตราความเจ็บป่วยและเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อจิตใจผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล สูญเสียพลังอำนาจ และเกิดภาวะซึมเศร้า สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น (DeWalt et al., 2004) กระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย พบว่าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอจะมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ (Evangelista et al., 2010; Macabasco-O'Connell et al., 2011)

2.5 การสนับสนุนทางสังคม

เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างมากในระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากพบว่ามิบทบาทสำคัญในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อสิ่งเร้าต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้เพราะการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม มีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีความไว้วางใจและช่วยเหลือกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกซึ่งกันและกัน เพื่อให้บรรลุความต้องการของตนในด้านร่างกายและอารมณ์ รู้สึกว่าตนเองเป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคมอันจะทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและมีความหมายขึ้น

2.5.1 แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

2.5.1.1 ความหมายการสนับสนุนทางสังคม

Cobb (1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมคือ การที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนรัก เอาใจใส่ สนใจ ขกย่องและมองเห็นคุณค่า รู้สึกตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วยความรักใคร่ห่วงใย ไว้วางใจ ช่วยเหลือ ด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน เวลา การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อเรียนรู้และประเมินผลตนเองในสังคม

Pender (1996) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับและนับถือ รู้สึกมีคุณค่า เป็นที่ต้องการของบุคคลหนึ่ง โดยได้รับจากกลุ่มบุคคลในระบบสังคมนั้น เป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ วัสดุ อุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำ ทำให้บุคคลนั้นดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเหมาะสม

Orem (1985) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลมีความรับผิดชอบช่วยเหลือผู้ที่ต้องการพึ่งพาให้บรรลุความต้องการในการดูแลตนเองตามความคาดหวัง ดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความผาสุกในชีวิต โดยเฉพาะในภาวะที่เจ็บป่วย การช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน ตลอดจนเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ จะส่งผลให้เกิดความผาสุกในครอบครัวได้

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปว่าการสนับสนุนทางสังคมคือ ความช่วยเหลือจากบุคคลในรูปของการให้กำลังใจ ให้คำแนะนำคำเตือน การรับฟังปัญหาด้วยความเข้าใจ เห็นใจ แลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก นอกจากช่วยเหลือ ด้านจิตใจ อารมณ์ ระบายความรู้สึก ลดความเครียด ความกลัว กลุ่มช่วยเหลือทางสังคมอาจให้การสนับสนุนด้วยสิ่งของ ใ้รางวัล ช่วยด้านการเงิน การอำนวยความสะดวก ชี้แนะแนวทางให้ การจัดเอกสารสื่อความรู้ แนวทางปฏิบัติ จุดมุ่งหมายให้กลุ่มเป้าหมายมีพลังมีความเชื่อมั่นในการเผชิญปัญหา แก้ปัญหาและดูแลตัวเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กลุ่มช่วยเหลือทางสังคมของผู้ป่วย เช่น คนในครอบครัว สามี ภรรยา บุตร พี่สาว น้องสาว ผู้ปกครอง คนใกล้ชิด เพื่อนสนิท เพื่อนบ้าน หรืออาจเป็นบุคคลอ้างอิง (Significant others) เช่น คนที่เคารพนับถือ พระ ผู้บังคับบัญชา ครู อาจารย์ หรือจะเป็นเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักศึกษา หรือคนในชุมชน เช่น อสม. การใช้การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพ ช่วยพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้นจะดีขึ้นไปด้วย (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541)

2.5.1.2 ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

Weiss (1974) แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 6 ด้าน คือ

- 1) ความผูกพันและรักใคร่สนับสนุน (Attachment) หมายถึง ความสัมพันธ์ที่เกิดจากความใกล้ชิด ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเป็นที่รักและได้รับความเอาใจใส่ เกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ ถ้าบุคคลขาดการสนับสนุนจะทำให้รู้สึกเดียวดาย (Loneliness)
- 2) การมีส่วนร่วมหรือการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) หมายถึง การที่บุคคลมีโอกาสร่วมในกิจกรรมของสังคม ทำให้มีการแบ่งปันแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ทั้งด้านความคิด กำลังทรัพย์ และกำลังบุคคล ตามโอกาสอันควร ทำให้เกิดความห่วงใยและเข้าใจซึ่งกันและกัน หากบุคคลขาดการสนับสนุนนี้จะทำให้ถูกแยกจากสังคม โดดเดี่ยว ขาดเพื่อน เป็นผลให้ขาดกำลังใจ สิ้นหวังและเบื่อหน่ายต่อการมีชีวิตอยู่
- 3) การได้มีโอกาสช่วยเหลือผู้อื่น (Opportunity for nurturance) หมายถึง การที่บุคคลมีความรับผิดชอบ ช่วยเหลือบุคคลอื่นซึ่งค้อยกว่า เกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นและผู้อื่นพึงพาได้ หากขาดการสนับสนุนนี้จะทำให้เกิดความรู้สึกคับข้องใจ ว่างเปล่า และไร้จุดหมายของชีวิต
- 4) การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าแห่งตน (Reassurance of worth) หมายถึง การที่บุคคลได้รับการยอมรับ ยกย่องจากสถาบันครอบครัวหรือเพื่อนว่าตนเองมีความสามารถ (Social role) เช่น ความสามารถในการช่วยเหลือเรื่องต่างๆ ในครอบครัว หรือการทำงานร่วมกับเพื่อนร่วมงาน ถ้าบุคคลขาดการสนับสนุนจะทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความเชื่อมั่นลดลง
- 5) ความรู้สึกพึ่งพาอาศัยกัน (A sense of reliable alliance) หมายถึง สัมพันธภาพในลักษณะช่วยเหลือเกื้อกูลกันอย่างต่อเนื่อง มักเกิดจากสัมพันธภาพของครอบครัวโดยตรง ถ้าขาดการสนับสนุนจะรู้สึกขาดความมั่นคงและถูกทอดทิ้ง
- 6) การได้รับคำแนะนำและการชี้แนะ (The obtaining of guidance) หมายถึง ความสัมพันธ์ที่เกิดจากการได้รับความจริงใจ ช่วยเหลือทางอารมณ์ ชี้แนะข้อมูลจากบุคคลที่ตนเชื่อมั่นและศรัทธา เมื่อตกอยู่ในภาวะตึงเครียด หรือภาวะวิกฤต เพื่อผ่อนคลายภาวะตึงเครียดที่กำลังประสบอยู่ถ้าขาดการสนับสนุนนี้จะทำให้รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง

House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมี 4 ด้าน คือ

- 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การแสดงออกถึงการยกย่อง เห็นคุณค่า ความรัก ความไว้วางใจ ความห่วงใย การรับฟัง เห็นอกเห็นใจ

2) การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า (Appraisal support) หมายถึง การให้ข้อมูลย้อนกลับ การยอมรับในสิ่งที่บุคคลอื่นแสดงออกมา รวมถึงแรงสนับสนุนซึ่งอาจเป็นความช่วยเหลือโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ได้

3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การให้ข้อมูลข่าวสารในเชิงปริมาณที่บุคคลได้รับ เพื่อแก้ปัญหาที่เผชิญกับภาวะของโรคและการรักษา โดยให้ข้อมูลในเรื่องต่างๆทั้งในรูปแบบของคำแนะนำ ข้อเสนอแนะหรือแนวทางในการปฏิบัติ

4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) เป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ ในเรื่องเงิน สิ่งของ แรงงาน เวลา และการปรับปรุงสภาพแวดล้อมและการให้บริการ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดของ House (1981) ที่เน้นการสนับสนุนด้านอารมณ์ว่าเป็นประเภทของการสนับสนุนที่สำคัญมากที่สุด และเป็นประเภทของการสนับสนุนที่รวมอยู่ในทุกรูปแบบของการสนับสนุนทางสังคม และพบว่าแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมที่แบ่งเป็น 4 ด้านนั้นครอบคลุมความจำเป็นพื้นฐานที่มนุษย์ต้องการ จึงสามารถนำมาใช้ศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ดี และยังเป็นแนวคิดที่ Zimet, Dahlem, Zimet, และ Farley (1988) ใช้สร้างเครื่องมือ Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)

2.5.2 เครื่องมือประเมินการสนับสนุนทางสังคม

การสร้างเครื่องมือเพื่อประเมินหรือวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความแตกต่างกันไปตามแนวคิดของผู้สร้างเครื่องมือ ซึ่งเครื่องมือที่ใช้วัดการสนับสนุนทางสังคมมีดังต่อไปนี้

1) เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Kahn เรียกว่า Norbeck Social Questionnaire Part Two (NSSQ2) สร้างโดย Norbeck, Linsey และ Carrieri (1981) เครื่องมือนี้วัดการสนับสนุนด้านความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด ด้านความเห็นพ้องและยืนยันพฤติกรรมของบุคคล และการให้ความช่วยเหลือ ซึ่งจำนวนข้อคำถาม 9 ข้อและแบบประเมินเครือข่ายสังคม 2 ข้อ ลักษณะคำถามแบ่งตามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ วัดได้ทั้งชนิดและปริมาณการสนับสนุนทางสังคม และผ่านการตรวจสอบหาความเที่ยงอยู่ในช่วง 0.85-0.92

2) เครื่องมือการสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1979) เรียกว่า The Personal Resource Questionnaire Part Two (PRQ2) สร้างโดย Brandt และ Weinert (1981) เครื่องมือนี้วัดชนิดการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้านคือ ความรักใคร่ผูกพัน การเป็นส่วนหนึ่งในสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่น และการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคม ลักษณะเครื่องมือเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ

3) เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988) สร้างมาจากแนวคิดของ House (1981) โดยแบบวัดนี้จะเกี่ยวข้องกับความรู้สึก การรับรู้ของบุคคลที่ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างมากน้อยเพียงใด วัดการสนับสนุนทางสังคมจาก 3 แหล่งคือ เพื่อน ครอบครัว และแหล่งอื่นๆ โดยใช้วัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับนักศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 275 คน ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 และได้มีการนำไปใช้กับหญิงตั้งครรภ์ วัยรุ่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยจิตเวช เป็นแบบวัดที่มี 12 ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ มีการแปลใช้ในหลายประเทศเช่น จีน สอนกง มาเลเซีย มีความเชื่อมั่นมากกว่า 0.90 (Ng, Amer Siddiq, Aida, Zainal, & Koh, 2010) ได้มีการนำไปใช้ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีค่าเชื่อมั่น 0.87 (Sayers et al., 2008) ซึ่งพิทักษ์พล บุญยะมาติก (2005) ทำการแปลและแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทย ใช้ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหืด ค่าความเชื่อมั่นที่ 0.91 (นุชริย์ แสงสว่าง, 2552; อมรรัตน์ นาคละมัย, 2553)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้ เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) เพื่อประเมินแหล่งสนับสนุนที่สำคัญของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในการดูแลตนเองที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต และเป็นเครื่องมือที่ใช้ง่ายเป็นคำถามที่ไม่ยาวเกินไป และไม่เป็นภาระผู้ถูกวัดและสามารถประเมินได้หลายมิติ ในผู้ที่มีความสามารถในการอ่านต่ำ ระดับการศึกษาเกรด 4 (fourth grade reading level) สามารถเข้าใจได้ (Cheng & Chan, 2004)

2.5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องเผชิญกับภาวะคุกคามจากอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นเช่น อาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก อ่อนล้า บวม นอนราบไม่ได้ เกิดข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ รวมถึงการทำงาน สูญเสียสมรรถภาพของร่างกาย ต้องพึ่งพาผู้อื่น รู้สึกไม่แน่นอนกับชีวิตของตนเอง วิตกกังวล ดังนั้นจึงจำเป็นต้องได้รับการตอบสนองด้านอารมณ์ ได้รับการรัก ความเห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่รับฟังปัญหา (เพ็ญจันทร์ เสรีวัฒนา, 2552) นอกจากนั้นยังสูญเสียบทบาทหน้าที่ทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นบุคคลที่ไร้ประโยชน์ เป็นภาระต่อผู้ดูแล ดังนั้นการสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่ามีประโยชน์กับครอบครัว โดยให้ความเคารพนับถือ เชื่อฟัง ยอมรับความคิดเห็น การดูแลเอาใจใส่ ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีโอกาสนพบปะพูดคุยกับบุคคลอื่นในสังคมอยู่เสมอ ทำให้มีโอกาสดูแลเปลี่ยนแปลงข้อมูลมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นได้ตามความสามารถของร่างกาย (Heo et al., 2009) ส่งผลให้เกิดกำลังใจที่จะ

ดำเนินชีวิตและสามารถอยู่กับภาวะเจ็บป่วยอย่างปกติสุข นอกจากนั้นการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ในการให้ข้อมูลในรูปแบบการให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง เช่น ความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค สังเกตอาการผิดปกติ และการมาพบแพทย์ ตลอดจนการติดตามเยี่ยมจากบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในภาวะเจ็บป่วยและการรักษาของตนเอง เพิ่มขึ้น (Gaulden & Glotzer, 2005)

จากการศึกษาของหัทธรัตน์ เวชมนัส (2547) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งในส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และการสนับสนุนโดยการให้ความรู้สามารถช่วยพัฒนาความรู้และส่งเสริมพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ (จันทร์จิรา เกียรติสีสกุล, 2551) ญาติหรือผู้ใกล้ชิดที่เป็นผู้ให้การดูแลสนับสนุนกระตุ้นเตือนผู้ป่วยในการพักผ่อนอยู่ที่บ้าน ให้ความช่วยเหลือ ตลอดจนให้กำลังใจและประทับประคองด้านจิตใจของผู้ป่วย การสนับสนุนส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจภาวะความเจ็บป่วยและการรักษามากขึ้น ทำให้ความคลุมเครือจากการเจ็บป่วยและการรักษาลดลง ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยสามารถคาดการณ์ภาวะความเจ็บป่วยและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยจึงมีกำลังใจ และมั่นใจในการดูแลตนเอง (Mishel, 1988) สัมพันธ์กับการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการดูแลตนเองได้ร้อยละ 59.5 แยกเป็นการสนับสนุนจากเพื่อน บุคคลใกล้ชิด ครอบครัว มีผลต่อการดูแลตนเองร้อยละ 34, 29, 21 ตามลำดับ (Sayers, Riegel, Pawlowski, Coyne, & Samaha, 2008) หากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและลดอัตราการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล (เขาวภา บุญเที่ยง, 2545) การศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยการติดตามเป็นระยะเวลา 1 ปี พบว่าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีอัตราการเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลและอัตราการเสียชีวิตลดลงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม (Löfvenmark, Mattiasson, Billing, & Edner, 2009) Mazzella และคณะ (2010) ได้ศึกษาและติดตามผู้ป่วยสูงอายุจำนวน 1,288 ราย ระยะเวลา 12 ปี ในผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมไม่เพียงพอมิการดำเนินของโรคและจำนวนโรคร่วมเพิ่มขึ้น และเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่การสนับสนุนทางสังคมเพียงพอ 1.26 เท่า ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตเช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าการสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำกิจกรรม อายุ สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 36 (Heo, Moser, Chung, & Lennie, 2010) สัมพันธ์กับการศึกษาของ พวงผกา กรีทอง (2008) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 422 ราย พบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 17 มีอิทธิพลโดยอ้อมต่อคุณภาพชีวิตผ่านอาการและอาการแสดงและการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม ($\beta = .21, p < .05$) และสามารถร่วมกับอาการแสดง การทำกิจกรรม การรับรู้ภาวะสุขภาพทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 58

2.6 สรุป

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีพยาธิสภาพรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ทำให้อัตราการเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีแนวโน้มสูงขึ้น แม้ว่าอัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีมีความทันสมัยในการรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่การดำเนินของโรคทำให้ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลงอย่างมาก ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำได้ง่ายและรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ อาการที่เกิดขึ้น เช่น อาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก บวม นอนราบไม่ได้ ใจเต้น เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยไม่สามารถคาดเดาได้ว่า อาการจะเกิดขึ้นเมื่อใด ระยะเวลาที่เกิดนานเท่าใด อาการและการรักษาที่คุกคามชีวิตทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หากผู้ป่วยไม่สามารถประเมินและปรับตัวในการจัดการกับอาการได้จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้เช่นกัน เพื่อป้องกันการเกิดอาการกำเริบที่จะส่งต่อคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องมีพฤติกรรมสุขภาพและดูแลตนเองที่เหมาะสมร่วมกับการรักษา ดังนั้นความเข้าใจและการเข้าถึงข้อมูลจากระบบบริการสุขภาพจึงปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยในการเผชิญปัญหา สามารถประเมินสถานการณ์ที่ถูกต้องและทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่เกิดความสับสนในการรับรู้ข้อมูลและจัดการกับอาการ สามารถทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย ช่วยลดความวิตกกังวล มีพลังอำนาจในการดูแลตนเอง ไม่เป็นภาระต่อผู้ดูแล และการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ มั่นใจ และสามารถคาดเดาภาวะความเจ็บป่วยและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตที่ดี พยาบาลจึงต้องให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโดยเน้น ให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และทำกิจกรรมทางสังคมตามปกติ มีความสุขในการดำเนินชีวิต และการคงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลในครอบครัว ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา อิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ครอบคลุมในทุกมิติ ซึ่งน่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational Predictive design) เพื่อศึกษาอิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว และมาติดตามการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ ตึก 50 พรรษา วชิราลงกรณ์ ชั้น 2 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

1. ระดับความรุนแรงและความทนในการทำกิจกรรม อยู่ในระดับ 2-3 ตามการแบ่งของสมาคมหัวใจแห่งนิวยอร์ก (The New York Heart Association Functional Classification: NYHA)
2. มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สื่อสารและอ่านภาษาไทยได้
3. ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวมาไม่ต่ำกว่า 6 เดือน
4. ได้รับการตรวจรักษาและได้รับข้อมูลในการปฏิบัติตัวจากคลินิกโรคหัวใจ

เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. มีโรคร่วมที่อยู่ในระยะสุดท้าย เช่น มะเร็ง ไตวาย
2. ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์

3. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีความพร่องด้านความคิดความจำ (Cognitive Impairment)

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ใช้สูตรคำนวณ Sample of Multiple Regression (Polit & Beck, 2008) จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรทำนายและตัวแปรตามในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (effect size) มีค่าขนาดอิทธิพลของความสัมพันธ์ปานกลาง (นิตยา ศรีสุข, 2551) ดังนั้นในการคำนวณกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้ medium effect size = 0.13 กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of the test) 0.8 กำหนดความเชื่อมั่นในการทดสอบที่ระดับแอลฟา 0.05 Population effect size (y) = 0.149 ($R^2/1-R^2$) ค่า L ได้จากการเปิดตาราง Power Analysis Table Multiple Regression $\alpha=0.05$, $k=3$ ได้ค่า $L=10.90$

$$\begin{array}{ccc} N = L + k + 1 & \text{แทนค่าจากสูตร} & N = 10.90 + 3 + 1 \\ \text{---} & & \text{---} \\ y & & 0.149 \end{array} = 77$$

ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 10% เพื่อทดแทนกลุ่มตัวอย่างที่ตอบข้อมูลไม่ครบถ้วน จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 85 ราย

สถานที่เก็บข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากคลินิกโรคหัวใจ ตึก 50 พรรษา วชิราลงกรณ์ ชั้น 2 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างรับผู้ป่วยจากจังหวัดศรีสะเกษ มุกดาหาร อำนาจเจริญ ยโสธร มีจำนวนเตียงรับผู้ป่วย 1,000 เตียง ผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่คลินิกโรคหัวใจส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและได้รับข้อมูลในการดูแลตนเองก่อนกลับบ้านจากแพทย์ พยาบาลและได้รับข้อมูลเรื่องการใช้ยาจากเภสัชกร เมื่อมาติดตามรับการรักษาหากผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพหรือการดูแลตนเองจะได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร โดยไม่มีสื่อประกอบคำแนะนำ เก็บข้อมูลวันอังคารเวลา 7.00-12.00 น. พุธ พฤหัสบดีและศุกร์ เวลา 07.00 น. ถึง 16.00 น.

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 5 ชุด ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติความเจ็บป่วยของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนของผู้ป่วย ลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามชนิดเลือกตอบและให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลักและอาชีพเสริม รายได้ ความเพียงพอของรายได้ บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย

1.2 ข้อมูลประวัติความเจ็บป่วยของผู้ป่วยบันทึกโดยผู้วิจัย ได้แก่ ระดับรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวนครั้งที่ได้รับข้อมูลในการดูแลตนเองและแหล่งข้อมูลที่ได้รับ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว สาเหตุของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว โรคประจำตัวอื่นๆ หัตถการ รวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติและสัมภาษณ์ผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับชุมชน (Mishel Uncertainty in Illness Scale-Community Version: MUIS-C)

ผู้วิจัยใช้แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล-ฉบับชุมชน โดยมิเชลสร้างขึ้นในปี 1989 โดยพัฒนามาจากแบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่ใช้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล นำไปตรวจสอบกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 396 ราย ผลการวิเคราะห์พบว่ามีคำถาม 23 ข้อที่มีความตรงของเนื้อหา มีองค์ประกอบของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยทั้ง 4 ด้าน ข้อคำถามทั้งหมดมีความหมายทั้งทางบวกและทางลบ เรียงกันอย่างไม่สนใจผ่านการทดสอบโดย มิเชลนำแบบวัดไปหาความเชื่อมั่นกับผู้ป่วย 1,121 ราย โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.75-0.90

แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับชุมชนแปลเป็นภาษาไทย โดย สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2534) ได้มีการนำเครื่องมือวัดความรู้สึกไม่แน่นอนมาใช้อย่างแพร่หลาย เช่น ในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ (Detprapon, ngam, Mishel, Sitthimongkol, & Vorapongsathorn, 2009) ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสี (Santawaja, Hanuchcharurnkul, Sirapongnm, Sitthimongkol, & Vorapongsathorn, 2002) มีค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) = 0.78-0.91 และมีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.79-0.90

แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถาม 23 ข้อ แบ่งเป็นองค์ประกอบ 4 ด้านคือ

1. ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย มีจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ 1, 2, 3, 4, 11, 13, 19
2. ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล มีจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 8, 10, 18, 22, 23
3. ด้านการได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย หรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมที่เคยได้รับ มีจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ 5, 6, 9, 14, 16, 21
4. ด้านไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษาและผลของการรักษา มีจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 7, 12, 15, 17, 20

ข้อคำถามแต่ละข้อประกอบด้วยคำตอบที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) 5 อันดับ ซึ่งมีการอธิบายความหมายของคำตอบแต่ละข้อดังนี้

ตรงกับความรู้สึกมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบได้ตรงความจริงมากที่สุด
ตรงกับความรู้สึกมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบได้ตรงความจริงมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อความนั้นผู้ตอบไม่สามารถอธิบายได้ว่ามีความรู้สึกอย่างไร
ไม่ตรงกับความรู้สึก	หมายถึง	ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบไม่ตรงความจริงเล็กน้อย
ไม่ตรงกับความรู้สึกมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบไม่ตรงความจริงมากที่สุด

ลักษณะของแบบสอบถาม มีคำถามด้านบวกข้อ 6, 8, 19, 20, 22, 23 และคำถามด้านลบข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	คำถามด้านบวก	คำถามด้านลบ
ตรงกับความรู้สึกมากที่สุด	1	5
ตรงกับความรู้สึกมาก	2	4
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่ตรงกับความรู้สึกมาก	4	2
ไม่ตรงกับความรู้สึกมากที่สุด	5	1

การแปลผลคะแนน

ผู้ที่ได้คะแนนต่ำ หมายถึง มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยระดับต่ำ

ผู้ที่ได้คะแนนสูง หมายถึง มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยระดับสูง

คะแนนรวมทั้งชุดของแบบสอบถามนี้ มีค่าระหว่าง 23 – 115 คะแนน กำหนดเกณฑ์ให้คะแนนและแปลผลคะแนน เพื่อแบ่งระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เป็น 3 กลุ่ม โดยใช้ค่าคะแนนที่มากที่สุดที่กลุ่มตัวอย่างตอบได้ ลบด้วยคะแนนที่น้อยที่สุดที่กลุ่มตัวอย่างตอบได้หารด้วยจำนวนระดับ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2543)

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{จำนวนสูงสุด} - \text{จำนวนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}}$$

จำนวนสูงสุด 92 คะแนน จำนวนต่ำสุด 35 คะแนน จึงได้ความกว้างของอันตรภาคชั้นเท่ากับ 19 คะแนน โดยนำมาจัดกลุ่มระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ 3 กลุ่ม ดังนี้

มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยระดับต่ำ คะแนนเท่ากับ 35 - 53 คะแนน

มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยระดับปานกลาง คะแนนเท่ากับ 54 - 72 คะแนน

มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยระดับสูง คะแนนเท่ากับ 73 - 115 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ล้มเหลว

แบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดของ Parker และ คณะ (1995) เพื่อให้มีความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นแบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน/บทบาทหน้าที่ ที่เน้นการวัดความสามารถของผู้ป่วยในการอ่าน (read) การเข้าใจ (understand) ในสิ่งที่ประสบหรือพบในสถานบริการสุขภาพ โดยใช้สื่อหรืออุปกรณ์ที่มีอยู่ในระบบบริการ แบบประเมินมีลักษณะให้ผู้ถูกประเมินอ่านข้อความที่อยู่ในกล่องสี่เหลี่ยม แล้วตอบคำถามตามความเข้าใจ โดยมีตัวเลือกให้ผู้ถูกประเมินได้เลือก 3 ตัวเลือก จำนวน 22 ข้อ เนื้อหาของแบบประเมิน ดังแสดงในตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 เนื้อหาแบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

เนื้อหา/ข้อมูล	ทักษะความเข้าใจ	ทักษะคิดคำนวณ
1. การรับบริการตรวจรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว 1.1 ก่อนพบแพทย์ (4 ข้อ) 1.2 หลังพบแพทย์ (3 ข้อ)	ข้อ 1, 3, 4 ข้อ 5, 6, 7	ข้อ 2
2. การปฏิบัติตัว 2.1 เรื่องยา (6 ข้อ) 2.2 เรื่องการทำกิจกรรม (3 ข้อ) 2.3 เรื่องอาหาร (2 ข้อ) 2.4 เรื่องการสังเกตอาการผิดปกติ (4 ข้อ)	ข้อ 8, 9, 10, 11 ข้อ 14, 15, 16 ข้อ 17, 18 ข้อ 19, 20, 21, 22	ข้อ 12, 13

การแปลผลคะแนน

การให้คะแนน ถ้าตอบตรงกับคำตอบที่กำหนดไว้ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่ได้หรือไม่ตรงกับคำตอบที่กำหนดไว้ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมเท่ากับ 22 คะแนน คะแนนรวมแบ่งระดับความแตกฉานด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ การแบ่งระดับคะแนนโดยใช้เกณฑ์เดียวกับเครื่องมือ Test of Functional Health Literacy in Adult: TOFHLA (Parker, Baker, Williams, & Nurss, 1995) ดังนี้

มีความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอ	คะแนนเท่ากับ 0-12 คะแนน (0-59%)
มีความแตกฉานด้านสุขภาพก้ำกึ่ง	คะแนนเท่ากับ 13-16 คะแนน (60-74%)
มีความแตกฉานด้านสุขภาพเพียงพอ	คะแนนเท่ากับ 17-22 คะแนน (75-100%)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS)

แบบสอบถามวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) เป็นเครื่องมือสำหรับวัดความเข้าใจและการรับรู้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลใกล้ชิด ถูกพัฒนาขึ้นมาโดย Zimet, Dahlem, Zimet, และ Farley (1988) ใช้วัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกไต (hemodialysis) มีความเชื่อมั่นจากการคำนวณด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.93 แยกเป็นค่าความเชื่อมั่นในการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และ

บุคคลใกล้ชิด พบว่า ด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 (Canty-Mitchell & Zimet, 2000) มีการนำไปใช้ในหลายประเทศ เช่น จีน ฮองกง มาเลเซีย มีค่าความเชื่อมั่นมากกว่า 0.90 (Ng, Amer Siddiq, Aida, Zainal, & Koh, 2010) ได้มีการนำไปใช้ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีค่าเชื่อมั่น 0.87 (Sayers, Riegel, Pawlowski, Coyne, & Samaha, 2008)

พิทักษ์พล บุญยะมาลิก (2005) ทำการแปลแบบสอบถามวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติเป็นภาษาไทย โดยการแปลและแปลย้อนกลับ ซึ่งเนื้อหาของแบบสอบถามชุดนี้มีความหมายใกล้เคียงกับต้นฉบับภาษาอังกฤษมากที่สุด สามารถนำมาวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหืด มีค่าความเชื่อมั่นจากการคำนวณด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.89-0.91 (นุชริย์ แสงสว่าง, 2552; อมรรัตน์ นาคละมัย, 2553) แบบสอบถามวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ 3, 4, 8, 11
2. การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน มีจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ 6, 7, 9, 12
3. การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด มีจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ 1, 2, 5, 10

ข้อคำถามแต่ละข้อ ประกอบด้วยคำตอบที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 7 อันดับ ซึ่งมีการอธิบายความหมายของคำตอบแต่ละข้อดังนี้

เห็นด้วยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบได้ตรงความจริงมากที่สุด
เห็นด้วยอย่างมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบได้ตรงความจริงมาก
เห็นด้วยเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบได้ตรงความจริงเล็กน้อย
มีความเห็นด้วยเป็นกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นผู้ตอบรู้สึกเฉยๆ
ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบไม่ตรงความจริงเล็กน้อย
ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบไม่ตรงความจริงมาก

ไม่เห็นด้วยมากที่สุด

หมายถึง

ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของ
ผู้ตอบไม่ตรงความจริงมากที่สุด**เกณฑ์การให้คะแนน**

ระดับการสนับสนุนทางสังคม

(คะแนน)

เห็นด้วยที่สุด

7

เห็นด้วยอย่างมาก

6

เห็นด้วยเล็กน้อย

5

มีความเห็นด้วยเป็นกลาง

4

ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย

3

ไม่เห็นด้วยอย่างมาก

2

ไม่เห็นด้วยมากที่สุด

1

การแปลผลคะแนน

ผู้ที่ได้คะแนนต่ำ

หมายถึง

มีการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ

ผู้ที่ได้คะแนนสูง

หมายถึง

มีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

คะแนนรวมทั้งชุดของแบบสอบถามนี้มีค่าคะแนนระหว่าง 12 – 84 คะแนน กำหนด
เกณฑ์ให้คะแนนและแปลผลคะแนน เพื่อแบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคม เป็น 3 กลุ่ม โดยใช้ค่า
คะแนนที่มากที่สุดที่กลุ่มตัวอย่างตอบได้ ลบด้วยคะแนนที่น้อยที่สุดที่กลุ่มตัวอย่างตอบได้ หาค่าด้วย
จำนวนระดับ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2543)

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{จำนวนสูงสุด} - \text{จำนวนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}}$$

จำนวนสูงสุด 78 คะแนน จำนวนต่ำสุด 30 คะแนน จึงได้ความกว้างของอันตรภาคชั้น
เท่ากับ 16 คะแนน โดยนำมาจัดกลุ่มระดับการสนับสนุนทางสังคมได้ 3 กลุ่ม ดังนี้

มีการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ

คะแนนเท่ากับ 30 – 45 คะแนน

มีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง

คะแนนเท่ากับ 46 – 61 คะแนน

มีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

คะแนนเท่ากับ 62 – 84 คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามวิถีชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaires: LHFQ)

แบบสอบถามวิถีชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมินนิโซต้าของ Rector, Kubo, และ
Cohn (1987) เป็นแบบวัดการรับรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อการดำเนินชีวิตในช่วง 1 เดือนที่

ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ผลกระทบด้านร่างกาย ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ และผลกระทบด้านจิตใจ โดยข้อคำถามครอบคลุมอาการและอาการแสดงของโรค การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล แบบวัดนี้ได้รับความนิยมและมีการแปลเป็นภาษาต่างๆ มากกว่า 30 ภาษา เรคเตอร์ ศึกษาโดยรวบรวมงานวิจัยที่นำแบบวัดนี้ไปใช้ มีการทดสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ พบว่าค่าคะแนนคุณภาพชีวิตของแบบวัดนี้มีการแปรผันตามระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวที่จำแนกตามเกณฑ์ของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (NYHA) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .0001 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 21, 37, 53, และ 69 ในระดับความรุนแรง NYHA 1, 2, 3, และ 4 ตามลำดับ (Rector, 2005) ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบวัดโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.86 ได้มีการศึกษาหาค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่ม (interclass correlation coefficient) ระหว่างการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ และการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว โดยการเก็บข้อมูลห่างกัน 2 วัน ได้เท่ากับ 0.87 (Rector, Anand, & Cohn, 2006)

แบบสอบถามวิถีชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมินิโซต้า ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย กฤติกา ชูณวณิช (2547) ทำการแปลและแปลย้อนกลับ ทดสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 15 ราย ด้วยการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ทดสอบความเชื่อมั่นจากการคำนวณด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคอยู่ในระดับที่เชื่อถือได้คือ 0.89 ในประเทศไทยพบว่าได้มีการนำเครื่องมือนี้มาใช้งานวิจัยพบว่าค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94 - 0.95 (วรินทร์ เวียงโสด, 2547; ศิริวรรณ ตั้งจิตรสกล, 2551)

แบบสอบถามการรับรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อการดำเนินชีวิตในช่วงระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา มีจำนวนคำถามทั้งหมด 21 ข้อ 3 ด้าน คือ

1. ด้านร่างกาย มีจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 5, 6, 7, 12, 13
2. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ มีจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 8, 9, 10, 11, 14, 15, 16
3. ด้านจิตใจและอารมณ์ มีจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 17, 18, 19, 20, 21

ข้อคำถามแต่ละข้อ ประกอบด้วยคำตอบที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 6 อันดับ ซึ่งมีการอธิบายความหมายของคำตอบแต่ละข้อดังนี้

ไม่มีผลกระทบ	หมายถึง	ไม่มีผลกระทบนั้นเกิดขึ้นกับท่านเลย
มีผลกระทบเล็กน้อย	หมายถึง	มีผลกระทบเกิดขึ้น 1 ครั้งถึง 2 ครั้งใน 1 เดือน
มีผลกระทบน้อย	หมายถึง	มีผลกระทบเกิดขึ้น 3 ครั้งถึง 8 ครั้งใน 1 เดือน
มีผลกระทบปานกลาง	หมายถึง	มีผลกระทบเกิดขึ้น 3 ครั้งถึง 4 ครั้งต่อสัปดาห์

มีผลกระทบมาก หมายถึง มีผลกระทบเกิดขึ้น 5 ครั้งถึง 6 ครั้งต่อสัปดาห์
 มีผลกระทบมากที่สุด หมายถึง มีผลกระทบเกิดขึ้นทุกวัน

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับคุณภาพชีวิต	(คะแนน)
ไม่มีผลกระทบ	0
มีผลกระทบเล็กน้อย	1
มีผลกระทบน้อย	2
มีผลกระทบปานกลาง	3
มีผลกระทบมาก	4
มีผลกระทบมากที่สุด	5

การแปลผลคะแนน

ผู้ที่ได้คะแนนต่ำ หมายถึง มีคุณภาพชีวิตระดับสูง
 ผู้ที่ได้คะแนนสูง หมายถึง มีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ

การแปลผลคะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 105 คะแนน กำหนดเกณฑ์ให้คะแนนและแปลผลคะแนน เพื่อแบ่งระดับคุณภาพชีวิต เป็น 3 กลุ่ม โดยใช้ค่าคะแนนที่มากที่สุดที่กลุ่มตัวอย่างตอบได้ ลบด้วยคะแนนที่น้อยที่สุดที่กลุ่มตัวอย่างตอบได้ หาค่าด้วยจำนวนระดับ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2543)

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{จำนวนสูงสุด} - \text{จำนวนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}}$$

จำนวนสูงสุด 88 คะแนน จำนวนต่ำสุด 19 คะแนน จึงได้ความกว้างของอันตรภาคชั้นเท่ากับ 23 คะแนน โดยนำมาจัดกลุ่มระดับคุณภาพชีวิต ได้ 3 กลุ่ม ดังนี้

มีคุณภาพชีวิตระดับสูง	คะแนนเท่ากับ	19 – 41 คะแนน
มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง	คะแนนเท่ากับ	42 – 64 คะแนน
มีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ	คะแนนเท่ากับ	65 – 105 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติความเจ็บป่วยของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยภาวะ

หัวใจล้มเหลว ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยมีการปรับเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านระบบหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วย

- | | |
|--|--------|
| 1. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านอายุรกรรมระบบหัวใจและหลอดเลือด | 1 ท่าน |
| 2. อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมระบบหัวใจและหลอดเลือด | 2 ท่าน |
| 3. อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ | 1 ท่าน |
| 4. พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมระบบหัวใจและหลอดเลือด | 1 ท่าน |

ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงในเนื้อหา การใช้ภาษา ความชัดเจนของการใช้ภาษา ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) (Polit & Beck, 2008) ผลการประเมินความตรงด้านเนื้อหา มีดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อที่ผู้เชี่ยวชาญ (5 คน) เห็นว่าค่อนข้างสอดคล้อง/สอดคล้องมาก}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติความเจ็บป่วยของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

มีความตรงด้านเนื้อหา (CVI) = 1 และนำมาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

2. แบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

มีความตรงด้านเนื้อหา (CVI) = .91 และนำมาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

1. แบบสอบถามความรู้สึกลึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับชุมชน (Mishel Uncertainty in Illness Scale-Community Version: MUIS-C)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามความรู้สึกลึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับชุมชน ไปทดสอบกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มาติดตามรับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 ราย เพื่อกำหนดหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามเท่ากับ 0.89 หลังจากนั้นนำไปใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งหมด 85 ราย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.85

2. แบบประเมินความต้อกจกนด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจ

ล้มเหลว

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความต้อกจกนด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ไปทดสอบกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มาติดตามรับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 ราย เพื่อกำหนดหาความเชื่อมั่นของแบบประเมิน โดยมีค่าความเชื่อมั่น คูเดอร์ ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20) เท่ากับ 0.79 (ค่าความยากปานกลาง = 0.56, และมีอำนาจการจำแนกสูง = 0.65, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 4.2) หลังจากนำไปใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ทั้งหมด 85 ราย มีค่า KR 20 เท่ากับ 0.76 (ค่าความยากปานกลาง = 0.70, และมีอำนาจการจำแนกสูง = 0.62, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 4.0)

3. แบบสอบถามวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ ไปทดสอบกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มาติดตามรับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 ราย เพื่อกำหนดหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามเท่ากับ 0.87 หลังจากนำไปใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ทั้งหมด 85 ราย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.82

4. แบบสอบถามวิถีชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaires: LHFQ)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามวิถีชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ไปทดสอบกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มาติดตามรับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 ราย เพื่อกำหนดหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามเท่ากับ 0.88 หลังจากนำไปใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ทั้งหมด 85 ราย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.86

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตาม ขั้นตอนต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัย เพื่อขอคำรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล (ชุดสายพยาบาลศาสตร์) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อเสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และขออนุมัติในการเก็บข้อมูล
2. เมื่อผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคน ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวและขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และหนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของมหาวิทยาลัยมหิดล และโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการทำวิจัยครั้งนี้ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดเกี่ยวกับการรวบรวมข้อมูลการวิจัย
3. ภายหลังได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก และแพทย์ พยาบาล ณ คลินิกโรคหัวใจ ตึก 50 พรรษา วชิราลงกรณ์ ชั้น 2 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการดำเนินการวิจัยและขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อและคัดเลือกกลุ่มประชากรจากทะเบียนประวัติของผู้ป่วยก่อนการเก็บข้อมูล 1 วัน
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมด้วยตนเองทั้งหมด เก็บข้อมูลวันอังคาร เวลา 7.00 น. - 12.00 น. วันพุธ พฤหัสบดีและศุกร์ เวลา 7.00 - 16.00 น. ผู้วิจัยดำเนินการขณะที่ผู้ป่วยมารับการตรวจจากแพทย์ ณ คลินิกโรคหัวใจ ตึก 50 พรรษา วชิราลงกรณ์ ชั้น 2 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง พูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย แนะนำตัว ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยโดยการตอบแบบสอบถามและเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติในส่วนของข้อมูล ระยะเวลาการมีภาวะหัวใจล้มเหลว สาเหตุของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว และโรคประจำตัวอื่นๆ โดยชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับชื่อของการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย สิทธิของผู้ป่วยแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล/ญาติ ในการตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ ทั้งสิ้น เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ผู้ป่วยลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร พิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างโดยการอธิบายโครงการวิจัยตามเอกสารคำอธิบายโครงการ โดยระหว่างเข้า

ร่วมการวิจัยผู้ป่วยสามารถยุติหรือถอนตัวได้ตลอดเวลาตามรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

6. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยสะดวก สถานที่จัดไว้บริเวณคลินิกโรคหัวใจ ก่อนที่ผู้ป่วยจะพบแพทย์เพราะผู้ป่วยบางส่วนมาจากจังหวัดใกล้เคียงก่อนเวลาตรวจ 2 - 3 ชั่วโมง โดยมีแบบประเมินและแบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล ในการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามจนผู้ป่วยเข้าใจก่อนลงมือทำ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 45 - 60 นาที ขณะที่ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยและผู้วิจัยอยู่ใกล้ๆ คอยให้ข้อมูลเมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องการ

7. ในระหว่างการเก็บข้อมูลหากผู้ป่วยมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถามสามารถซักถามผู้วิจัยเพิ่มเติมได้

8. ในระหว่างการเก็บข้อมูล หรือภายหลังการเก็บข้อมูล หากกลุ่มตัวอย่างเปลี่ยนใจต้องการยุติการเข้าร่วมในการวิจัยสามารถยุติการเก็บข้อมูลได้โดยไม่มีข้อแม้ หรือผลกระทบใดๆกับการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับจากเจ้าหน้าที่ ทีมสุขภาพ

9. เมื่อเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถามแต่ละชุด หากพบว่าข้อมูลที่ได้ไม่สมบูรณ์หรือไม่ครบถ้วนและผู้ป่วยยินดีให้ข้อมูลเพิ่มเติม จึงทำการเก็บข้อมูลเพิ่มโดยนำแบบสอบถามชุดเดิมให้ผู้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามส่วนที่ยังไม่ตอบอีกครั้ง จากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยตระหนักถึงการเคารพสิทธิมนุษยชนและได้กำหนดขั้นตอนในการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย ดังนี้ ก่อนทำการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ผ่านขั้นตอนการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล (ชุดสายพยาบาลศาสตร์) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เมื่อได้รับการอนุมัติในการดำเนินการวิจัย จึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับชื่อโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย สิทธิของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และผู้ดูแลหรือญาติ ในการตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆทั้งสิ้น เมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร โดยระหว่างเข้าร่วมการวิจัยผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถยุติหรือถอนตัวได้ตลอดเวลาตาม

รายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับหากเข้าร่วมการวิจัยไม่มีในขณะนี้ แต่จะมีประโยชน์แก่กลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะเหมือนกับผู้เข้าร่วมการวิจัยในอนาคต ขณะตอบแบบสอบถามหากผู้เข้าร่วมการวิจัยหรือผู้ดูแลมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยสามารถถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และข้อมูลที่ได้จะไม่มีการเปิดเผยรายชื่อของผู้เข้าร่วมการวิจัยและหลังจากการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้นแล้ว ข้อมูลที่ได้จากผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถือเป็นความลับอย่างเคร่งครัด โดยระบุข้อมูลโดยใช้รหัสตัวเลข ไม่มีการระบุชื่อหรือที่อยู่ของผู้เข้าร่วมการวิจัย การนำข้อมูลไปอภิปรายและเผยแพร่จะทำในภาพรวมเท่านั้น แบบสอบถามที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบจะถูกเก็บไว้ 5 ปี ก่อนนำไปทำลายทิ้ง สำหรับหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะเก็บแยกจากแบบสอบถามที่เป็นรายละเอียดของข้อมูล เพื่อไม่ให้มีข้อมูลใดที่จะเชื่อมโยงให้ทราบว่าแบบสอบถามดังกล่าวเป็นของผู้เข้าร่วมวิจัยคนใด

ในการศึกษาครั้งนี้จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ แต่เนื่องจากแบบสอบถามมีข้อคำถามจำนวนมากทำให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามนาน ทำให้เสียเวลาในการพบแพทย์ ผู้วิจัยจึงแก้ไขโดยการจัดลำดับการเก็บข้อมูลในผู้เข้าร่วมการวิจัยที่รอแพทย์อย่างเดียวกัน และเก็บข้อมูลกับผู้เข้าร่วมการวิจัยที่รอพบแพทย์และรอผลการตรวจเลือดลำดับต่อมา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปมีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลและประวัติ ความเจ็บป่วย ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความแตกฉานด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยการแจกแจงหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. วิเคราะห์อิทธิพลของ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้สถิติการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) ซึ่งในการคำนวณด้วยสถิติวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณนั้นต้องมีการตรวจสอบข้อตั้งเบื้องต้น (Assumption) ก่อน (บุญใจ ศรีสัจดีนรากร, 2550; เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2549) ได้แก่

2.1 ตรวจสอบการกระจายเป็นโค้งปกติ (Normality distribution) ของแต่ละตัวแปรโดยใช้ Kolmogorov Smirnov test จากการตรวจสอบข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการกระจายเป็นแบบโค้งปกติ (ภาคผนวก ก)

2.2 ตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linearity) ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามแต่ละคู่โดยการทำ scatter plot จากการตรวจสอบข้อมูลพบว่าตัวแปรอิสระทุกตัวมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรตาม (ภาคผนวก ก)

2.3 ตรวจสอบค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระทุกตัวต้องมีค่าคงที่ (Homocedasticity) โดยพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่าง Regression Standardized Predicted Value กับ Regression Standardized Residual Value จากการตรวจสอบข้อมูลพบว่า ตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนกระจายอยู่บริเวณค่าศูนย์ แสดงว่า ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนของตัวแปรทุกตัวมีค่าคงที่ (ภาคผนวก ก)

2.4 ตรวจสอบความสัมพันธ์กันเองของค่าความคลาดเคลื่อน (Autocorrelation) โดยการใช้สถิติ Durbin Watson ซึ่งค่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเองโดยค่า Durbin Watson ต้องมีค่าเข้าใกล้ 2 (มีค่าในช่วง 1.5 – 2.5) จึงจะสรุปว่าค่าความคลาดเคลื่อนไม่มีความสัมพันธ์กัน จากการตรวจสอบข้อมูลพบว่าค่า Durbin Watson ได้เท่ากับ 1.74 นั่นคือไม่มีความสัมพันธ์กันเองของค่าความคลาดเคลื่อน

2.5 ตรวจสอบตัวแปรอิสระที่ใช้ศึกษาต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเองที่มากเกินไป (Multicollinearity) พิจารณาจากความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระต้องมีย่านน้อยกว่า .65 จากการตรวจสอบพบว่าค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระเท่ากับ .020 - .334 และพิจารณาจาก Tolerance ต้องมีค่าเข้าใกล้ 1 และค่า Variance Inflation Factor (VIF) ไม่เกิน 10 จากการตรวจสอบข้อมูลพบว่าความรู้สึกลึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีค่า Tolerance เท่ากับ .888 VIF เท่ากับ 1.126 ความแตกฉานด้านสุขภาพ ค่า Tolerance เท่ากับ .872 VIF เท่ากับ 1.147 และการสนับสนุนทางสังคม ค่า Tolerance เท่ากับ .980 VIF เท่ากับ 1.020 จากค่าที่ได้แสดงให้เห็นว่า ตัวแปรอิสระที่ใช้ศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กันเอง

บทที่ 4

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาอิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยายเป็น 4 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
- ส่วนที่ 2 ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
- ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
- ส่วนที่ 4 อำนาจการทำนายของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 85 ราย เป็นเพศหญิง 50 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.8 อายุมากกว่า 60 ปีร้อยละ 47.1 (Max=79, Min= 18, Mean= 56.84, S.D. = 13.94) สถานภาพสมรสร้อยละ 71.8 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาร้อยละ 69.4 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 50.6 รองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 35.3 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทร้อยละ 70.6 รายได้อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 10.6 มีรายได้เพียงพอร้อยละ 30.6 และร้อยละ 45.9 อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคล (n=85)

ลักษณะ		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	35	41.2
	หญิง	50	58.8
อายุ (ปี)	18-30	4	4.7
	31-40	6	7.0
	41-50	12	14.1
	51-60	23	27.1
	61-70	27	31.8
	71-79	13	15.3
	(Max =79, Min = 18, Mean = 56.84, S.D. = 13.94)		
สถานภาพสมรส	โสด	4	4.7
	คู่	61	71.8
	หม้าย, หย่า/แยก	20	23.5
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	59	69.4
	มัธยมศึกษาตอนต้น	7	8.2
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	8	9.4
	ปริญญาตรี	10	11.8
	ปริญญาโท	1	1.2
อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	43	50.6
	เกษตรกร เช่น ทำนา ทำไร่ เลี้ยงสัตว์	30	35.3
	รับจ้างทั่วไป	5	5.9
	ค้าขาย	4	4.7
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	3.5

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคล (n=85) (ต่อ)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
ไม่มีรายได้	4	4.7
ต่ำกว่า 5,000	60	70.6
5,001-10,000	9	10.6
10,001-15,000	7	8.2
15,001-20,000	1	1.2
มากกว่า 20,000	4	4.7
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	26	30.6
ไม่เพียงพอ	59	69.4
บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
อยู่คนเดียว	3	3.5
บิดา-มารดา	7	8.2
คู่สมรส	20	23.6
บุตร	15	17.6
คู่สมรสและบุตร	39	45.9
อื่นๆ เช่น พี่น้อง ญาติ	1	1.2

1.2 ลักษณะการเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว

กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว ระหว่าง 13-60 เดือน ร้อยละ 45.8 (Max = 240, Min = 6, Mean = 40.36, S.D. = 46.89) กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.2) มีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวโดยประเมินจากความสามารถในการทำกิจกรรม (New York Heart Association Functional Classification: NYHA) อยู่ในระดับ NYHA class II และ NYHA class III ร้อยละ 31.8 สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 48.2 รองลงมาเป็นโรคลิ้นหัวใจผิดปกติร้อยละ 31.8 กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงร้อยละ 20.2 โรคเบาหวานร้อยละ 18.1 เคยทำหัตถการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ เช่น pacemaker หรือ AICD ร้อยละ 5.9

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60 เคยได้รับความรู้และคำแนะนำในการดูแลตนเองจากคลินิกโรคหัวใจ จำนวน 1-5 ครั้ง (Max = 10, Min = 1, Mean = 4.84, S.D. = 2.85) ร้อยละ 51.8 เคยได้รับข้อมูลทั้งจากแพทย์และพยาบาล กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 83.5 ไม่เคยได้รับข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองจากแหล่งข้อมูลอื่น รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ข้อมูลความเจ็บป่วย (n = 85)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาความเจ็บป่วย (เดือน)		
6 – 12	31	36.5
13 – 60	39	45.8
61 – 120	10	11.8
มากกว่า 120	5	5.9
(Max = 240, Min = 6, Mean = 40.36, S.D. = 46.89)		
ระดับความรุนแรง (NYHA class)		
ระดับที่ 2	58	68.2
ระดับที่ 3	27	31.8
สาเหตุการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว		
โรคหลอดเลือดหัวใจ	41	48.2
โรคลิ้นหัวใจผิดปกติ	27	31.8
โรคกล้ามเนื้อหัวใจ	11	12.9
โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด	6	7.1
โรคประจำตัวอื่นๆ		
ไม่มีโรคประจำตัว	40	47.0
มีโรคประจำตัว	45	53.0
- โรคความดันโลหิตสูง	29	20.2
- โรคเบาหวาน	26	18.1
- โรคไตวาย	12	8.4
- ไขมันในเลือดสูง	4	2.7
- ภาวะไทรอยด์ฮอร์โมนสูง	2	1.4

ตารางที่ 4.2 ข้อมูลความเจ็บป่วย (ต่อ)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
- โรคเก๊าท์	2	1.4
- โรคปอด	1	0.8
โรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค		
โรคเบาหวาน โรคไตและโรคความดันโลหิตสูง	9	10.6
โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	13	15.3
หัตถการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ Pacemaker, AICD		
เคย	5	5.9
ไม่เคย	80	94.1
จำนวนครั้งที่ได้รับความรู้และคำแนะนำจากคลินิกโรคหัวใจ		
1 – 5 ครั้ง	51	60
6 - 10 ครั้ง	34	40
(Max = 10, Min = 1, Mean = 4.84, S.D. = 2.85)		
บุคคลที่ให้ข้อมูล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
แพทย์	36	42.3
แพทย์และพยาบาล	44	51.8
แพทย์และพยาบาลและเภสัชกร	5	5.9
ได้รับความรู้และคำแนะนำจากแหล่งข้อมูลอื่น		
ไม่เคยได้รับ	71	83.5
คู่มือททัศน์	1	1.2
อ่านหนังสือ	13	15.3

ส่วนที่ 2 ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

เมื่อนำตัวแปรที่ศึกษามาวิเคราะห์ด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษามีดังนี้

1) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย จากการศึกษพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยรวมอยู่ระหว่าง 35 - 92 คะแนน จากคะแนนเต็ม 115 คะแนน (Mean = 73.07, S.D. = 1.13) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 61.2 และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 31.7 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 จำนวนร้อยละของคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในภาพรวม (n=85)

การแปลผลความรู้สึกไม่แน่นอน ในความเจ็บป่วยในภาพรวม	เกณฑ์ในการแปล ผลคะแนน	คะแนนของกลุ่ม ตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	35 - 53	35 - 53	6	7.1
ระดับปานกลาง	54 - 72	57 - 72	27	31.7
ระดับสูง	73 - 92	73 - 92	52	61.2

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านไม่สามารถทำนายความเจ็บป่วย การรักษา และผลการรักษามากที่สุด [Mean = 17.34, S.D. = 2.91, ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ (ค่าเฉลี่ย/จำนวนข้อ) เท่ากับ 3.46] รองลงมาเป็นด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย (Mean = 23.90, S.D. = 4.61, ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์เท่ากับ 3.41) ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับระบบการรักษาและบริการ (Mean = 14.81, S.D. = 2.31, ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์เท่ากับ 2.96) และด้านที่น้อยที่สุดคือด้านความไม่สอดคล้องในเรื่องข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงบ่อยแตกต่างไปจากเดิม (Mean = 17.01, S.D. = 3.68 ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์เท่ากับ 2.83) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจำแนกตามรายด้าน (n=85)

คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอน ในความเจ็บป่วย	คะแนน ที่เป็น ไปได้	คะแนน ที่ได้จริง	ค่าเฉลี่ย	ค่า เบี่ยงเบน มาตรฐาน	* คะแนน เฉลี่ย สัมพัทธ์
คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนใน ความเจ็บป่วยรวม	23 – 115	35 – 92	73.07	1.13	-
-ด้านความสามารถทำนายนการ เจ็บป่วยการรักษาและ ผลการรักษา	5 – 25	8 – 21	17.34	2.91	3.46
-ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับ ภาวะเจ็บป่วย	7 – 35	11 – 30	23.90	4.61	3.41
-ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับระบบ การรักษาและบริการ	5 – 25	9 – 20	14.81	2.31	2.96
-ด้านความไม่สอดคล้องในเรื่อง ข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงบ่อย	6 – 30	7 – 21	17.01	3.68	2.83
*คะแนนเฉลี่ยสัมพัทธ์ (ค่าเฉลี่ย/จำนวนข้อ)					

2) ความแตกฉานด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความแตกฉานด้านสุขภาพ
ขั้นพื้นฐานอยู่ระหว่าง 6 - 21 คะแนน จากคะแนนเต็ม 22 คะแนน (Mean = 12.91, S.D. = 3.88) กลุ่ม
ตัวอย่างมีคะแนนความแตกฉานด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอร้อยละ 47.1 รองลงมา มีคะแนน
ความแตกฉานด้านสุขภาพกำลังร้อยละ 32.9 และมีคะแนนความแตกฉานด้านสุขภาพเพียงพอ
ร้อยละ 20 รายละเอียดดังในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของคะแนนระดับความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (n=85)

การแปลผลความแตกฉานด้านสุขภาพ ในภาพรวม	เกณฑ์ในการแปล ผลคะแนน	คะแนนของ กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอ	0 – 12	6 – 12	40	47.1
ความแตกฉานด้านสุขภาพกำลัง	13 – 16	13 – 16	28	32.9
ความแตกฉานด้านสุขภาพเพียงพอ	17 – 22	17 – 21	17	20.0

3) การสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนของการสนับสนุนทางสังคมอยู่ระหว่าง 30 - 78 คะแนน จากคะแนนเต็ม 84 คะแนน (Mean = 55.97, S.D. = 8.71) ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 68.2 รองลงมาอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 23.5 และได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 8.3 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 จำนวน และร้อยละของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมในภาพรวม (n=85)

การแปลผลการสนับสนุน ทางสังคมในภาพรวม	เกณฑ์ในการแปล ผลคะแนน	คะแนนของกลุ่ม ตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	30 – 45	30 – 43	7	8.3
ระดับปานกลาง	46 – 61	46 – 61	58	68.2
ระดับสูง	62 – 78	62 – 78	20	23.5

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมากที่สุด (Mean = 23.80, S.D. = 3.47, ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ เท่ากับ 5.95) รองลงมาคือการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด (Mean = 22.71, S.D. = 3.88, ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ เท่ากับ 5.67) และด้านการได้รับการสนับสนุนจากเพื่อน (Mean = 9.45, S.D. = 4.0, ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ เท่ากับ 2.36) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 คะแนนการสนับสนุนทางสังคมจำแนกตามรายด้าน (n=85)

คะแนนการสนับสนุนทางสังคม	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนของกลุ่มตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	คะแนนเฉลี่ยสัมพัทธ์
คะแนนการสนับสนุนทางสังคมรวม	12 – 84	30 – 78	55.97	8.71	-
-การสนับสนุนจากครอบครัว	4 – 28	14 – 28	23.80	3.47	5.95
-การสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด	4 – 28	12 – 28	22.71	3.88	5.67
-การสนับสนุนจากเพื่อน	4 – 28	4 – 22	9.45	4.00	2.36

4) **คุณภาพชีวิต** พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ระหว่าง 19 – 88 คะแนน จากคะแนนเต็ม 105 คะแนน (Mean = 59.32, S.D. = 1.38) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 54.1 รองลงมา มีคะแนนรวมคุณภาพชีวิตระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 35.3 และคะแนนรวมคุณภาพชีวิตระดับสูงร้อยละ 10.6 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 จำนวน และร้อยละของคะแนนระดับคุณภาพชีวิตในภาพรวม (n=85)

การแปลผลคุณภาพชีวิตในภาพรวม	เกณฑ์ในการแปลผลคะแนน	คะแนนของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	19 – 41	19 – 41	9	10.6
ระดับปานกลาง	42 – 64	42 – 64	46	54.1
ระดับต่ำ	65 – 88	65 – 88	30	35.3

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบจากภาวะหัวใจล้มเหลวต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายมากที่สุด (Mean = 25.31, S.D. = 6.35, ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ เท่ากับ 3.16) รองลงมาคือคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (Mean = 13.37, S.D. = 3.17, ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ เท่ากับ 2.67) และคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Mean = 20.63, S.D. = 6.52, ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ เท่ากับ 2.57) ตามลำดับรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 คะแนนคุณภาพชีวิตจำแนกตามรายด้าน (n=85)

คะแนนคุณภาพชีวิต	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนของกลุ่มตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	คะแนนเฉลี่ยสัมพัทธ์
คะแนนคุณภาพชีวิตรวม	0 – 105	19 – 88	59.32	1.38	-
-คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย	0 – 40	9 – 36	25.31	6.35	3.16
-คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	0 – 25	5 – 20	13.37	3.17	2.67
-คุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจ	0 – 40	5 – 32	20.63	6.52	2.57

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ผลการศึกษาพบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ดังนี้

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับความแตกฉานด้านสุขภาพ ($r = -.334, p < .01$)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคม ($r = -.020, p > .05$)

การสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับความแตกฉานด้านสุขภาพ ($r = .137, p > .05$)

เนื่องจากคะแนนของคุณภาพชีวิตมีลักษณะผกผันจากคะแนนของตัวแปรอื่นๆ กล่าวคือ คะแนนคุณภาพชีวิตต่ำ หมายถึง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ดังนั้นจากตารางที่ 4.10 พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ($r = .677, p < .001$) หมายถึงเมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้นจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ส่วนความแตกฉานด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ($r = -.302, p < .01$) หมายถึงผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอจะส่งผลให้ให้มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ส่วนการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ($r = -.079, p > .05$)

หากพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทั้งหมด กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จะพบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ต่อกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสูงสุดคือความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับคุณภาพชีวิต ($r = .677, p < .001$) รองลงมาคือความแตกฉานด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิต ($r = -.302, p < .05$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r) ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ตัวแปร	1	2	3	4
1. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	1			
2. ความแตกฉานด้านสุขภาพ	-.334*	1		
3. การสนับสนุนทางสังคม	-.020 ^{ns}	.137 ^{ns}	1	
4. คุณภาพชีวิต	.677**	-.302*	-.079 ^{ns}	1

* p-value < .01, ** p-value < .001, ns = non significant

ส่วนที่ 4 อำนาจการทำนายของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ผลการวิเคราะห์สมการถดถอยแบบขั้นตอนเดียว (Enter multiple regression) โดยนำตัวแปร ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม เข้าร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าสามารถ

อธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 46.8 ($R^2 = .468$, $F = 23.799$, $p < .001$)

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (β coefficient) เท่ากับ .651 ส่วนปัจจัยความแตกต่างด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.11 และสามารถเขียนสมการทำนายในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

$$y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3$$

$$y = 9.742 + .796x_1 - .275x_2 - .089x_3$$

เมื่อ	y	คือ	คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
	a	คือ	ค่าคงที่ (constant)
	b ₁	คือ	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในรูปคะแนนดิบ
	b ₂	คือ	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยความแตกต่างด้านสุขภาพในรูปคะแนนดิบ
	b ₃	คือ	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยการสนับสนุนทางสังคมในรูปคะแนนดิบ
	x ₁	คือ	ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
	x ₂	คือ	ความแตกต่างด้านสุขภาพ
	x ₃	คือ	การสนับสนุนทางสังคม

ตารางที่ 4.11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุของ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกต่างด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอนเดียว (Enter multiple regression) (n=85)

ตัวแปร	b	SE _b	β	t	p-value
-ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	.796	.105	.651	7.569	.000
-ความแตกต่างด้านสุขภาพ	-.275	.309	-.077	-.888	.377
-การสนับสนุนทางสังคม	-.089	.130	-.056	-.685	.495
Constant (a) = 9.742; SE _{est} = $\pm$ 10.29					
R = .684, $R^2 = .468$, $R^2_{adj} = .449$, $F = 23.799$, $p\text{-value} = .000$					

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การศึกษาอิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังต่อไปนี้

5.1 ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจและสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 85 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 58.8 อายุระหว่าง 18 - 79 ปี อายุเฉลี่ย 56.84 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศที่พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลายจนถึงผู้สูงอายุ และเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Krethong, Jirapaet, Jitpanya, & Sloan, 2008; Laothavorn et al., 2010; O'Loughlin et al., 2010; นิตยา ศรีสุข, 2551; เสาวลักษณ์ ทามาก, 2552) เช่นเดียวกับสถิติของสำนักงานกระทรวงสาธารณสุข พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในปี 2553 จากจำนวนประชากร 100,000 คน เป็นเพศหญิง 260.37 และเพศชาย 200.88 คน เนื่องจากเพศหญิงจะมีฮอว์โมนเอสโตรเจนช่วยเพิ่มระดับของไขมันโคเลสเตอรอลชนิดดี (HDL) และช่วยลดไขมันชนิดเลว (LDL) นอกจากนั้นยังทำให้เส้นเลือดแดงมีความยืดหยุ่น และเกล็ดเลือดไม่เกาะกลุ่มกันเมื่อถึงวัยหมดประจำเดือนฮอว์โมนเอสโตรเจนลดลง ส่งผลให้อัตราการเป็นโรคหัวใจเพิ่มขึ้นและพบว่า พลาสมา homocystiene เป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในวัยหมดประจำเดือนและเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น (วัฒนา เลี้ยววัฒนา & นิธิ มหานนท์, 2549) สัมพันธ์กับสถิติของ American Heart Association (2012) ที่พบว่าอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในเพศหญิงวัยหมดประจำเดือนสูงขึ้นอย่างชัดเจน เพศหญิงที่อายุ 40 ปี มีโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว 1 ใน 6 คน ส่วนในเพศชายมีโอกาสดังกล่าวหัวใจล้มเหลวได้ 1 ใน 9 คน และเพศหญิงมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจและภาวะหัวใจล้มเหลวสูงกว่าเพศชาย และยังพบว่าในกลุ่มประชากรที่มีอายุ 65 ปีมีโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว 10 คน จากจำนวนประชากร 1,000 คน ดังนั้นประชากรที่มีอายุมากขึ้นส่งผลให้มีโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้น (McLean, Eslick, & Coats, 2007; Roger et al., 2012)

จากผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาร้อยละ 69.4 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 50.6 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายจนถึงผู้สูงอายุ และภาวะหัวใจล้มเหลวมีการดำเนินของโรคอยู่ในระยะอาการคงที่และระยะอาการกำเริบสลับกันอย่างต่อเนื่อง ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าอาการหายใจลำบากจะกำเริบเมื่อใด จึงเกิดข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้บางส่วนไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ในส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้มากพอสมควร อาจมีอาการเหนื่อยหอบ อ่อนเพลียบ้างเล็กน้อย แต่เมื่อพักแล้วอาการดีขึ้น มีการประกอบอาชีพเกษตรกรรม รองลงมาเป็นอาชีพรับจ้างทั่วไป กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรร้อยละ 45.9 รองลงมาอาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 23.6 จึงได้รับการดูแลจากบุคคลดังกล่าว มีรายได้จากบุตรหลานและจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่รายได้ที่ได้รับยังไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย

5.2 ลักษณะการเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวตั้งแต่ 6-240 เดือน เฉลี่ย 40.36 เดือน สาเหตุการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวมาจากโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 48.2 และโรคลิ้นหัวใจผิดปกติร้อยละ 31.8 มีโรคร่วมเป็นความดันโลหิตสูงร้อยละ 20.2 โรคเบาหวานร้อยละ 18.1 สอดคล้องกับการศึกษาของประสาท เหล่าถาวร (2010) พบว่าสาเหตุของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวจากโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 45 โรคลิ้นหัวใจผิดปกติร้อยละ 19 และส่วนใหญ่มีโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน เป็นโรคร่วม (Giamouzis et al., 2011; Laothavorn et al., 2010; Roger et al., 2012; Suwanno, Petpichetchian, Riegel, & Issaramalai, 2009) เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงทำให้หัวใจต้องทำงานหนักบีบตัวแรงขึ้น เพื่อเอาชนะแรงต้านภายในหลอดเลือดที่เพิ่มสูงขึ้น พบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุให้เกิด diastolic heart failure ได้ร้อยละ 91 (Gary & Davis, 2008) ส่วนโรคเบาหวานส่งผลให้เกิดความผิดปกติด้านโครงสร้างและหน้าที่ของหลอดเลือดเพิ่มการทำงานของหัวใจ มีการสะสมของกรดไขมันอิสระและเกิดการสะสมไขมันที่กล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้หัวใจทำงานไม่มีประสิทธิภาพ พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวสูงถึง 2.9 เท่าของคนปกติ (Leung et al., 2009)

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาขณะที่เก็บข้อมูลพบว่ามีความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวประเมินตามความสามารถในการทำกิจกรรมโดยการแบ่งของสมาคมหัวใจแห่งนิวยอร์ก (The New York Heart Association functional classification: NYHA) กลุ่มตัวอย่างที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันและทำกิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำได้มากพอสมควร โดยอาจมีอาการเหนื่อยหอบ

หายใจลำบาก อ่อนเพลีย ใจสั่นหรือเจ็บหน้าอกเล็กน้อย แต่เมื่อได้พักแล้วจะรู้สึกสบายขึ้น (NYHA class II) ร้อยละ 68.2 และกลุ่มตัวอย่างที่สามารถทำกิจกรรมประจำวันและทำกิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำได้เพียงเล็กน้อย (NYHA class III) ร้อยละ 31.8 แต่ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวมีโอกาสเกิดอาการกำเริบเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาไม่สามารถคาดเดาได้ และพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีโอกาสเสียชีวิตกะทันหัน (sudden death) ได้ทุกระยะของความรุนแรง เช่นระดับความรุนแรง NYHA class II มีโอกาสเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ส่วนระดับความรุนแรง NYHA class III มีโอกาสเกิด cardiogenic shock และผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีระดับความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเมื่อการดำเนินของโรคเพิ่มขึ้น (Dickstein et al., 2008)

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้และคำแนะนำในการดูแลตนเองจากคลินิกโรคหัวใจ จำนวน 1-5 ครั้ง และพบว่าร้อยละ 51.8 เคยได้รับข้อมูลจากทั้งแพทย์และพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มาติดตามรับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ ส่วนใหญ่เคยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลจึงได้รับข้อมูลจากแพทย์และพยาบาล และตามขั้นตอนการมารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ พยาบาลจะคัดกรองผู้ป่วยก่อนหากพบปัญหาก็จะให้คำแนะนำร่วมด้วย เมื่อเข้าพบแพทย์จะได้รับการรักษาและคำแนะนำร่วมด้วยเช่นกัน ซึ่งเป็นการให้คำแนะนำโดยไม่มีสื่อการสอนอื่นและไม่มีบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ นอกจากนี้ร้อยละ 83.5 ไม่เคยได้รับข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจากแหล่งข้อมูลอื่น จากการเก็บข้อมูลความแตกฉานด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ขอข้อมูลการดูแลตนเองที่อยู่ในแบบประเมิน ทั้งผู้ป่วยกลุ่มที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมานานและกลุ่มที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัย บางส่วนมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลกันระหว่างผู้ป่วย ซึ่งอาจได้รับข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนและไม่ถูกต้อง แต่เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านจำนวนผู้ป่วยที่มีมากไม่สอดคล้องกับจำนวนของบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งมีไม่เพียงพอ จึงไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อุดมลักษณ์ สุทววงศ์ (2548) ศึกษาปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่เข้ารับการรักษานที่สถานบริการสุขภาพพิเศษ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 117 ราย พบว่าสิ่งที่ผู้ป่วยมีความต้องการสูงสุดจากระบบบริการสุขภาพคือ ด้านการให้คำปรึกษาและแนะนำการดูแลตนเองทางโทรศัพท์ เมื่อเกิดความสงสัยหรือมีอาการผิดปกติ ผู้ป่วยสามารถปรึกษาได้โดยตรง ทำให้ได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ไม่เสียเวลาในการเดินทาง ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และผู้ป่วยยังต้องการให้มีการเผยแพร่ข้อมูลด้านสุขภาพผ่านสื่อต่างๆ เช่น วารสาร หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ การศึกษาครั้งนี้พบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา มีปัญหาด้านการมองเห็นและภาษาที่ใช้ในสื่อต่างๆ ยากต่อการทำความเข้าใจ และส่วนใหญ่รายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย จึงเป็นสาเหตุให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถแสวงหาสื่อจากแหล่งข้อมูลที่มีอยู่ได้ ซึ่งผู้ป่วยและญาติต้องการเอกสารคู่มือการดูแลตนเองหรือแผ่นพับมากกว่าการให้ความรู้จากสื่ออื่นๆ

5.3 ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

5.3.1 ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูงร้อยละ 61.2 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านการไม่สามารถทำนายความเจ็บป่วย การรักษาและผลของการรักษามากที่สุด รองลงมา เป็นความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย เนื่องจากลักษณะอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบากของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เมื่อมีอาการกำเริบจะเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันอาจเกิดได้ในขณะที่ผู้ป่วยไม่มีกิจกรรมใดๆ ส่วนใหญ่ไม่สามารถจัดการกับอาการด้วยตนเอง ซึ่งการดำเนินของภาวะหัวใจล้มเหลวมีทั้งระยะอาการคงที่และอาการกำเริบสลับกันอย่างต่อเนื่อง บางครั้งไม่สามารถทำนายได้ว่าอาการที่เกิดจากภาวะหัวใจล้มเหลวจะกำเริบเมื่อใด เกิดขึ้นที่ไหน ในสถานการณ์เช่นไร จะมีความรุนแรงของอาการมากน้อยเพียงใด และใช้เวลายาวนานเพียงใดอาการจึงจะสงบ จากการศึกษาของ Zambroski และคณะ (2005) พบว่าจำนวนอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระดับความรุนแรง NYHA class II-IV ระยะคงที่ใน 1 สัปดาห์มีอาการ 15 ± 8 อาการ ซึ่งบางครั้งอาการกำเริบคาดเดาไม่ได้ และไม่สามารถป้องกันได้ แม้จะปฏิบัติตามคำแนะนำแล้ว แต่ก็ยังมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดขึ้นและทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม สอดคล้องกับแนวคิดของ Mishel ที่กล่าวไว้ว่าระดับความรุนแรงและความต่อเนื่องของอาการแสดงที่บุคคลรับรู้และให้ความหมาย ซึ่งประเมินได้จากจำนวนครั้งที่เกิดอาการ และความรุนแรงของอาการ ตำแหน่งและระยะเวลาที่เกิดการเจ็บป่วย ถ้ารูปแบบของอาการแสดงออกมีความรุนแรง ไม่ชัดเจน หรือมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคลุมเครือ ไม่สามารถเข้าใจ และให้ความหมายของอาการแสดงได้ ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องได้รับการรักษาและดูแลตนเองที่ซับซ้อน จากการได้รับยาหลายชนิด อาจมีการรักษาโรคร่วมร่วมด้วย รวมทั้งข้อจำกัดในการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วยที่ค่อนข้างซับซ้อน เช่น การจำกัดปริมาณโซเดียมหรือเกลือเล็กน้อยตามระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว รวมทั้งการปรับเปลี่ยนแผนการรักษา ชนิดของยาหรือการปรับเปลี่ยนขนาดยา อาจทำให้เกิดอาการข้างเคียงของยา หรือการใช้อุปกรณ์และการทำหัตถการต่างๆ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เปลี่ยนแปลงอยู่บ่อยๆ หรือข้อมูลใหม่ที่ได้ไม่ตรงกับข้อมูลที่เคยได้รับ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถประเมินอาการเจ็บป่วยต่างๆที่เกิดขึ้นได้ เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น (Mishel, 1988; Sethares, 2010; Winters, 1999) แต่ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าความรู้สึก

ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบการดูแล และความรู้สึกไม่แน่นอนด้านการได้รับข้อมูลไม่สม่ำเสมอ หรือมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลบ่อยหรือไม่สอดคล้องกับข้อมูลที่เคยได้รับอยู่ในระดับต่ำ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอทุกเดือน ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมาพบแพทย์ที่ห้องฉุกเฉิน และไม่เคยพักรักษาในโรงพยาบาล จึงเกิดความคุ้นเคยกับเหตุการณ์ จนเกิดความเคยชินเมื่อบุคคลรู้สึกคุ้นเคยกับเหตุการณ์ การรักษาที่ไม่ซับซ้อน การได้รับข้อมูลอย่างต่อเนื่องด้วยเหตุนี้จึงทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบบริการ และความรู้สึกไม่แน่นอนด้านการได้รับข้อมูลไม่สม่ำเสมอ หรือมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลบ่อยหรือไม่สอดคล้องกับข้อมูลที่เคยได้รับ อยู่ในระดับต่ำกว่าด้านอื่นๆ

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำได้มากพอสมควร (NYHA class II) มีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูงร้อยละ 51.73 และกลุ่มตัวอย่างที่สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้เพียงเล็กน้อย (NYHA class III) มีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูงร้อยละ 81.48 (ภาคผนวก รฐ ตารางที่ 1) จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าเมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีระดับความรุนแรงที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลให้มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Falk และคณะ (2007) ที่ศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 93 ราย พบว่าระดับความรุนแรงและความอ่อนล้าที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น

นอกจากนั้นการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง พบว่าเพศหญิงมีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูงร้อยละ 66 ส่วนในเพศชายมีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูงร้อยละ 54.28 (ภาคผนวก รฐ ตารางที่ 2) สอดคล้องกับการศึกษาของ Harkness (2009) พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและผู้ดูแลจำนวน 48 คู่ พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูงซึ่งพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงรับรู้อาการและระดับความรุนแรงได้มากกว่าเพศชาย ซึ่งส่งผลต่อกระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกายและกิจกรรมทางสังคม และยังพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพศหญิงเกิดความทุกข์ทรมานด้านจิตใจมากกว่า (Heo, Moser, & Widener, 2007)

5.3.2 ความแตกฉานด้านสุขภาพ

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 47.1 มีความแตกฉานด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของ Dennison และคณะ (2010) ศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 65 เป็นชาว African American ระดับการศึกษาต่ำกว่า

มัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 35 มีความแตกต่างด้านสุขภาพไม่เพียงพอร้อยละ 42 ต่างจากการศึกษาของ Chen และ คณะ (2011) ศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นชาวผิวขาวร้อยละ 91.8 มีระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 87.8 มีระดับความแตกต่างด้านสุขภาพไม่เพียงพอร้อยละ 16.3 เนื่องจากบุคคลที่มีระดับการศึกษาที่เพิ่มมากขึ้นสามารถเป็นบุคคลที่รับข้อมูลได้ดี เพราะบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีความรู้กว้างขวางในหลายเรื่อง มีความเข้าใจในสิ่งต่างๆ ที่เรียนรู้ได้มาก มีการตัดสินใจที่ดี ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสม จึงมีความแตกต่างด้านสุขภาพที่เพียงพอ จากการศึกษารั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาร้อยละ 69.4 มีคะแนนความแตกต่างด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอร้อยละ 57.63 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีมีคะแนนความแตกต่างด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอร้อยละ 20 (ภาคผนวก รฐ ตารางที่ 3)

เนื่องจากการศึกษารั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 47.1 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่ (18 – 60 ปี) มีคะแนนความแตกต่างด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอร้อยละ 28.89 ส่วนกลุ่มตัวอย่างวัยสูงอายุ (มากกว่า 60 ปี) มีคะแนนความแตกต่างด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอร้อยละ 67.5 (ภาคผนวก รฐ ตารางที่ 4) เนื่องจากผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงในทุกระบบของร่างกายในลักษณะเสื่อมถอย มีการเคลื่อนไหวร่างกายช้าลง การทรงตัวไม่ดี สมองเสื่อมหรือถูกทำลาย การได้ยินหรือการมองเห็นเสื่อมลง ผลกระทบต่อสุขภาพและพฤติกรรมของผู้สูงอายุค่อนข้างมาก ทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการรับหรือทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสาร (Oldfield & Dreher, 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sudore และคณะ (2006) พบว่าผู้สูงอายุมีระดับความแตกต่างด้านสุขภาพไม่เพียงพอสูงและมีโอกาสเสียชีวิตสูงขึ้น

นอกจากนั้นยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอร้อยละ 69.4 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ไม่เพียงพอมีความแตกต่างด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอร้อยละ 52.55 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เพียงพอมีความแตกต่างด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอร้อยละ 34.62 (ภาคผนวก รฐ ตารางที่ 5) เนื่องจากรายได้เป็นแหล่งประโยชน์อย่างหนึ่ง บุคคลที่มีรายได้ดีจะสามารถหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของตนเองและเข้าถึงบริการต่างๆ เพื่อดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและดีกว่าผู้มีรายได้ไม่เพียงพอ ซึ่งจะมีข้อจำกัดในการแสวงหาสิ่งบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ไม่เพียงพอจึงมีความแตกต่างด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เพียงพอ

จากข้อมูลทีกล่าวมาข้างต้นแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีระดับความแตกต่างอยู่ในระดับไม่เพียงพอเนื่องจาก ระดับการศึกษาต่ำ อายุที่เพิ่มขึ้น รายได้ไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีความแตกต่างด้าน

สุขภาพไม่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น เศรษฐฐานะไม่ดี ระดับการศึกษาต่ำ (Baker, Wolf, Feinglass, & Thompson, 2008; Kripalani, Paasche-Orlow, Parker, & Saha, 2006; Morrow et al., 2006) ในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แต่มีการศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดตาซึ่งพบว่าความแตกต่างด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอมีอัตราสูงขึ้นในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากขึ้น ความแตกต่างด้านสุขภาพที่เพียงพอจะเพิ่มขึ้นตามระดับการศึกษาที่สูงขึ้น และตามระดับรายได้ที่เพิ่มขึ้น (กัญญา แซ่โก, 2552)

5.3.3 การสนับสนุนทางสังคม

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 68.2 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.2) เป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระดับ NYHA class II สามารถทำกิจวัตรประจำวัน ออกกำลังกายและกิจกรรมต่างๆ ได้มากพอสมควร โดยอาจมีอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก อ่อนเพลีย ใจสั่นหรือเจ็บหน้าอกเล็กน้อย เมื่อได้พักแล้วจะรู้สึกสบายขึ้น ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังสามารถที่จะช่วยเหลือตนเองได้ ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นสามารถประกอบอาชีพได้ ซึ่งจากข้อมูลพบว่าร้อยละ 50.4 ของกลุ่มตัวอย่างยังสามารถประกอบอาชีพได้ โดยส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรกรรม รองลงมาเป็นค้าขายและรับจ้างทั่วไป

การศึกษากครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมากที่สุด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71.8) มีสถานภาพสมรสอยู่และส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร ลักษณะเป็นครอบครัวขยาย ญาติพี่น้องบุคคลใกล้ชิดจะอยู่อาศัยใกล้เคียงกัน ซึ่งสังคมวัฒนธรรมไทย บุคคลในครอบครัวญาติพี่น้องจะดูแลช่วยเหลือเกื้อกูลกันคอยให้กำลังใจ เอาใจใส่ ห่วงใยและรับฟังปัญหาต่างๆ และรองลงมาเป็นการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด ส่วนใหญ่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การสนับสนุนทางในด้านข้อมูล ชักถามอาการและพูดคุย ทำให้เกิดความชัดเจนของอาการและการรักษา ช่วยลดความคลุมเครือและเข้าใจภาวะความเจ็บป่วยได้มากขึ้น แต่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนอยู่ในระดับต่ำ อาจเนื่องจากการของภาวะหัวใจล้มเหลวที่เกิดขึ้นเช่น อาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก บวม อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา และผลข้างเคียงจากการรักษาเช่น ปัสสาวะบ่อย วิงเวียน ทำให้แยกตัวจากสังคม ไม่เข้าร่วมกิจกรรม โอกาสที่จะได้พบปะพูดคุยกับบุคคลอื่นหรือแม้แต่แลกเปลี่ยนข้อมูลและมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นลดลง สูญเสียบทบาทหน้าที่ทางสังคม ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงประเมินว่าตนเองได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง

5.3.4 คุณภาพชีวิต

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.1 สอดคล้องกับการศึกษาของพวงพกา กริทอง (2008) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 422 คน ในโรงพยาบาลศูนย์ทั่วประเทศ 9 แห่ง พบว่ามีคะแนนรวมคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยมีความคล้ายคลึงกับการศึกษาครั้งนี้ คือ ลักษณะกลุ่มตัวอย่างมีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 52.8 ส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรง NYHA class II และ III มีระยะเวลาการป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว 1 - 5 ปี ร้อยละ 49.8 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 64.7 และมีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 69 ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายมีคะแนนคุณภาพชีวิตระดับต่ำร้อยละ 40.68 และกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายมีคะแนนคุณภาพชีวิตระดับต่ำร้อยละ 23.09 (ภาคผนวก ง ตารางที่ 6)

อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าต่างจากการศึกษาของ นิตยา ศรีสุข (2551) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในเขตกรุงเทพมหานครพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง เนื่องจากศึกษากลุ่มตัวอย่างในกรุงเทพมหานคร ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพได้ง่าย และกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในงานวิจัยดังกล่าวมีระดับความรุนแรงที่สามารถทำกิจวัตรประจำวัน ออกกำลังกายและกิจกรรมต่างๆที่เคยทำได้ตามปกติ (NYHA class I) ร้อยละ 22.1 และประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ (LVEF) มากกว่า 55 % ร้อยละ 35 จึงส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตไม่มาก จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง

การศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.2) เป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่สามารถทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร เดินราบ เดินขึ้นบันได ออกกำลังกายและทำกิจกรรมต่างๆที่เคยทำได้มากพอสมควร โดยอาจจะมีอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก อ่อนเพลีย ใจสั่นหรือเจ็บหน้าอกเล็กน้อย แต่เมื่อได้พักแล้วจะรู้สึกสุขสบายขึ้น และกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยเฉลี่ย 3.3 ปี สามารถปรับกิจกรรมต่างๆรวมทั้งการทำงานให้เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 35.3 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมทำนา หรือทำสวน อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรจึงช่วยลดภาระในการทำงานเพิ่มมากขึ้น เมื่อผู้ป่วยมีอาการสามารถหยุดพักได้ตลอดเวลา จึงส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรับรู้ผลกระทบจากอาการและการรักษาต่อการดำเนินชีวิตในระดับปานกลาง

อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 35.3 มีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 31.8 มีระดับความรุนแรง NYHA class III เป็นระดับที่กลุ่มตัวอย่างสามารถทำกิจกรรมต่างๆที่เคยทำได้เล็กน้อย ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ข้อมูล

พบว่าระดับความรุนแรง NYHA class II มีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 15.52 เมื่อเปรียบเทียบกับระดับความรุนแรง NYHA class III ที่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้เพียงเล็กน้อย มีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 77.78 (ภาคผนวก รฐ ตารางที่ 7) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านแล้วพบว่าอาการและการแสดงและการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายมากที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอาจมีอาการขณะทำกิจกรรมต่างๆ ที่พบได้บ่อยคือ อาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก เหนื่อยล้า สามารถกำเริบได้บ่อยครั้งและมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยที่ไม่ทราบได้ว่าอาการจะกำเริบเมื่อใด เกิดขึ้นที่ไหน มีระยะเวลายาวนานและความรุนแรงของอาการมากน้อยเพียงใด หากอาการมีความรุนแรงย่อมมีผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และเกิดข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน ออกกำลังกายและกิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำได้ ทำให้คุณภาพชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง และมีผลต่อการดำเนินชีวิตมากที่สุด (Moser et al., 2010; Riegel et al., 2010)

นอกจากอาการและการแสดง รวมทั้งการรักษา ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด ยังพบว่าสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตรองลงมา ได้แก่ ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ อาการที่เกิดจากภาวะหัวใจล้มเหลวส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด กลัว วิดกกังวล และเกิดความไม่แน่ใจในการรักษา ท้อแท้ หดหวั่น การที่ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต เกิดความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ ความมีคุณค่าในตนเองลดลง เกิดความรู้สึกไม่สามารถควบคุมหรือทำนายสถานการณ์ในการเผชิญกับอาการเหนื่อยหอบซึ่งคุกคามชีวิต สูญเสียหน้าที่ ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันลดลง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง (เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา, 2552) และผลกระทบในด้านสังคมและเศรษฐกิจ จากอาการแสดงที่เกิดขึ้นในภาวะหัวใจล้มเหลวส่งผลให้ผู้ป่วยมีแบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคมและต้องการการพึ่งพา ผู้ป่วยอาจมีการแยกตัวออกจากสังคม เนื่องจากผลของการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้ตามปกติ จึงต้องแยกตัวไม่เข้าสังคม ลดบทบาทในสังคมเนื่องจากต้องดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรค (Heo, Lennie, Okoli, & Moser, 2009) และส่วนค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการรักษา กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางคู่สมรสและบุตร และส่วนใหญ่ใช้สิทธิ์บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการรักษาพยาบาลจึงช่วยลดผลกระทบที่เกิดขึ้นได้บ้าง

5.4 สมมติฐานการวิจัย ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ผลการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณในขั้นตอนเดียว (Enter multiple regression) โดยนำตัวแปร ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม เข้าร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 46.8 ($R^2 = .468$, $F = 23.799$, $p < .001$) เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (β coefficient) เท่ากับ .651 เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้คะแนนคุณภาพชีวิตมีลักษณะผกผัน กล่าวคือ ค่าคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำ หมายถึงคุณภาพชีวิตดี การศึกษาครั้งนี้จึงพบว่าเมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตเลวลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Flemme และคณะ (2005) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจใส่เครื่องช็อกไฟฟ้าหัวใจ (implantable cardioverter defibrillator) มีระดับความรุนแรง NYHA class II จำนวน 35 ราย ติดตามเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 6.9 ปี พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 44 เนื่องจากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งมีการดำเนินของภาวะเจ็บป่วยทั้งระยะคงที่และระยะอาการกำเริบสลับต่อเนื่องกัน ไม่สามารถทำนายได้ว่าอาการหายใจลำบากจะกำเริบขึ้นเมื่อใดและใช้เวลานานเพียงใดอาการจึงจะสงบ บางครั้งไม่สามารถป้องกันอาการที่เกิดขึ้นจากภาวะหัวใจล้มเหลวได้ แม้จะปฏิบัติตามคำแนะนำแล้ว แต่ก็ยังมีอาการที่เกิดขึ้นจากภาวะหัวใจล้มเหลวและมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม สอดคล้องกับจากการศึกษาของ Sethares (2010) พบว่าความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นและระยะเวลาการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวจึงมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

จากการศึกษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะเฉียบพลันพบว่าความทุกข์ทรมานที่เกิดจากอาการกำเริบมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Jurgens, 2006) และจากการศึกษาของ Flemme และคณะ (2011) พบว่าอาการแสดง และผลของการรักษาที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน ทั้งนี้สามารถอธิบายตามทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Uncertainty in Illness) ของมิเชลได้ว่า ระดับความรุนแรงและความต่อเนื่องของอาการแสดงที่บุคคลรับรู้และให้ความหมายซึ่งประเมินได้จากจำนวนครั้งที่เกิดอาการ และความรุนแรงของอาการ ตำแหน่งและระยะเวลาที่เกิดการเจ็บป่วย ถ้ารูปแบบของอาการแสดงออกมีความรุนแรงไม่ชัดเจน หรือมีการ

เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคลุมเครือ ไม่สามารถเข้าใจ และให้ความหมายของอาการแสดงได้ ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น (Mishel, 1988, 1990; Mishel & Clayton, 2003) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยทำให้คุณภาพชีวิตเลวลงเนื่องจากมีผลต่อการปรับตัวในการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย อาจทำให้เกิดการปรับตัวไม่เหมาะสม เช่น ไม่สนใจต่อความเจ็บป่วย ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ (Klein, Turvey, & Pies, 2007; บุญธิ ศรีสุวรรณาสกุล, 2542)

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าความแตกต่างด้านสุขภาพไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ($\beta = -.077, p > .05$) ต่างจากการศึกษาของ Macabasco-O'Connell และคณะ (2011) ศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่าความแตกต่างด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 17 ซึ่งอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรง NYHA class II สามารถทำกิจวัตรประจำวัน ออกกำลังกายและกิจกรรมต่างๆ ได้มากพอสมควร โดยอาจมีอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก อ่อนเพลีย ใจสั่นหรือเจ็บหน้าอกเล็กน้อย เมื่อได้พักแล้วจะรู้สึกสบายขึ้น ส่งผลให้สามารถประกอบอาชีพ และทำกิจกรรมต่างๆ ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Rector (2005) พบว่าคุณภาพชีวิตมีความผันแปรตามระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวที่จำแนกตามเกณฑ์ของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (NYHA) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0001 ดังนั้นถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความแตกต่างด้านสุขภาพไม่เพียงพอ แต่ยังสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ช่วยเหลือตนเองได้ จึงไม่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวไม่มาก

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง มารับการตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอ และช่วงระยะเวลาการเก็บข้อมูลในเดือน พฤศจิกายน 2554 เกิดปัญหาหมอกควันในภาคกลางตั้งแต่เดือนกันยายน ทำให้การผลิตยาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ลดลง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จึงมีนโยบายจำกัดการจ่ายยา โดยนัดผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาและรับยาทุกเดือน จากที่ผู้ป่วยเคยได้รับการตรวจรักษาทุก 3 เดือน จึงส่งผลให้สามารถติดตามอาการและได้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง และเมื่อเกิดอาการจึงได้รับการแก้ไข พบว่าในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมาพบแพทย์ที่ห้องฉุกเฉิน และไม่เคยพักรักษาในโรงพยาบาล การมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอจึงเกิดความคุ้นเคยกับเหตุการณ์ จนเกิดความเคยชินเมื่อบุคคลรู้สึกคุ้นเคยกับเหตุการณ์การรักษาที่ไม่ซับซ้อน การได้รับข้อมูลอย่างต่อเนื่อง อาการไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม บุคคลจะเกิดการรับรู้ และให้ความหมายของเหตุการณ์นั้นได้ดีขึ้น ด้วยเหตุนี้จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย (coping style) ได้อย่างเหมาะสม และผลกระทบที่เกิดจากภาวะหัวใจล้มเหลวต่อการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่างจึงลดลง ด้วยเหตุนี้ความแตกต่างด้านสุขภาพจึงไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้

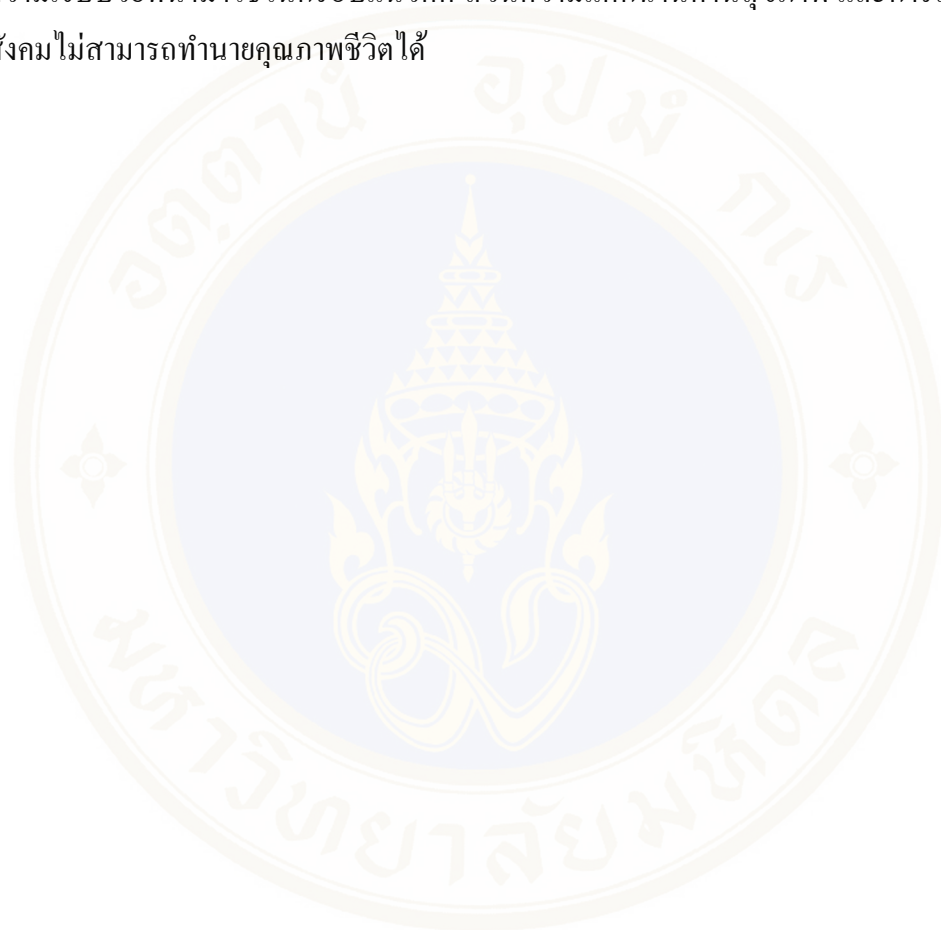
จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง และไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ไม่ตรงกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และไม่สอดคล้องกับทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ พวงผกา กรีทอง (2008) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตร้อยละ 17 และมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อคุณภาพชีวิตผ่านอาการและอาการแสดงและการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม ($\beta = .21, p < .05$) เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากสมาชิกในครอบครัว บุคคลใกล้ชิด จะช่วยส่งเสริมด้านอารมณ์และการประเมินความรู้สึกของผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ เช่น การได้รับข้อมูลการรักษา ที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย ทำให้ความเข้าใจในอาการและการรักษามากขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรง NYHA class II สามารถทำกิจวัตรประจำวัน ออกกำลังกายและกิจกรรมต่างๆ ได้ ส่งผลให้สามารถประกอบอาชีพได้ โดยพึ่งพาผู้อื่นน้อยลง นอกจากนี้แบบประเมินการสนับสนุนที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้วัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมด้านจิตใจ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถที่จะช่วยเหลือตนเองได้ ประกอบอาชีพได้ และไม่เป็นภาระต่อผู้อื่น จึงทำให้ความรู้สึกเครียด กลัว วิตกกังวล ท้อแท้ หดหู่ แยกตัวและภาวะซึมเศร้าลดลง

นอกจากนั้นภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด อาการของโรคมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าตนเองจะมีอาการรุนแรงขึ้นเมื่อไร แม้ว่าผู้ป่วยจะดูแลตนเองเป็นอย่างดีก็ตาม จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านการไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษาและผลของการรักษามากที่สุด ดังนั้นแม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจากครอบครัว บุคคลใกล้ชิด เพื่อน ได้รับการดูแลเอาใจใส่ ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ การให้ข้อมูลในรูปแบบการให้คำแนะนำในการดูแลตนเองไม่ว่าจะเป็นความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาพบแพทย์ ซึ่งเป็นการสนับสนุนทางด้านจิตใจ แต่อาการที่เกิดขึ้นก็ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าอาการจะเกิดเมื่อใดที่ไหน เกิดความคลุมเครือในอาการของตนที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เมื่อผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดขึ้นจะประเมินความรู้สึกนั้นว่าเป็นอันตรายหรือโอกาสต่อตนเอง และจะใช้วิธีการเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยหรือปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น เพื่อจัดการกับความรู้สึกนี้ หากผู้ป่วยใช้วิธีการเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ เช่น วิธีการหลีกเลี่ยง จะส่งผลให้มีการปรับตัวไม่เหมาะสม และหากขาดความรู้ความเข้าใจในความเจ็บป่วยและการดูแลตนเอง ย่อมทำให้ภาวะ

เจ็บป่วยมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในด้านต่างๆมากขึ้น จึงทำให้การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ผลการวิจัยดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้นพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ตรงตามทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่นำมาใช้ในกรอบแนวคิด ส่วนความแตกฉานด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้



บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาอิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มาติดตามรับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 85 คน ระดับความรุนแรง NYHA class II, III มีภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ต่ำกว่า 6 เดือน อ่านภาษาไทยได้ ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือที่เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติความเจ็บป่วยของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับชุมชน แบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แบบสอบถามวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ แบบสอบถามวิถีชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมินนิโซต้า ซึ่งเครื่องมือทั้ง 5 ส่วนนี้ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และผ่านการหาความเชื่อมั่นโดยการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สถิติ Cronbach's alpha coefficient ได้ดังนี้ แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับชุมชน = 0.89 แบบสอบถามวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ = 0.87 แบบสอบถามวิถีชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว = 0.88 และใช้สถิติ Kuder- Richardson 20 ในแบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว = 0.79

ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความแตกต่างทางสถิติดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความแตกฉานด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยหาการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. อิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว วิเคราะห์โดยใช้ Multiple

regression ทำการทดสอบสมมติฐานด้วยวิธีการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ ประกอบการวิเคราะห์ถดถอยพหุ (Multiple regression analysis) โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ 0.05

สรุปผลการวิจัย

1. ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลพบว่าของกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 85 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุมากกว่า 50 ปี สถานภาพสมรส อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร ระดับการศึกษา ประถมศึกษา และไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างรายได้ต่อเดือนไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย

2. ลักษณะการเจ็บป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉลี่ย 3-4 ปี และมีระดับความรุนแรง NYHA class II ร้อยละ 68.2 โดยสาเหตุเกิดจากโรคหลอดเลือดหัวใจ รองลงมาเป็นโรคลิ้นหัวใจผิดปกติ เคยได้รับคำแนะนำและความรู้ในการดูแลตนเองจากแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 1-5 ครั้ง แต่ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับข้อมูลและความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวจากแหล่งให้ข้อมูลอื่น

3. ผลการศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า

3.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง

3.2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความแตกฉานด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอ

3.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง

3.4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

4. จากการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณในขั้นตอนเดียว (Enter multiple regression) โดยนำตัวแปร ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม เข้าร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 46.8 ($R^2 = .468$, $F = 23.799$, $p < .001$) เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งมาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (β coefficient) เท่ากับ .651

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ความแตกฉานด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอ และการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นจากผลการศึกษาจึงสามารถนำมาเสนอแนะเป็นแนวทางในการจัดการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ได้ดังนี้

1. พยาบาลควรประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เพื่อนำข้อมูลที่ได้รับมาให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย โดยเฉพาะการให้ข้อมูลในเรื่องของปัจจัยที่ส่งเสริมที่ทำให้เกิดอาการกำเริบ การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดอาการกำเริบของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ลักษณะของโรค อาการและอาการแสดงที่ผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ และการรักษา เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม
2. การให้ความรู้หรือข้อมูลกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ควรเพิ่มทางเลือกมากขึ้น โดยมีสื่อหลายประเภทเช่น แผ่นพับ คู่มือ สื่อวิดีโอ รวมทั้งสนับสนุนให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วม และมีการประเมินความเข้าใจในสื่อต่างๆ ที่ให้แก่ผู้ป่วย รวมทั้งมีการประเมินความเหมาะสมของสื่อต่างๆ ในการเรียนรู้และนำไปสู่การปฏิบัติ

ข้อเสนอในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษานี้พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้สูง จึงควรนำผลการวิจัยที่ได้มาพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย และมีการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป
2. การศึกษาพัฒนาโปรแกรมหรือสื่อที่เหมาะสมกับความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพแตกต่างกันในแต่ละระดับ เพื่อให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความแตกฉานด้านสุขภาพที่เพียงพอ และศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

อิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

THE INFLUENCE OF UNCERTAINTY IN ILLNESS, HEALTH LITERACY, SOCIAL SUPPORT ON QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH HEART FAILURE

วนิดา หาจักร 5236491 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, พย.ด., วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, Ph.D. (NURSING), จัตรกนก ทุมวิภาต, พ.บ.

บทสรุปแบบสมบูรณ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศ อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี 2008 มีจำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 5,700,000 ราย (American Heart Association, 2012) สำหรับในประเทศไทยพบว่าในปี พ.ศ.2552, 2553 มีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คิดเป็นอัตราส่วนของผู้ป่วยใน 224.94 และ 231.07 ต่อประชากร 100,000 คน (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2553) และสถิติผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ในปี พ.ศ. 2552, 2553, 2554 มีจำนวน 1,432, 1,411 และ 1,546 ราย ตามลำดับ (งานเวชสถิติ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์, 2554)

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของโครงสร้าง หรือพยาธิสภาพของหัวใจที่ทำให้หัวใจต้องทำงานหนัก พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างถาวร และเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด เกิดอาการเหนื่อยหอบหายใจลำบาก (Dyspnea) ทั้งเนียบพลันและเรื้อรัง หัวใจเต้นผิดปกติ หวหะ บวม นอนราบไม่ได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถจะดำเนินชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพ ทำกิจกรรมต่างๆ ได้จำกัด (functional limitation) อาจทำให้ผู้ป่วยสูญเสียบทบาทส่วนตัว ครอบครัว สังคม และการงาน เกิดความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ (psychological distress) เกิดภาวะเครียด วิตกกังวลและซึมเศร้าตามมา (Rector, 2005) ส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตลดลง

ผลลัพธ์ที่เกิดจากคุณภาพชีวิตที่ลดลงของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตและการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้น (Iqbal, Francis, Reid, Murray, & Denvir, 2010; O'Loughlin et al., 2010)

ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต้องเผชิญทั้งระยะอาการสงบและอาการกำเริบ ไม่สามารถคาดเดาหรือทำนายได้ว่าอาการเหนื่อยหอบจะเกิดขึ้นเมื่อใด มีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด จะสามารถควบคุมอาการนั้นได้หรือไม่ เกิดความสับสนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา เป็นผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน (uncertainty) ซึ่งเกิดได้ทุกระยะของภาวะหัวใจล้มเหลว (Winter, 1999) เมื่อผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดขึ้นจะประเมินความรู้สึกนั้นว่าเป็นอันตรายหรือโอกาสต่อตนเอง และจะใช้วิธีการเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยหรือปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น เพื่อจัดการกับความรู้สึกนี้ หากผู้ป่วยใช้วิธีการเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ เช่นวิธีการหลีกเลี่ยง จะส่งผลให้มีการปรับตัวไม่เหมาะสม Klein และคณะ (2007) ได้ทำการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย คุณภาพชีวิต และภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเป็นผู้ป่วยนอก พบว่า การปรับตัวที่ไม่เหมาะสม เช่น ไม่สนใจต่อการเจ็บป่วย ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ทำให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง ร่วมกับมีภาวะซึมเศร้า

ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นภาวะที่เกิดขึ้นเรื้อรัง การได้รับการรักษาที่เฉพาะเจาะจงและต่อเนื่องไม่เพียงพอที่จะควบคุมโรคได้ ผู้ป่วยจะต้องมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมด้วย (Kanoksilp, Hengrussamee, & Wuthiwaropas, 2009) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ดูแลตนเองไม่เหมาะสมเกิดจากมีความแตกฉานด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ (Chen, Yehle, Plake, Murawski, & Mason, 2011) ความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นความสามารถในการเข้าใจในข้อมูลที่ได้รับจากบุคลากรทางสุขภาพหรือสื่อที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพและการเข้าถึงข้อมูล นอกเหนือจากความสามารถในการอ่านและคำนวณตัวเลข เพื่อช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพอย่างเหมาะสม และสามารถนำไปใช้ในสถานการณ์ประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Speros, 2005) ผู้ป่วยที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเผชิญปัญหา ไม่สามารถประเมินสถานการณ์ที่ถูกต้อง ทำให้มีการปรับตัวไม่เหมาะสม จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอ จะมีสมรรถนะในการดูแลตนเองลดลง และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 17 (Macabasco-O'Connell et al., 2011)

การได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ ระหว่างบุคคล ได้รับการดูแลเอาใจใส่ ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน และการให้ความรู้ในการดูแลตนเอง ตลอดจนการติดตามเยี่ยมจากบุคลากร

ทางการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยความเข้าใจในความเจ็บป่วยและการรักษาของตนเองเพิ่มขึ้น (Gaulden & Glotzer, 2005) ทำให้ความคลุมเครือจากการเจ็บป่วยและการรักษาลดลง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคาดเดาภาวะความเจ็บป่วยและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ และมั่นใจในการดูแลตนเอง (Mishel, 1988) หากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและลดอัตราการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล (เยาวภา บุญเที่ยง, 2545) ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมไม่เพียงพอสามารถทำนายโอกาสการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น 1.26 เท่า (Mazzella et al., 2010) และจากการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าการสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำกิจกรรม อายุ สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 36 (Heo, Moser, Chung, & Lennie, 2010)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในประเทศไทยมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในทุกระดับความรุนแรง (NYHA class I-IV) ตั้งแต่ระดับที่ไม่มีอาการหรือมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตเพียงเล็กน้อย ไปจนถึงระดับความรุนแรงมากที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สำหรับการศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะเรื้อรังเฉพาะระดับความรุนแรง NYHA class II และ III ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยต้องเผชิญทั้งระยะอาการสงบและอาการกำเริบ และผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงในระยะดังกล่าวมีจำนวนมาก จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต เช่น อายุ รายได้ อาการไม่สบาย ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ การรับรู้ภาวะสุขภาพ (นิตยา ศรีสุข, 2551) ความสามารถในการทำหน้าที่ อาการภาวะหัวใจล้มเหลว ข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม (Krethong, Jirapaet, Jitpanya, & Sloan, 2008) สามารถอธิบายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยภาวะหัวใจได้เพียงบางส่วน เนื่องจากพบว่าปัจจัยด้านความรู้สึกลึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะเฉียบพลันหรือได้รับหัตถการเป็นส่วนใหญ่ มีการศึกษาในระยะเรื้อรังยังพบน้อย ส่วนปัจจัยความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้มีการศึกษาในต่างประเทศเพิ่มมากขึ้น แต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้มาก่อนในประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยด้านความรู้สึกลึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระดับความรุนแรง NYHA class II, III ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้คาดว่าจะทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐาน เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ครอบคลุมในทุกมิติ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

สมมติฐานการวิจัย

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้

วิธีการดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย ประชากรคือผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มาติดตามรับการรักษา ณ คลินิกโรคหัวใจ ตึก 50 พรรษา วชิราลงกรณ์ ชั้น 2 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ต่ำกว่า 6 เดือน ระดับความรุนแรงและความทนในการทำกิจกรรม NYHA class II, III มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สื่อสารและอ่านภาษาไทยได้ โดยการเก็บข้อมูลในเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2554 จำนวนกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณจาก power analysis (Polit & Beck, 2008) effect size ขนาดปานกลาง (0.13) power of the test = 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 77 ราย และได้มีการคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก 10% เพื่อทดแทนกลุ่มตัวอย่างที่ตอบข้อมูลไม่ครบถ้วน ดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 85 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มีลักษณะเป็นแบบสอบถามและแบบประเมิน ซึ่งผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ แบ่งออกเป็น 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลส่วนบุคคลแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือข้อมูลส่วนบุคคลบันทึกโดยผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลักและอาชีพเสริม รายได้ ความเพียงพอของรายได้ บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย และข้อมูลส่วนบุคคลบันทึกโดยผู้วิจัย รวบรวมจากเวชระเบียนและสัมภาษณ์ผู้ป่วย ประกอบด้วย ระดับความทนในการทำกิจกรรม

จำนวนครั้งที่ได้รับข้อมูลการดูแลตนเองและแหล่งข้อมูลที่ได้รับ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว สาเหตุของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว โรคประจำตัวอื่นๆ หัตถการที่ผู้ป่วยได้รับ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับชุมชน (Mishel Uncertainty in Illness Scale: Community Version: MUIS-C) สร้างโดย Mishel (1988) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับชุมชน ฉบับที่ทำการแปลและแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทย โดย สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2543) คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 23 - 115 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมดสูง หมายถึง มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง และคะแนนรวมด้านใดสูง แสดงว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านนั้นสูง ในศึกษานี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามเท่ากับ 0.89

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เน้นการวัดความสามารถในการอ่านและเข้าใจ โดยผู้วิจัยได้ศึกษาและสร้างโดยใช้แนวคิดของ Parker และ คณะ (1995) ลักษณะแบบประเมินให้ผู้ถูกประเมินอ่านข้อความที่ปรากฏในกล่องสี่เหลี่ยม แล้วตอบคำถามตามความเข้าใจ ถ้าตอบตรงกับคำตอบที่กำหนดไว้ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่ได้หรือไม่ตรงกับคำตอบที่กำหนดไว้ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมเท่ากับ 22 คะแนน คะแนนรวมกันแบ่งเป็น 3 ระดับ คือความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอ (0-12 คะแนน) ความแตกฉานด้านสุขภาพกำลัง (13-16 คะแนน) ความแตกฉานด้านสุขภาพเพียงพอ (17-22 คะแนน) ในศึกษานี้มีค่าความเชื่อมั่น คูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20) เท่ากับ 0.79

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) ถูกพัฒนาขึ้นมาโดย Zimet, Dahlem, Zimet, และ Farley (1988) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ ฉบับที่ทำการแปลและแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทยโดยพิทักษ์ บุญยะมาลิก (2005) คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 12 - 84 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมดสูง หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง ในศึกษานี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามเท่ากับ 0.87

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามวิถีชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaires: LHFQ) ถูกพัฒนาขึ้นมาโดย Rector, Kubo, และ Cohn (1987) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามวิถีชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่ทำการแปลและแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทยโดย กฤติกา ชูดวงษ์ (2547) คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0 - 105 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมดสูง หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ ในศึกษานี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามเท่ากับ 0.88

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยขอคำรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล และโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการอนุมัติตามสายบังคับบัญชา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการทำวิจัยจากคลินิกโรคหัวใจ ตึก 50 พรรษา วชิราลงกรณ์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมด้วยตนเองทั้งหมด โดยตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแล้วนำเข้าสู่กลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยจะต้องลงนามในใบลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ทำการวิจัยโดยถูกต้องตามหลักจริยธรรมการวิจัยในคน ใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 45-60 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ โดยใช้การแจกแจงหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตวิเคราะห์โดยใช้สมการถดถอยพหุคูณในขั้นตอนเดียว (Enter multiple regression) เพื่อศึกษาอิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ผลการวิจัย

1. **ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 85 ราย เป็นเพศหญิงร้อยละ 58.8 อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 47.1 (Max=79, Min= 18, Mean= 56.84) สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 71.8 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาร้อยละ 69.4 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 50.6 รองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 35.3 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทร้อยละ 70.6 กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายร้อยละ 30.6 และร้อยละ 45.9 อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร

ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว ระหว่าง 13-60 เดือน ร้อยละ 45.9 (Max = 240, Min = 6, Mean = 40.36) กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวโดยประเมินจากความสามารถในการทำกิจกรรม (New York Heart Association Functional Classification: NYHA) อยู่ในระดับที่ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำได้มากพอสมควร (NYHA class II) ร้อยละ 68.2 และอยู่ในระดับที่ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำได้เพียงเล็กน้อย (NYHA class III) ร้อยละ 31.8 สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 48.2 รองลงมาเป็นโรคลิ้นหัวใจผิดปกติ ร้อยละ 31.8 กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 20.2 โรคเบาหวาน ร้อยละ 18.1 เคยทำหัตถการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ เช่น pacemaker หรือ AICD ร้อยละ 5.9

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60 เคยได้รับความรู้และคำแนะนำในการดูแลตนเองจากคลินิกโรคหัวใจ จำนวน 1-5 ครั้ง (Max = 10, Min = 1, Mean = 4.84) ร้อยละ 51.8 เคยได้รับข้อมูลทั้งจากแพทย์และพยาบาล กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 83.5 ไม่เคยได้รับข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจากแหล่งข้อมูลอื่น

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูงร้อยละ 61.2 มีความแตกฉานด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 47.1 และได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 68.2

2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ระหว่าง 19 – 88 คะแนน มีคะแนนรวมคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 54.1

3. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม เพื่อหาขนาดความสัมพันธ์ และระดับนัยสำคัญทางสถิติของแต่ละคู่ พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .677, -.302, p < .05$) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.079, p > .05$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ตัวแปร	1	2	3	4
1. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	1			
2. ความแตกฉานด้านสุขภาพ	-.334*	1		
3. การสนับสนุนทางสังคม	-.020 ^{ns}	.137 ^{ns}	1	
4. คุณภาพชีวิต	.677**	-.302*	-.079 ^{ns}	1

* p-value < .01, ** p-value < .001, ns = non significant

4. อำนาจการทำนายของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ผลการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณในขั้นตอนเดียว (Enter multiple regression) โดยนำตัวแปร ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม เข้าร่วมกันอธิบายความผันแปรหรือทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า

สามารถทำนายของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 46.8 ($R^2 = .468$, $F = 23.799$, $p < .001$)

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งมาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (β coefficient) เท่ากับ .651 ส่วนปัจจัยความแตกต่างด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุของ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกต่างด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ($n=85$) โดยวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอนเดียว (Enter multiple regression)

ตัวแปร	B	SE _B	β	t	p-value
-ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	.796	.105	.651	7.569	.000
-ความแตกต่างด้านสุขภาพ	-.275	.309	-.077	-.888	.377
-การสนับสนุนทางสังคม	-.089	.130	-.056	-.685	.495

Constant (a) = 9.742; SE_{est} = ± 10.29
 $R = .684$, $R^2 = .468$, $R^2_{adj} = .449$, $F = 23.799$, $p\text{-value} = .000$

การอภิปรายผล และสรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง และพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนด้านการไม่สามารถทำนายความเจ็บป่วย การรักษาและผลของการรักษามากที่สุด รองลงมาเป็นความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย อาจเนื่องจากลักษณะอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบากของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เมื่อมีอาการกำเริบจะเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน อาจเกิดได้ในขณะที่ผู้ป่วยไม่มีกิจกรรมใดๆ ส่วนใหญ่ไม่สามารถจัดการกับอาการด้วยตนเอง ซึ่งการดำเนินของภาวะหัวใจล้มเหลวมีทั้งระยะอาการคงที่และอาการกำเริบสลับกันอย่างต่อเนื่อง บางครั้งไม่สามารถทำนายได้ว่าอาการที่เกิดจากภาวะหัวใจล้มเหลวจะกำเริบเมื่อใด เกิดขึ้นที่ไหน ในสถานการณ์เช่นไร จะมีความรุนแรงของอาการมากน้อยเพียงใด และใช้เวลานานเพียงใดอาการจึงจะสงบ ซึ่งบางครั้งอาการกำเริบคาดเดาไม่ได้ และไม่สามารถป้องกันได้ แม้จะปฏิบัติตามคำแนะนำแล้ว แต่ก็ยังมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดขึ้น

ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคลุมเครือ ไม่สามารถเข้าใจ และให้ความหมายของอาการแสดงได้ ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอทุกเดือน จึงเกิดความคุ้นเคยกับเหตุการณ์ จนเกิดความเคยชินเมื่อบุคคลรู้สึกคุ้นเคยกับเหตุการณ์ การรักษาที่ไม่ซับซ้อน การได้รับข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบการดูแล และความรู้สึกไม่แน่นอนด้านการได้รับข้อมูล ไม่สม่ำเสมอ หรือมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลบ่อย หรือไม่สอดคล้องกับข้อมูลที่เคยได้รับอยู่ในระดับต่ำ

กลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา หากมีระดับการศึกษาที่สูงขึ้นจะทำให้บุคคลมีความรู้กว้างขวางในหลายเรื่อง มีความเข้าใจในสิ่งต่างๆ ที่เรียนรู้ได้มาก มีการตัดสินใจที่ดี ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสม และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงในทุกระบบของร่างกายในลักษณะเสื่อมถอย มีการเคลื่อนไหวร่างกายช้าลง การทรงตัวไม่ดี สมอเสื่อมหรือถูกทำลาย การได้ยินหรือการมองเห็นเสื่อมลง ทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการรับหรือทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสาร นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย หากบุคคลมีรายได้ดีจะสามารถหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของตนเองและเข้าถึงบริการต่างๆ เพื่อดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและดีกว่าผู้มีรายได้ไม่เพียงพอ ซึ่งจะมีข้อจำกัดในการแสวงหาสิ่งบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่ สามารถทำกิจวัตรประจำวัน ออกกำลังกายและกิจกรรมต่างๆ ได้มากพอสมควร สามารถที่จะช่วยเหลือตนเองได้ ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นสามารถประกอบอาชีพได้ โดยมีอาชีพเกษตรกรกรรม รองลงมาเป็นค้าขายและรับจ้างทั่วไป ส่วนกลุ่มตัวอย่างสามารถทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่างๆ ได้ที่เคยทำได้เพียงเล็กน้อย ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรช่วยเหลือเกื้อกูลกันคอยให้กำลังใจ เอาใจใส่ ห่วงใยและรับฟังปัญหาต่างๆ กลุ่มตัวอย่างจึงได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิดและครอบครัว แต่เนื่องจากอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวที่เกิดขึ้นเช่น อาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก บวม อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา และผลข้างเคียงจากการรักษาเช่น ปัสสาวะบ่อย วิงเวียน ทำให้แยกตัวจากสังคม ไม่เข้าร่วมกิจกรรม โอกาสที่จะได้พบปะพูดคุยกับบุคคลอื่นหรือแม้แต่แลกเปลี่ยนข้อมูลและมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นลดลง ทำให้ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนน้อยลง

คุณภาพชีวิตในกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.1 เนื่องจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.2) เป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่สามารถทำกิจวัตรประจำวัน

เช่น ล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร เดินราบ เดินขึ้นบันได ออกกำลังกายและทำกิจกรรมต่างๆที่เคยทำได้มากพอสมควร โดยอาจจะมีอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก อ่อนเพลีย ใจสั่นหรือเจ็บหน้าอกเล็กน้อย แต่เมื่อได้พักแล้วจะรู้สึกสบายขึ้น และระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 3.3 ปี สามารถปรับกิจกรรมต่างๆรวมทั้งการทำงานให้เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าอาการและอาการแสดงมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตด้านร่างกายมากที่สุด เนื่องจากอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก เหนื่อยล้า สามารถกำเริบได้บ่อยครั้ง และมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา มีผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และเกิดข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน ออกกำลังกายและกิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำได้ ทำให้คุณภาพชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง และมีผลต่อการดำเนินชีวิตมากที่สุด (Moser et al., 2010; Riegel et al., 2010) และทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด กลัว วิตกกังวล และเกิดความไม่แน่ใจในการรักษา ท้อแท้หมดหวัง การที่ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต เกิดความรู้สึกละเลยพลั้งอำนาจ ความมีคุณค่าในตนเองลดลง (Heo, Lennie, Okoli, & Moser, 2009; เพ็ญจันทร์ เจริญวัฒนา, 2552)

จากการวิเคราะห์พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพียงตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .651$, $p < .001$) และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 46.8 อย่างมีนัยสำคัญ ($R^2 = .468$, $p < .001$) เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้คะแนนคุณภาพชีวิตมีลักษณะผกผัน กล่าวคือ ค่าคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำ หมายถึงคุณภาพชีวิตดี การศึกษาครั้งนี้จึงพบว่าเมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Flemme และคณะ (2005) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจใส่เครื่องช็อกไฟฟ้าหัวใจ (implantable cardioverter defibrillator) มีระดับความรุนแรง NYHA class II จำนวน 35 ราย ติดตามเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 6.9 ปี พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 44 เนื่องจากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งมีการดำเนินของโรคทั้งระยะคงที่และระยะอาการกำเริบสลับต่อเนื่องกัน ไม่สามารถทำนายได้ว่าอาการหายใจลำบากจะกำเริบขึ้นเมื่อใดและใช้เวลายาวนานเพียงใดอาการจึงจะสงบ บางครั้งไม่สามารถป้องกันอาการที่เกิดขึ้นจากภาวะหัวใจล้มเหลวได้ แม้จะปฏิบัติตามคำแนะนำแล้ว แต่ก็ยังมีอาการที่เกิดขึ้นจากภาวะหัวใจล้มเหลวและมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม ระดับความรุนแรงและความต่อเนื่องของอาการแสดงที่บุคคลรับรู้และให้ความหมายซึ่งประเมินได้จากจำนวนครั้งที่เกิดอาการ และความรุนแรงของอาการ ตำแหน่งและระยะเวลาที่เกิดการเจ็บป่วย ถ้ารูปแบบของอาการแสดงออกมีความรุนแรงไม่ชัดเจน หรือมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคลุมเครือ ไม่สามารถเข้าใจ และให้

ความหมายของอาการแสดงได้ ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น (Mishel, 1988, 1990; Mishel & Clayton, 2003) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยทำให้คุณภาพชีวิตลดลงเนื่องจากมีผลต่อการปรับตัวในการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย อาจทำให้เกิดการปรับตัวไม่เหมาะสม เช่น ไม่สนใจต่อความเจ็บป่วย ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ (Klein, Turvey, & Pies, 2007; บุญฤดี ศรีสุวรรณาสกุล, 2542)

ส่วนความแตกฉานด้านสุขภาพไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่สามารถทำกิจวัตรประจำวัน ออกกำลังกายและกิจกรรมต่างๆ ได้มากพอสมควร โดยอาจมีอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก อ่อนเพลีย ใจสั่นหรือเจ็บหน้าอกเล็กน้อย เมื่อได้พักแล้วจะรู้สึกสบายขึ้น ส่งผลให้สามารถประกอบอาชีพ และทำกิจกรรมต่างๆ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง มารับการตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอ จึงส่งผลให้สามารถติดตามอาการและได้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง และเมื่อเกิดอาการจึงได้รับการแก้ไข การมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอจึงเกิดความคุ้นเคยกับเหตุการณ์ จนเกิดความเคยชินเมื่อบุคคลรู้สึกคุ้นเคยกับเหตุการณ์ การรักษาที่ไม่ซับซ้อน การได้รับข้อมูลอย่างต่อเนื่อง อาการไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม บุคคลจะเกิดการรับรู้ และให้ความหมายของเหตุการณ์นั้นได้ดีขึ้น ด้วยเหตุนี้ความแตกฉานด้านสุขภาพจึงไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้

นอกจากนั้นการสนับสนุนทางสังคมยังไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่สามารถทำกิจวัตรประจำวัน ออกกำลังกายและกิจกรรมต่างๆ ได้มากพอสมควร ส่งผลให้สามารถประกอบอาชีพ และทำกิจกรรมต่างๆ ได้ โดยพึ่งพาผู้อื่นน้อยลง จึงทำให้ความรู้สึกเครียด กลัว วิตกกังวล ท้อแท้ หมดหวัง แยกตัวและภาวะซึมเศร้าไม่มากนัก นอกจากนี้ภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด อาการของโรคมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าตนเองจะมีอาการรุนแรงขึ้นเมื่อไร แม้ว่าผู้ป่วยจะดูแลตนเองเป็นอย่างดีก็ตาม ดังนั้นแม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจากครอบครัว บุคคลใกล้ชิด เพื่อน ในด้านต่างๆ เช่น การให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาพบแพทย์ ก็ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าอาการจะเกิดเมื่อใดที่ไหน เกิดความคลุมเครือในอาการของตนที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จึงทำให้การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความแตกฉานด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอ และการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง ดังนั้นจากผลการศึกษานี้จึงสามารถนำมาเสนอแนะเป็นแนวทางในการจัดการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ได้ดังนี้

1. พยาบาลควรประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย โดยเฉพาะการให้ข้อมูลในเรื่องของปัจจัยที่ส่งเสริมที่ทำให้เกิดอาการกำเริบ การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดอาการกำเริบของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ลักษณะของโรค อาการและอาการแสดงที่ผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ และการรักษา เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม
2. การให้ความรู้หรือข้อมูลกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ควรเพิ่มทางเลือกมากขึ้น โดยมีสื่อหลายประเภทเช่น แผ่นพับ คู่มือ สื่อวิดีโอ รวมทั้งสนับสนุนให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วม และมีการประเมินความเข้าใจในสื่อต่างๆ ที่ให้แก่ผู้ป่วย รวมทั้งมีการประเมินความเหมาะสมของสื่อต่างๆ ในการเรียนรู้และนำไปสู่การปฏิบัติ

ข้อเสนอในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้สูง จึงควรนำผลการวิจัยที่ได้มาพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย และมีการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป
2. ควรมีการศึกษาพัฒนาโปรแกรมหรือสื่อที่เหมาะสมกับความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพแตกต่างกันในแต่ละระดับ เพื่อให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความแตกฉานด้านสุขภาพที่เพียงพอ และศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

THE INFLUENCE OF UNCERTAINTY IN ILLNESS, HEALTH LITERACY,
SOCIAL SUPPORT ON QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH HEART
FAILURE

WANIDA HACHUK 5236491 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: DUANGRUT WATTANAKIJKRAILERT,
D.N.S., WANPEN PINYOPASAKUL, Ph.D.(NURSING),
CHATKANOK DUMAVIBHAT, M.D.

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Problem

Heart failure is a significant public health issue for every country. In the United States, 5,700,000 people had heart failure in 2008 (American Heart Association, 2012). In Thailand, the prevalence of heart failure patients in 2009 and 2010 were 224.94 and 231.07 of patients per 100,000 people (Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2010). According to the medical statistics at Sappasittiprasong Hospital, the patients diagnosed with heart failure in 2009, 2010 and 2011 were 1,432, 1,411 and 1,546 respectively (Medical Statistics, Sappasittiprasong Hospital, 2011).

Heart failure is a syndrome caused by the abnormality of heart structure or heart pathology requiring the heart to work heavily. The pathology occurred is permanent and chronic, thereby causing acute and chronic dyspnea, arrhythmia or edema. The patient cannot lie down. As a result, the patient cannot live his/her life fully and has functional limitations. The patient may lose personal roles or roles in his/her family, society and work, thereby causing the patient to have psychological distress, anxiety and depression (Rector, 2005). Consequently, heart failure patients

have decreased quality of life, which is correlated with mortality and re-hospitalization (Iqbal, Francis, Reid, Murray, & Denvir, 2010; O'Loughlin et al., 2010).

Patients with heart failure have to face a period of calm and recurrent symptoms. They cannot predict when symptoms of dyspnea or fatigue will occur, how severe they are going to be or whether they can be controlled. This creates confusion about the disease and treatment. Consequently, the patient feels that uncertainty may occur at any stage of the illness (Winter, 1999). Uncertainty in illness may be perceived as dangerous or opportunistic, and patients will encounter uncertainty in illness or problems that arise and deal with this feeling. If the patients use ineffective coping strategies, such as avoidance, it may result in an inappropriate adaptation. Klein and colleagues (2007) studied correlations between coping styles, quality of life and depression in adult out-patients with heart failure, and found that improper coping styles, such as neglecting the illness and instruction non-compliance, could aggravate disease severity, thereby causing the patient to have deteriorated quality of life and depression.

Heart failure is a chronic condition. The specific treatment is effective to treat health problems, but not sufficient to control the disease. Patients must have the appropriate self-care behaviors (Kanoksilp, Hengrussamee, & Wuthiwaropas, 2009). From a previous literature, the patient's improper care for heart failure has been found to be correlated with health literacy (Chen, Yehle, Plake, Murawski, & Mason, 2011). Health literacy is the ability to understand information received from health personnel or ability to express opinions about the health condition and access data beyond the ability to read and calculate numbers in order to assist with decision-making about health care and proper use of health services and to efficiently implement these abilities in daily living (Speros, 2005). Patients with inadequate health literacy may have problems facing issues and may not be able to assess situations correctly, thereby resulting in improper adaptation. According to a previous study, patients with heart failure whose inadequate health literacy have limited ability to take care of themselves and health literacy has been found able to predict 17% of quality of life (Macabasco-O'Connell et al., 2011).

Evidently, receiving interpersonal assistance, care, trust and self-care education as well as visits from medical personnel could make patients understand

their illness and treatment better (Gaulden & Glotzer, 2005). This will minimize doubts about the illness and treatment, so patients are able to predict the illness and potential outcomes. The patient's morale is improved and the patient is confident about taking care of himself/herself (Mishel, 1988). If the patient receives sufficient social support, he/she will have proper health promoting behaviors and re-hospitalization rates are reduced (Yaowapa Buntiang, 2002). The patient with insufficient social support can be predicted to have their mortality chance increased by 1.26 times (Mazzella et al., 2010). Furthermore, social support, ability to perform activities and age were found able to jointly predict quality of life in patients with health failure by 36% (Heo, Moser, Chung, & Lennie, 2010).

In Thailand, studies related to quality of life of patients with heart failure have been found at all levels of severity (NYHA class I-IV), from the level that does not have symptoms which affect the life little to the greater level that requires hospitalization. The present study specifically examined quality of life of patients with chronic heart failure with NYHA class II and III who had to face different symptoms and relapse, and there were a large number of them with these two classes. Previous studies showed that there were factors influencing quality of life to some extent, such as age, income, symptoms, heart function, perceived health condition (Nittaya Sisook, 2008), ability to perform duties, heart failure condition and limitations in performing activities (Krethong, Jirapaet, Jitpanya, & Sloan, 2008). However, the majority of the previous studies regarding uncertainty in illness were conducted more with patients with acute heart failure or those having a procedure than the chronic ones. Furthermore, health literacy in patients with heart failure was greatly studied in overseas, with limited studies in Thailand. Therefore, the objective of the present study was to examine the uncertainty in illness, health literacy and social support on quality of life of patients with heart failure, focusing on those with NYHA class II and III. The findings would provide useful information to guide the provision of comprehensive care for patients in all dimensions in order to enhance quality of life of this group of patients.

Research objectives

To study the predictability of uncertainty in illness, health literacy and social support on quality of life in heart failure patients.

Research hypothesis

Uncertainty in illness, health literacy and social support can predict quality of life of heart failure patients.

Research methodology

This study was a predictive correlational research. The samples comprised heart failure patients receiving checkups and treatment at the Heart Clinic, Building in Honor of the Fiftieth Birthday Anniversary of HR Prince Vachiralongkorn, Sappasittiprasong Hospital, Ubonratchathani Province. The samples were patients with heart failure aged greater or equal to 18 who had been diagnosed by a physician with heart failure for no less than six months, had NYHA Classes II and III, had adequate perception and consciousness with the ability to communicate and read in Thai. Data were collected in November of 2013. The size of the samples was calculated by power analysis (Polit & Beck, 2008), moderate effect size (0.13), power of the test = 0.8. In all, 77 samples were obtained with an additional 10% of the sample size calculated to replace the samples who failed to provide complete data. Thus, a total of 85 samples were obtained.

Research instrumentation

The instruments used in this research comprised questionnaires and assessment forms which were tested for validity by experts. The instruments were divided into the following five parts.

Part 1 – Demographic Questionnaire – this was divided into 2 parts: part one included personal data recorded by the patients, i.e. age, gender, marital status,

level of education, main and supplementary occupations, income, income sufficiency, persons living with the patients; the second part comprised personal data recorded by the researcher and collected from medical records as well as interviews with the patients comprising level severity, number of times data was received on self-care and data sources, duration of heart failure, causes of heart failure, co-morbidities and procedures performed.

Part 2 – The Mishel Uncertainty in Illness Scale: Community Version (MUIS-C) which was created by Mishel (1988). In this research, the researcher used the MUIS-C which had been translated and back translated into Thai by Somjit Hanucharoenkul and colleagues (1991). The total scores ranged between 23-115 points whereby a high overall score indicates uncertainty in illness is high and high scores in any area indicates that patients have uncertainty at a high level regarding that aspect of their illness. In this study Cronbach's alpha coefficient was 0.89.

Part 3 – Assessment of Functional Health Literacy for Patients with Heart Failure which focuses on assessing ability to read and comprehend. The researcher studied and formed the assessment form by using concept by Parker et al. (1995). For assessment, the subject reads messages appearing in a box and answers according to his/her understanding. If the answer fits in the answer set for the question, one point is given. If the person cannot answer or if the answer differs from the set answer, 0 points will be given. The total possible score is 22 points; the total score is then divided into 3 levels, namely, insufficient health literacy (0-12 points), moderate health literacy (13-16 points), and sufficient health literacy (17-22 points). In this study, the reliability of Kuder-Richardson 20 was 0.79.

Part 4 – The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) which was developed by Zimet, Dahlem, Zimet, and Farley (1988). In this research the researcher used the Multidimensional Scale of Perceived Social Support translated into Thai and back translated by Phitak Boonyamalik (2005). Total score ranged from 12 to 84 whereby a high score indicated receipt of high levels of social support. In this study, Cronbach's alpha coefficient was 0.87 for the questionnaires.

Part 5 – The Minnesota Living with Heart Failure Questionnaires: LHFQ which was developed by Rector, Kubo, & Cohn (1987). In this research, the researcher used the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaires which had

been translated into Thai by Krittika Chunwong (Nattayan Suwankharithas) (2547). The total scores ranged between 0-105 points whereby a high score indicated low quality of life. Cronbach's alpha coefficient for the questionnaires was 0.88.

Data Collection Process – The researcher proposed the research project to Mahidol University Institutional Review Board and Sappasittiprasong Hospital to request certification, permission and cooperation in collecting data for the research from the Heart Disease Clinic, Building in Honor of the Fiftieth Birthday Anniversary of HR Prince Vachiralongkorn, Sappasittiprasong Hospital. The researcher collected all data in person by checking the qualifications of the heart failure patients, including patients into the sample group and explaining the research objectives and protection of the rights of the sample group. The patients who consented to participate in the study were asked to sign the consent forms indicating their willingness to participate in the research. This research was conducted correctly according to the ethics research in human subjects and approximately 45-60 minutes was required to complete the questionnaires.

Data Analysis – A program package was used for data analysis by using frequency distribution, percentage, mean values and standard deviation to analyze the data on personal factors, uncertainty in illness, health literacy, social support and quality of life. Analysis was carried out by using enter multiple regression equations to study the influence of uncertainty in illness, health literacy and social support on the quality of life in heart failure patients.

Research findings

1. Characteristics of the Samples – The samples in this study comprised 85 patients; 58.8% were females aged over 60 years (47.1%) (Max = 79, Min = 18, Mean = 56.84) who were married (71.8%), had elementary educational attainments (69.4%), were unemployed (50.6%) followed by patients with occupations in agriculture (35.3%), had no occupations (95.3%) and patients with income of less than 5,000 baht (70.6%). For the most part, the samples had sufficient income for expenses (30.6%) and 45.9% lived with spouses and children.

Almost half of the samples had been ill with heart failure for period from 13 to 60 months (45.9%) (Max = 240, Min = 6, Mean = 40.36). Most patients had had heart failure severity assessed by New York Heart Association Functional Classification (NYHA) at a level where patients were able to perform a considerable amount of daily activities and various activities patients used to perform (NYHA Class II) (68.2%) and to a level where patients were able to perform only a few daily activities and activities that patients used to perform (NYHA Class III) (31.8%). The etiology of heart failure in patients was associated with cardiac ischemia (48.2%), followed by valvular heart disease (31.8%). The samples had underlying for hypertension 20.2% diabetes 18.1% and another 5.9% of patients had had procedures to place pacemakers or AICD.

More than half of the samples (60%) received self-care knowledge and recommendations from the Heart Disease Clinic at 1-5 visits (Max = 10, Min = 1, Mean = 4.84), while 51.8% of the samples received information from both doctors and nurses and 83.5% of the samples had never received self-care information and recommendations for heart failure patients from other sources.

Most patients had high uncertainty in illness (62.1%), inadequate health literacy (47.1%) and moderate levels of social support (68.2%).

2. Quality of life in heart failure patients – The samples was found to have quality of life scores of 17-88 points out of 105 points. The samples had moderate overall quality of life scores (54.1%).

3. Correlations among the Variables Studied – According to analysis of correlations among the independent variables and dependent variables to determine relationships and levels of statistical significance of each pair, uncertainty in illness and health literacy was found to be related to quality of life in heart failure patients with statistical significance ($r = .677$, $-.302$, $p < .05$) while social support was not statistically related to quality of life in heart failure patients ($r = -.079$, $p > .05$) as shown in Table 1.

Table 1 Correlation Coefficients (r) among Uncertainty in Illness, Health Literacy, Social Support and Quality of Life in Heart Failure Patients

Variables	1	2	3	4
1. Uncertainty in Illness	1			
2. Health Literacy	-.334*	1		
3. Social Support	-.020 ^{ns}	.137 ^{ns}	1	
4. Quality of Life	.677**	-.302*	-.079 ^{ns}	1

* p-value < .01, ** p-value < .001, ns = non significant

4. Predictive Power of Uncertainty in Illness, Health Literacy and Social Support on Quality of life in heart failure patients

The results of the analysis with enter multiple regression by using the variables of uncertainty in illness, health literacy and social support jointly explain fluctuations or predict quality of life in heart failure patients were found to be able to predict quality of life in heart failure patients at 46.8% ($R^2 = .468$, $F = 23.799$, $p < .001$).

When the regression coefficient of the predictors were considered, uncertainty in illness was found to be able to predict quality of life in heart failure patients with statistical significance at 0.001 with a regression coefficient (β coefficient) of .651. Health literacy and social support were unable to statistically predict quality of life in heart failure patients with details as shown in Table 2.

Table 2 Enter Multiple Regression Coefficient for Uncertainty in Illness, Health Literacy, and Social Support on Quality of life in Heart Failure Patients (n = 85)

Variables	b	SE _b	β	t	p-value
- Uncertainty in Illness	.796	.105	.651	7.569	.000
- Health Literacy	-.275	.309	-.077	-.888	.377
- Social Support	-.089	.130	-.056	-.685	.495

Constant (a) = 9.742; SE_{est} = $\pm$ 10.29

R = .684, $R^2 = .468$, $R^2_{adj} = .449$, $F = 23.799$, $p\text{-value} = .000$

Discussion and summary

The samples had high uncertainty in illness, while uncertainty in illness related to an inability to predict illness, treatments, and treatment outcomes were found to be the highest aspect, followed by uncertainty in illness in terms of vagueness regarding conditions of illness. This was possibly because the symptoms of panting and difficulty breathing in heart failure patients can occur suddenly during relapse and these symptoms may occur while patients are inactive. Most patients were unable to manage symptoms on their own. The progression of heart failure included continuous switching between phases with stable symptoms and phases with relapse. Sometimes, symptoms caused by heart failure cannot be predicted in terms of time, place, or situation or in terms of degree of severity and the length of time required for symptoms to dissipate which cannot be predicted. Relapse symptoms are sometimes unpredictable and cannot be prevented, even though patients follow recommendations, thereby causing patients to feel vague and unable to understand or interpret presenting symptoms, thereby resulting in increased uncertainty in illness. Most of the sample received continual and regular monthly follow-ups on treatments, so they were familiar with situations, treatments were not complex and patients constantly received information. Uncertainty in illness in terms of complexity of treatments and care provision systems and uncertainty in terms of not receiving information regularly, frequent changes in information, or inconsistency with information received in the past were at low levels.

The samples had inadequate health literacy, possibly because most of the samples had graduated with elementary levels of education. The samples who received higher levels of education would have knowledge on numerous subjects with high levels of understanding about what they learned, good decision-making and proper practice. Most of the samples comprised senior adults with deteriorative changes in all systems of the body, slower mobility, poor balance, deteriorated or damaged brains and declining hearing or sight, so senior adults have limitations in receiving or understanding news and information. Furthermore, most of the samples had insufficient income to cover expenses. Persons with good income can seek benefits for their healthcare and access various services to properly care for themselves better than

persons with insufficient income who have limitations in searching for health promoting services.

Social support of the samples was found to be at a moderate level because most of the samples were able to perform daily activities, exercises and various activities with capacity for self-help without dependence on others, practiced occupations in agriculture followed by trading/selling and odd jobs. Most of the samples who were capable of performing only a few daily activities and activities that the samples used to perform lived with spouses and children who helped, encouraged, cared for them with concern and listening to one another. The samples received social support from intimate acquaintances and family members. However, the symptoms of heart failure, including panting, difficulty breathing, edema and side-effects from treatments, such as frequent urination and dizziness could occur at any time, patients isolated themselves from society without participating in activities and had fewer occasions to meet others, speak with others, exchange information with others or performing activities with others, which caused patients to receive less support from friends.

Quality of life of the samples was at a moderate level (54.1%) because most of them (68.2%) were capable of performing daily activities such as washing their faces, brushing teeth, showering, dressing, eating, walking on flat ground, walking up stairs, exercising and performing activities patients used to perform with symptoms of fatigue, difficulty breathing, weakness, heart palpitations, or minor chest pain which improved after resting. Patients had an average duration of illness of 3.3 years and were capable of performing activities, including work, properly according to levels of heart failure severity. When various aspects were considered, symptoms and presenting symptoms were found to have the greatest physical impact on the lives of patients because symptoms of panting, difficulty breathing, and fatigue might relapse frequently with changes at all times and these symptoms affect capacity for physical function in combination with the fact that these symptoms created limitations in the performance of daily activities, exercise and various activities patients were able to perform. Thus, symptoms and presenting symptoms posed the greatest threat and impact on the lives of patients (Moser et al., 2010; Riegel et al., 2010) accompanied by stress, fear, anxiety, uncertainty in treatments and despair. The fact that patients were

unable to control situations in life caused them to feel that they had lost power and had lower self-value (Heo, Lennie, Okoli, & Moser, 2009; Penjan Seriwattana, 2009).

According to the results of enter multiple regression analysis by using the variables of uncertainty in illness, health literacy and social support to jointly explain fluctuations in quality of life in heart failure patients, the variables were found to be able to explain fluctuations of quality of life in heart failure patients at 46.8% ($R^2 = .468$, $F = 23.799$, $p < .001$). When the regression coefficient of predictors were considered, uncertainty in illness was found to be capable of predicting quality of life in heart failure patients with statistical significance at 0.001 with a β coefficient of .651. From the findings, when the samples had increased uncertainty in illness, they had decrease quality of life, which was consistent with the follow-up study of Flemme and colleagues (2005). They conducted this study in 35 NYHA Class II heart disease patients with implantable cardioverter defibrillators for an average period of 6.9 years who found uncertainty in illness to be able to predict quality of life at 44% because heart failure patients who had both stable disease conditions and continuous relapse symptoms were unable to predict when symptoms of difficulty breathing would relapse or how long it would take for the symptoms to subside. Sometimes, patients were unable to prevent symptoms caused by heart failure. Even though patients followed recommendations, there were symptoms caused by heart failure, limitations in performing activities, levels of severity and continuity of presenting symptoms that persons perceived and defined, which can be evaluated from the number of times symptoms occurred, severity of symptoms, locations and times of illness. If the types of presenting symptoms constantly changed, patients often felt vague and unable to understand or interpret presenting symptoms, thereby causing increased uncertainty in illness (Mishel, 1988, 1990; Mishel & Clayton, 2003). Uncertainty in illness reduced quality of life because uncertainty in illness has impacts on adaptation in confronting problems associated with illnesses, which may cause improper adaptations such as lack of interest in illness and non-compliance with recommendations (Klein, Turvey, & Pies, 2007; Boonlee Srisuwattanasakun, 1999).

However health literacy was unable to explain fluctuations in quality of life in heart failure patients, which may be because most of the samples was capable of performing daily activities, exercise and various activities. Patients may have minor

symptoms of panting, difficulty breathing, weakness, heart palpitations, or chest pain and patients would feel better when patients rested, thereby enabling patients to work in occupations and perform various activities. Moreover, most of the samples had continual follow-up on treatments and came regularly to receive treatments and examinations, thereby enabling patients to follow-up on symptoms and obtain information. Furthermore, when patients had symptoms, patients received regular treatment, so they gained familiarity with incidents. When treatments are not complex, when patients received continual information and when symptoms did not change, patients will have better perception and interpretation of incidents. Hence, health literacy was found to be unable to predict quality of life in heart failure patients.

Furthermore, social support was not found to be related to quality of life, perhaps because most of the samples studied were able to perform daily activities, exercise and various activities, thereby enabling them work and perform various activities with feeling less dependence on others or stressful. Moreover, heart failure is an incurable chronic disease with frequently changing symptoms, so the samples were aware that it was less likely to predict when the relapse would occur despite taking good care of themselves. Although most samples received sufficient social support from family members and close friends in different forms, such as receiving information related to heart failure and proper management of the disease and symptoms, they still felt vague regarding their constantly changing symptoms. As a result, social support was found to have no impact on quality of life in the samples in this study.

Conclusion and recommendations

The findings of this study indicated that uncertainty in illness had an influence on quality of life. They also showed that many of the samples had inadequate health literacy and moderate levels of social support. Therefore, the findings could be used for further management of heart failure patients to cover physical, psychological, social and economical aspects as follows:

1. Nurses should assess perceived uncertainty in illness of patients with heart failure in order to understand their psychological experiences and provide proper

nursing care for them. For example, nurses could provide information on the topic of factors promoting relapse, self-care for the prevention of relapse in heart failure patients, characteristics of the disease, abnormal symptoms and presenting symptoms requiring patients to see doctors, so as to reduce uncertainty in illness causing patients to feel confident in self-care.

2. In providing knowledge or information for heart failure patients, more options should be added with various types of media, e.g. pamphlets, handbooks and video media. Nurses should also allow relatives to participate in care and assess their understanding of various media provided for patients, including assessments of the suitability of various media in learning and implementing in practice.

Recommendations for Further Research

1. According to this study, uncertainty in illness was found to be highly capable of predicting quality of life. Therefore, the findings should be used to develop to programs to improve quality of care and then the program efficiency should be evaluated in order to reduce uncertainty in illness leading to good quality of life for heart failure patients in the future.

2. Further studies should be conducted to develop suitable media or programs being equipped to patients with different levels of health literacy so heart failure patients can have sufficient health literacy and then evaluate their efficiency.

รายการอ้างอิง

- กฤติกา ชุมวงษ์*. (2547). ผลของการใช้โปรแกรมเดินออกกำลังกายที่บ้านต่อความสามารถในการออกกำลังกายและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง. คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กัญญา แซ่โก. (2552). ความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ป่วยตา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาเอกสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ขจร เพ็ญสุพรรณ. (2545). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกลับเข้ามารักษารักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- งานเวชสถิติ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. (2554). สถิติผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ปี 2554. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี.
- จันทร์จิรา เกียรติดีสกุล. (2551). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนให้ความรู้ ต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทร์เพ็ญ สมโน. (2551). ความร่วมมือในการรักษาและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลเชียงใหม่ราม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จารุวรรณ กองแก้ว. (2551). ประสิทธิภาพโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการสร้างเสริมความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่มารับการเจาะชิ้นเนื้อตับที่โรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาเอกสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล

.หมายเหตุ * เปลี่ยนชื่อและนามสกุลเป็น ณัฐชนัน สุวรรณคฤหาสน์

- ข้อผกา พืชพันธุ์ไพศาล. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เหตุการณ์ที่คุ้นเคยและคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่ได้รับการรักษา ในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิตติยา แก้วสมบุญ. (2551). โปรแกรมจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมความแตกต่างด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลาม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. (2009). ปัญหาทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคหัวใจและปอดและการพยาบาล. *Journal of Nursing Science*, 27(2), 22-31.
- นิตยา ศรีสุข. (2551). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิภาพร ประจันบาน. (2550). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นุชรีย์ แสงสว่าง. (2552). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์ราษฎร์. (2550). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: ยูเออนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- บุญลื ศรีสุวรรณาสกุล. (2542). ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การเผชิญความเครียด ก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2543). วิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2549). หลักการและการใช้ สถิติการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางการแพทย์ (พิมพ์ครั้งที่ 3). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

- เพ็ญจันทร์ เสรีวัฒนา. (2552). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. ใน ปราณี ทัพไพเราะ, วันดี โตสุข และ ศรินรัตน์ ศรีประสงค์ (บรรณาธิการ), การพยาบาลอายุรศาสตร์ 1 (หน้า 41-61). กรุงเทพฯ: เอ็น พี เพรส.
- เยาวภา บุญเที่ยง. (2545). การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพและการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุหัวใจวายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รพีพันธุ์ สุ่มหิรัญ. (2552). การทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการเพื่อลดการกลับเข้ารับการรักษายา ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์. (2545). แนวทางการวินิจฉัยและการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวชนิดเรื้อรัง. ใน อภิชาติ สุคนธทรัพย์ และ ศรัณ ควระประเสริฐ (บรรณาธิการ), *Heart: Cardiac diagnosis and treatment* (หน้า 315-335). เชียงใหม่: ไอเด็นดีดี กรุ๊ป.
- วรรณวรางค์ วงศ์เจริญ. (2547). Clinical assessment of Heart failure. ใน อภิชาติ สุคนธทรัพย์ และ รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์ (บรรณาธิการ.), *Heart Failure* (หน้า 19-20). เชียงใหม่: ไอแอมเมอร์เกไนเซอร์แอนด์แอ็คเตอร์ไทซิง.
- วรินทร์ เวียงโสด. (2547). ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบครอบคลุม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วัฒนา เลี้ยววัฒนา, & นิธิ มหานนท์. (2549). New Risk Factors of Coronary Heart Disease. ใน เกียรติชัย ภูมิปัญญา, ชาญ ศรีรัตนสถาวร, ชุมเกษม โชตินัยวัตรกุล, นิธิ มหานนท์ และ องค์การ เรื่องรัตนอัมพร (บรรณาธิการ), *Update Cardiology for Internist* (หน้า 32). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ บริษัท เฮาแคนดู จำกัด.
- ศิริวรรณ ตั้งวิจิตรสกุล. (2551). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ). (2549). การวัดผลด้านการดูแลผู้ป่วย. ใน อนุวัฒน์ สุขขุดิกุล (บรรณาธิการ.), นวัตกรรมตามรอยและวัดคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์.
- สมจิต หนูเจริญกุล บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์ และทิพาพร วงศ์หงษ์กุล. (2534). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา. วารสารพยาบาล, 40(1), 11-26.

- สมจิต หนูเจริญกุล. (2552). การพยาบาลผู้ป่วยหัวใจวาย. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), การพยาบาลอายุศาสตร์ เล่ม 2 (หน้า 1-24). กรุงเทพมหานคร: วิ.เจ. พรินติ้ง.
- สมชาย วรรณคุณาชัย. (2547). Role of aldosterone antagonist in the treatment of heart failure. ใน อภิชาติ สุคนธทรัพย์ และ รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิช (บรรณาธิการ), *Heart Failure* (หน้า 75-79). เชียงใหม่: ไอแอมเกโนเซอร์แอนแอ็คเตอร์ไทซิ่ง.
- สายรุ้ง บัวระพา. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และกิจกรรมทางกายในผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2011). ผลิตภัณฑ์ภาคและจังหวัด ฉบับ พ.ศ. 2553. สืบค้นวันที่ 6 มกราคม 2555. <http://www.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=94>
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2553). สำนักรนโยบายและยุทธศาสตร์. สืบค้นวันที่ 6 มกราคม 2555, จาก <http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=2555>.
- เสาวลักษณ์ ทามาก. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- หทัยรัตน์ เวชมนัส. (2547). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อภิชาติ สุคนธทรัพย์. (2552). *Practice Guidelines in Cardiology* (พิมพ์ครั้งที่ 1). เชียงใหม่: ทริค ชิงค์.
- อมรรัตน์ นาคละมัย. (2553). อิทธิพลของการรับรู้ความรุนแรงของอาการ การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุดมลักษณ์ สุภาวงศ์. (2548). ปัญหาและความต้องการของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในสถานบริการสุขภาพพิเศษ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- American Heart Association. (2012). Heart Disease and Stroke Statistics - 2012 Update. *Journal of the American Heart Association*, 125, 12-230.

- Athanasopoulos, L. V., Dritsas, A., Doll, H. A., & Cokkinos, D. V. (2010). Comparative Value of NYHA Functional Class and Quality-of-Life Questionnaire Scores in Assessing Heart Failure. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 30, 101-105.
- Azevedo, A., Bettencourt, P., Alvelos, M., Martins, E., Abreu-Lima, C., Hense, H.W., et al. (2008). Health-related quality of life and stages of heart failure. *International Journal of Cardiology*, 129, 238-244.
- Bailey, D. E., Landerman, L., Barroso, J., Bixby, P., Mishel, M. H., Muir, A. J., et al. (2009). Uncertainty, Symptom, and Quality of life in Persons with Chronic Hepatitis C. *Psychosomatics*, 50(2), 138-146.
- Baker, D. W., Parker, R. M., Williams, M. V., & Clark, W. S. (1998). Health Literacy and the Risk of Hospital Admission. *Journal of General Internal Medicine*, 13, 791-798.
- Baker, D. W., Wolf, M. S., Feinglass, J., & Thompson, J. A. (2008). Health Literacy, Cognitive Abilities, and Mortality Among Elderly Persons. *Journal of General Internal Medicine*, 23(6), 723-726.
- Bekelman, D., Havranek, E., Becker, D., Kutner, J., Peterson, P., Wittstein, I., et al. (2007). Symptoms, Depression, and Quality of Life in Patients With Heart Failure. *Journal of Cardiac Failure*, 13(8), 643-648.
- Bennett, S. J., Oldridge, N. B., Eckert, G. J., Embree, J. L., Browning, S., Chui, M., et al. (2003). Comparison of Quality of Life Measure in Heart Failure. *Nursing Research*, 52(4), 207-216.
- Blinderman, C., Homel, P., Billings, J., Tennstedt, S., & Portenoy, R. (2008). Symptom distress and quality of life in patients with advanced congestive heart failure. *Journal of Pain Symptom Management*, 38(1), 115-123.
- Blois, J. D., Simard, S., Atar, D., & Agewall, S. (2010). COPD Predicts Mortality in HF: The Norwegian Heart Failure Registry. *Journal of Cardiac Failure*, 16(3), 225-229.
- Bloom, B. S. (1956). *Taxonomy of Educational Objectives: Cognitive Domain*. New York: David McKay.
- Boomyamalik, P. (2005). Epidemiology of Adolescent Suicidal Ideation: Roles of Perceived Life Stress, Depressive Symptom and Substance Use. Dissertation, Johns Hopkins University.

- Borlaug, B. A., & Paulus, W. J. (2010). Heart failure with preserved ejection fraction: pathophysiology, diagnosis, and treatment. *European Heart Journal*, 32, 670-679.
- Brandt, P., & Weinert, C. (1981). The PRQ - a social support measure. *Nursing Research*, 30(5), 277-280.
- Buck, H. G., & Riegel, B. (2010). The impact of frailty on health related quality of life in heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(3), 159-166.
- Canty-Mitchill, J., & Zimet, G. D. (2000). Psychometric Properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in Urban Adolescent. *American Journal of Community Psychology*, 28(3), 391-400.
- Caramelo, C., Just, S., & Gil, P. (2007). Anemia in Heart Failure: Pathophysiology, Pathogenesis, Treatment, and Incognitae. *Revista Espanola de Cardiologia*, 60(8), 848-860.
- Chairanai, C., Salyer, J., & Best, A. (2009). Self- Care and Quality of Life in Patient with Heart Failure. *Thai Journal Nurse Res*, 13(4), 302-317.
- Chen, A. M. H., Yehle, K. S., Plake, K. S., Murawski, M. M., & Mason, H. L. (2011). Health Literacy and Self-care of Patients With Heart Failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 26(6), 446-51.
- Cheng, S., & Chan, A. (2004). The multidimensional scale of perceived social support: dimensionality and age and gender differences in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 37(7), 1359-1369.
- Chowdhury, M., Adams, S., & Whellan, D. J. (2010). Sleep-Disordered Breathing and Heart Failure: Focus on Obstructive Sleep Apnea and Treatment With Continuous Positive Airway Pressure. *Journal of Cardiac Failure*, 16(2), 164-174.
- Cohn, J. N. (2010). Detecting the Patient at Risk of Heart Failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 55(19), 2138-2139.
- Cully, J., Phillips, L., Kunik, M., Stanley, M., & Deswal, A. (2010). Predicting Quality of Life in Veterans with Heart Failure: The Role of Disease Severity, Depression, and Comorbid Anxiety. *Behavioral Medicine*, 36(2), 70-76.
- Davis, T. C., Crouch, M. A., & Long, S. W. (1993). Rapid assessment of literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Fam Med*, 25, 391-95.

- Dennison, C. R., McEntee, M. L., Samuel, L., Johnson, B. J., Rotman, S., Kielty, A., et al. (2010). Adequate Health Literacy Is Associated With Higher Heart Failure Knowledge and Self-care Confidence in Hospitalized Patients. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 26(5), 359-67.
- Detprapon, M., Ngam, Y. S., Mishel, M. H., Sitthimongkol, Y., & Vorapongsathorn, T. (2009). Testing of Uncertainty in Illness Theory to predict quality of life among Thais with head and neck cancer. *Thai Journal Nurse Reseach*, 13, 1-15.
- DeWalt, D. A., Berkman, N. D., Sheridan, S., Lohr, K. N., & Pignone, M. P. (2004). Literacy and Health Outcomes A Systematic Review of the Literature. *Journal of General Internal Medicine*, 19, 1228-1239.
- Dickstein, K., Cohen-Solal, A., Filippatos, G., McMurray, J. J. V., Ponikowski, P., Poole-Wilson, P. A., et al. (2008). ESC Guideline for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. *European Heart Journal*, 29, 2388-2442.
- Eastwood, B. J.-A., Doering, L., Roper, J., & Hays, R. D. (2008). Uncertainty and Health -Related Quality of Life 1 Year After Coronary Angiography. *American Journal of Critical Care*, 17(3), 232-242.
- Eichler, K., Wieser, S., & Brügger, U. (2009). The costs of limited health literacy: a systematic review. *International Journal of Public Health*, 54(5), 313-324.
- Europe, E., & Tyni-Lenne, R. (2004). Qualitative analysis of the male experience of heart failure. *HEART & LUNG*, 33(4), 227-234.
- Evangelista, L. S., Rasmusson, K. D., Laramie, A. S., Barr, J., Ammon, S. E., Dunbar, S., et al. (2010). Health Literacy and the Patient With Heart Failure—Implications for Patient Care and Research: A Consensus Statement of the Heart Failure Society of America. *Journal of Cardiac Failure*, 16(1), 9-16.
- Falk, K., Patel, H., Swedberg, K., & Ekman, I. (2009). Fatigue in patients with chronic heart failure — A burden associated with emotional and symptom distress. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(2), 91-96.
- Faller, H., Steinbüchel, T., Störk, S., Schowalter, M., Ertl, G., & Angermann, C. E. (2010). Impact of depression on quality of life assessment in heart failure. *International Journal of Cardiology*, 142, 133-137.

- Flaherty, J. D., Bax, J. J., Luca, L. D., Rossi, J. S., Davidson, C. J., Filippatos, G., et al. (2009). Acute Heart Failure Syndromes in Patients With Coronary Artery Disease Early Assessment and Treatment. *Journal of the American College of Cardiology*, 53(3), 254-263.
- Flemme, I., Edvardsson, N., Hinic, H., Jinhage, B., Dalman, M., & Fridlund, B. (2005). Long-term quality of life and uncertainty in patients living with an implantable cardioverter defibrillator. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 34(6), 386-392.
- Flemme, I., Hallberg, U., Johansson, I., & Stromberg, A. (2011). Uncertainty is a major concern for patients with implantable cardioverter defibrillators. *HEART & LUNG*, 40, 420-428.
- Fonarow, G. C. (2008). Epidemiology and risk stratification in acute heart failure. *American Heart Journal*, 155(2), 200-207.
- Fonarow, G. C., Abraham, W. T., Albert, N. M., Stough, W. G., Gheorghiade, M., Greenberg, B. H., et al. (2009). Age- and Gender-Related Differences in Quality of Care and Outcomes of Patients Hospitalized With Heart Failure (from OPTIMIZE-HF). *The American Journal of Cardiology*, 104, 107-115.
- Friedman, M. M. (2003). Gender differences in the health related quality of life of adult with heart failure. *HEART & LUNG*, 32(5), 320-327.
- Gardetto, N. J., & Carroll, K. C. (2007). Management Strategies to Meet the Core Heart Failure Measures for Acute Decompensated Heart Failure. *Critical Care Nursing Quarterly*, 30(4), 307-320.
- Garin, O., Ferrer, M., Pont, À., Rué, M., Kotzeva, A., Wiklund, I., et al. (2008). Disease-specific health-related quality of life questionnaires for heart failure: a systematic review with meta-analyses. *Quality of Life Research*, 18(1), 71-85.
- Gary, R., & Davis, L. (2008). Diastolic heart failure. *HEART & LUNG*, 37(6), 405-416.
- Gaulden, L. H., & Glotzer, j. (2005). Advanced nursing aspect of acute heart failure. In C. M. O'Connor, W. G. Stough, M. Gheorghiade & K. F. A. Jr. (Eds.), *Managing Acute Decompensate Heart Failure* (pp. 523-528). New York: Taylor&Francis.
- Gheorghiade, M., & Pang, P. S. (2009). Acute Heart Failure Syndromes. *Journal of the American College of Cardiology*, 53(7), 557-573.

- Giamouzis, G., Kalogeropoulos, A., Georgiopoulou, V., Laskar, S., Smith, A. L., Dunbar, S., et al. (2011). Hospitalization Epidemic in Patients With Heart Failure: Risk Factors, Risk Prediction, Knowledge Gaps, and Future Directions. *Journal of Cardiac Failure*, 17(1), 54-75.
- Goodlin, S. J. (2009). Palliative Care in Congestive Heart Failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 54(5), 386-396.
- Grant, M. M., & Dean, G. E. (2003). Evolution of quality of life in oncology and oncology nursing. In C. R. King & P. S. Hinds (Eds.), *Quality of life: From nursing and patient perspectives* (2 ed.). Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Groenveld, H. F., Januzzi, J. L., Damman, K., Wijngaarden, J. v., Hillege, H. L., Veldhuisen, D. J. v., et al. (2008). Anemia and Mortality in Heart Failure Patients A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American College of Cardiology*, 52(10), 818-827.
- Hallas, C. N., Wray, J., Andreou, P., & Banner, N. R. (2010). Depression and perceptions about heart failure predict quality of life in patients with advanced heart failure. *HEART & LUNG*, 40(2), 111-21.
- Hardin, S., & Hussey, L. (2003). AACN Synergy Model for Patient Care Case Study of a CHF Patient. *Critical Care Nurse*, 23(1), 73-76.
- Harkness, K. I. (2009). Uncertainty and Emotional Distress in Patients with Heart Failure and Their Primary Caregivers – A Novel Study. *Journal of Cardiac Failure*, 15(6), S6-S6.
- Heo, S., Doering, L. V., Widener, J., & Moser, D. K. (2008). Predictor and Effect of Physical Symptom Status on Health-Related Quality of Life in Patients with Heart Failure. *American Journal of Critical Care*, 17(2), 124-132.
- Heo, S., Lennie, T. A., Okoli, C., & Moser, D. K. (2009). Quality of life in patient with heart failure: Ask the patient. . *HEART & LUNG*, 38(2), 100-108.
- Heo, S., Moser, D. K., L.Chung, M., & Lennie, T. A. (2010). Social status, health-related quality of life, and event-free survival in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. [Epub ahead of print].

- Heo, S., Moser, D. K., & Widener, J. (2007). Gender differences in the effects of physical and emotional symptoms on health-related quality of life in patient with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6, 146-152.
- Hess, A. M. (2009). *The Health Literacy, Self-Care, and Medication Hassles of Patients with Heart Failure and Their Caregivers*.
- Hilton, B. A. (1988). The phenomenon of uncertainty in women with breast cancer. *Issues in Mental Health Nursing*, 9, 217-238.
- Horwich, T. B., & Fonarow, G. C. (2010). Glucose, Obesity, Metabolic Syndrome, and Diabetes Relevance to Incidence of Heart Failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 55(4), 283-293.
- House, J. S. (1981). *Work Stress and Social Support*. Reading, Mass: Addison-Wesley.
- Howard, D. H., Sentell, T., & Gazmararian, J. A. (2006). Impact of Health Literacy on Socioeconomic and Racial Differences in Health in an Elderly Population. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 857-861.
- Huang, T.Y., Moser, D. K., Hwang, S.-L., Lennie, T. A., Chung, M., & Heo, S. (2010). Comparison of Health-Related Quality of Life Between American and Taiwanese Heart Failure Patients. *Journal of Transcultural Nursing*, 21(3), 212-219.
- Hunt, S. A., Abraham, W. T., Chin, M. H., Feldman, A. M., Francis, G. S., Ganiats, T. G., et al. (2005). ACC/AHA 2005 Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult—Summary Article. *Circulation*, 20, 1-27.
- Iqbal, J., Francis, L., Reid, J., Murray, S., & Denvir, M. (2010). Quality of life in patients with chronic heart failure and their carers: a 3-year follow-up study assessing hospitalization and mortality. *European Journal of Heart Failure*, 12(9), 1002-1008.
- Jensen, J., Hedin, L., Widell, C., Agnholm, P., Andersson, B., & Fu, M. (2008). Characteristics of heart failure in the elderly — A hospital cohort registry-based study. *International Journal of Cardiology*, 125(2), 191-196.
- Jessup, M., Abraham, W. T., Casey, D. E., Feldman, A. M., Francis, G. S., Ganiats, T. G., et al. (2009). 2009 Focused Update: ACCF/AHA Guidelines for the Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults. *Journal of the American College of Cardiology*, 53(15), 1343-1382.

- Johansson, P., Agnebrink, M., Dahlström, U., & Broström, A. (2004). Measurement of health-related quality of life in chronic heart failure, from a nursing perspective-a review of the literature. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 3, 7-20.
- Jurgens, C. Y. (2006). Somatic awareness, uncertainty, and delay in care-seeking in acute heart failure. *Research in Nursing & Health*, 29(2), 74-86.
- Kaewthumrong, S. (2001). *Uncertainty in illness, and factors related to uncertainty in illness among patient with SLE*. Unpublished master thesis, Mahidol University, Bangkok.
- Kang, Y. (2005). Effect of uncertainty on perceived health status in patients with atrial fibrillation. *Nursing in Critical care*, 10(4), 184-191.
- Kang, Y. (2011). The relationships between uncertainty and its antecedents in Korean patients with atrial fibrillation. *Journal of Clinical Nursing*, 26(7), 770-83.
- Kanoksilp, A., Hengrussamee, K., & Wuthiwaropas, P. (2009). A Comparison of One-Year Outcome in Adult Patients with Heart Failure in Two Medical Setting: Heart Failure Clinic and Daily Physician Practice. *Journal Medicine Association Thai*, 92(4), 466-470.
- Klein, D. M., Turvey, C. L., & Pies, C. J. (2007). Relationship of Coping Styles With Quality of Life and Depressive Symptoms in Older Heart Failure Patients. *Journal Aging Health*, 19(1), 22-23.
- Krethong, P., Jirapaet, V., Jitpanya, C., & Sloan, R. (2008). A Causal Model of Health-Related Quality of Life in Thai Patients With Heart-Failure. *JOURNAL OF NURSING SCHOLARSHIP*, 40(3), 254-260.
- Kripalani, S., Paasche-Orlow, M. K., Parker, R. M., & Saha, S. (2006). Advancing the Field of Health Literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 804-805.
- Laothavorn, P., Hengrussamee, K., Kanjanavanit, R., Moleerergpoom, W., Laorakpongse, D., Pachirat, O., et al. (2010). Thai Acute Decompensated Heart Failure Registry (Thai ADHERE). *CVD Prevention and Control*, 5, 89-95.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lee, C. S., Riegel, B., Driscoll, A., Suwanno, J., Moser, D. K., Lennie, T. A., et al. (2009). Gender differences in heart failure self-care: A multinational cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 1485-1495.

- Leung, A. A., Eurich, D. T., Lamb, D. A., Majumdar, S. R., Johnson, J. A., Blackburn, D. F., et al. (2009). Risk of Heart Failure in Patients With Recent-Onset Type 2 Diabetes: Population-Based Cohort Study. *Journal of Cardiac Failure*, 15(2), 152-157.
- Lindenfeld, J., Albert, N. M., Moser, D. K., Boehmer, J. P., Rogers, J. G., Collins, S. P., et al. (2010). Executive Summary: HFSA 2010 Comprehensive Heart Failure Practice Guideline. *Journal of Cardiac Failure*, 16(6), 475-539.
- Löfvenmark, C., Mattiasson, A.-C., Billing, E., & Edner, M. (2009). Perceived loneliness and social support in patients with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(4), 251-258.
- Macabasco-O'Connell, A., DeWalt, D. A., Broucksou, K. A., Hawk, V., Baker, D. W., Schillinger, D., et al. (2011). Relationship Between Literacy, Knowledge, Self-Care Behaviors, and Heart Failure-Related Quality of Life Among Patients With Heart Failure. *Journal of General Internal Medicine*, 26(9), 979-986.
- Mancuso, J. M. (2008). Health literacy: A concept/dimensional analysis. *Nursing & Health Sciences*, 10, 248-255.
- Masoudi, F. A., & Inzucchi, S. E. (2007). Diabetes Mellitus and Heart Failure: Epidemiology, Mechanisms, and Pharmacotherapy. *The American Journal of Cardiology*, 99(4A), 113B-132B.
- Masoudi, F. A., Rumsfeld, J. S., Havranek, E. P., House, J. A., Peterson, E. D., Krumholz, H. M., et al. (2004). Age, Functional Capacity, and Health-Related Quality of Life in Patients With Heart Failure. *Journal of Cardiac Failure*, 10(5), 368-73.
- Mazzella, F., Cacciatore, F., Galizia, G., Della-Morte, D., Rossetti, M., Abbruzzese, R., et al. (2010). Social support and long-term mortality in the elderly: Role of comorbidity. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 51(3), 323-328.
- McLean, A. S., Eslick, G. D., & Coats, A. J. S. (2007). The epidemiology of heart failure in Australia. *International Journal of Cardiology*, 118(3), 370-374.
- Mebazaa, A., Pang, P. S., Tavares, M., Collins, S. P., Storrow, A. B., Laribi, S., et al. (2010). The impact of early standard therapy on dyspnea in patient with acute heart failure: URGENT-dyspnea study. *European Heart Journal*, 31, 832-841.

- Metra, M., Felker, M., Zacà, V., Bugatti, S., Lombardi, C., Bettari, L., et al. (2010). Acute heart failure: Multiple clinical profiles and mechanisms require tailored therapy. *International Journal of Cardiology*, 144, 175-179.
- Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 225-232.
- Mishel, M. H. (1990). Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 22(4), 256-260.
- Mishel, M. H., & Clayton, M. F. (2003). Theory of uncertainty in illness. In M. J. Smith & P. R. Liehr (Eds.), *Middle range theory for nursing* New York: Springer.
- Morrow, D., Clark, D., Tu, W., Wu, J., Weiner, M., Steinley, D., et al. (2006). Correlation of Heart literacy in Patients With Chronic Heart Failure. *The Gerontological Society of America*, 46(5), 669-676.
- Moser, D. K., Frazier, S. K., Worrall-Carter, L., Biddle, M. J., Chung, M. L., Lee, K. S., et al. (2010). Symptom variability, not severity, predicts rehospitalization and mortality in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(2), 124-9.
- Nakamura, Y., Turin, T. C., Rumana, N., Miura, K., Kita, Y., Takashima, N., et al. (2010). Risk factors for heart failure and coronary heart disease mortality over 24-year follow-up period in Japan: NIPPON DATA80. *CVD Prevention and Control*, 5(3), 97-103.
- National Institute for Literacy. (1991). the National Literacy Act of 1991. *Public Law*, 102-173.
- Ng, A. C. C., Davis, G. M., Chow, C. M., Coats, A. J. S., Sindone, A. P., & Freedman, B. (2010). Impact of sleep disordered breathing severity on hemodynamics, autonomic balance and cardiopulmonary functional status in chronic heart failure. *International Journal of Cardiology*, 141(3), 227-235.
- Ng, C. G., Amer Siddiq, A. N., Aida, S. A., Zainal, N. Z., & Koh, O. H. (2010). Validation of the Malay version of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS-M) among a group of medical students in Faculty of Medicine, University Malaya. *Asian Journal of Psychiatry*, 3(1), 3-6.
- Ni, H., Toy, W., Burgess, D., Wise, K., Nauman, D. J., Cripell, K., et al. (2000). Comparative Responsiveness of Short-Form 12 and Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire in Patient With Heart Failure. *Journal of Cardiac Failure*, 6(2), 83-91.

- Norbeck, J. S., Lindsey, A. M., & Carrieri, V. L. (1981). The development of an instrument to measure social support. *Nursing Research*, 30, 264-269.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *International Journal of Public Health*, 54(5), 303-305.
- O'Loughlin, C., Murphy, N. F., Conlon, C., O'Donovan, A., Ledwidge, M., & McDonald, K. (2010). Quality of life predicts outcome in a heart failure disease management program. *International Journal of Cardiology*, 139, 60-67.
- Oldfield, S. R., & Dreher, H. M. (2010). The Concept of Health Literacy Within the Older Adult Population. *Holistic Nursing Practice*, 24(4), 204-212.
- Orem D.E. (1995). *Nursing: Concept of practice* (6 ed.). St.Louis, MO: C.V. Mosby.
- Padilla, G. V., Presant, C., Grant, M. M., Metter, G., Lipsett, J., & Heide, F. (1983). Quality of life index for patient with cancer. *Research in Nursing & Health*, 6(3), 117-126.
- Pang, P. S., Cleland, J. G. F., Teerlink, J. R., Collins, S. P., Lindsell, C. J., Sopko, G., et al. (2008). A proposal to standardize dyspnoea measurement in clinical trials of acute heart failure syndromes: the need for a uniform approach. *European Heart Journal*, 29(6), 816-824.
- Pang, P. S., Komajda, M., & Gheorghiade, M. (2010). The current and future management of acute heart failure syndromes. *European Heart Journal*, 31(7), 784-793.
- Parker, R. M., Baker, D. W., Williams, M. V., & Nurss, J. R. (1995). The Test of Functional Health Literacy in Adults: A New Instrument for Measuring Patients' Literacy Skills. *Journal of General Internal Medicine*, 10, 537-541.
- Pecini, R., Møller, D. V., Torp-Pedersen, C., Hassager, C., & Køber, L. (2010). Heart failure etiology impacts survival of patients with heart failure. *International Journal of Cardiology*. 149(2), 211-5.
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3 ed.). Stamford, CT: Appleton & Lange.

- Pichayamongkol, P. (2002). *The relationship among self-efficacy, uncertainty in illness, and self-care behaviors in hospitalized COPD patients.*, M.N.S. Thesis in Nursing, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing Research* (8 ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Pons, F., Lupón, J., Urrutia, A., González, B., Crespo, E., Díez, C., et al. (2010). Mortality and Cause of Death in Patients With Heart Failure: Findings at a Specialist Multidisciplinary Heart Failure Unit. *Rev Esp Cardiol.*, 63(3), 303-314.
- Pressler, S. J., Kim, J., Riley, P., Ronis, D. L., & Gradus-Pizlo, I. (2010). Memory Dysfunction, Psychomotor Slowing, and Decreased Executive Function Predict Mortality in Patients With Heart Failure and Low Ejection Fraction. *Journal of Cardiac Failure*, 16(9), 750-760.
- Rathore, S., Masoudi, F., Wang, Y., Curtis, J., Foody, J., Havranek, E., et al. (2006). Socioeconomic status, treatment, and outcomes among elderly patients hospitalized with heart failure: Findings from the National Heart Failure Project. *American Heart Journal*, 152(2), 371-378.
- Raunso, J., Pedersen, O. D., Dominguez, H., Hansen, M. L., Moller, J. E., Kjaergaard, J., et al. (2010). Atrial fibrillation in heart failure is associated with an increased risk of death only in patients with ischaemic heart disease. *European Journal of Heart Failure*, 12(7), 692-697.
- Rector, T. S. (2005a). Conceptual model of quality of life in relation to heart failure. *Journal of Cardiac Failure* 11(3), 173-176.
- Rector, T. S. (2005b). Overview of The Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. Retrieved April 10, 2010, from <http://www.mlhfq.org>.
- Rector, T. S., Anand, I. S., & Cohn, J. N. (2006). Relationships between clinical assessments and patients' perceptions of the effects of heart failure on their quality of life. *Journal of Cardiac Failure*, 12(2), 87-92.
- Rector, T. S., Kubo, S. H., & Cohn, J. N. (1987). Patient self-assessment of their congestive heart failure. Part 2: Content, reliability and validity of new measure, the Minnesota Living with Heart Failure questionnaire. *Heart failure*, 198-209.
- Redeker, N. S., Jeon, S., Muench, U., Campbell, D., Walsleben, J., & Rapoport, D. M. (2010). Insomnia Symptoms and Daytime Function in Stable Heart Failure. 33(9), 1210-1216.

- Riedinger, M. S., Dracup, K. A., Brecht, M.L., Padilla, G., Sarna, L., & Ganz, P. A. (2001). Quality of life in patients with heart failure: Do gender differences exist?. *Heart & Lung*, 30(2), 105 – 116.
- Riegel, B., Dickson, V. V., Cameron, J., Johnson, J. C., Bunker, S., Page, K., et al. (2010). Symptom Recognition in Elders With Heart Failure. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(1), 92-100.
- Robinson, S., Moser, D., Pelter, M. M., Nesbitt, T., Paul, S. M., & Dracup, K. (2011). Assessing Health Literacy in Heart Failure Patients. *journal of Cardiac Failure*, 17(11), 887-892.
- Rodondi, N., Bauer, D. C., Cappola, A. R., Cornuz, J., Robbins, J., Fried, L. P., et al. (2008). Subclinical Thyroid Dysfunction, Cardiac Function, and the Risk of Heart FailureThe Cardiovascular Health Study. *Journal of the American College of Cardiology*, 52(14), 1152-1159.
- Roger, V. L., Go, A. S., Lloyd-Jones, D. M., Benjamin, E. J., Berry, J. D., Borden, W. B., et al. (2012). Heart Disease and Stroke Statistics--2012 Update: A Report From the American Heart Association. *Journal of the American Heart Association*, 3(10), 12-230.
- Sammarco, A., & Konecny, L. M. (2010). Quality of Life, Social Support, and Uncertainty Among Latina and Caucasian Breast Cancer Survivors: A Comparative Study. *Oncology Nursing Forum*, 37(1), 93-99.
- Santawaja, C., Hanuchcharurnkul, S., Sirapo-ngnm, Y., Sitthimongkol, Y., & Vorapongsathorn, T. (2002). A causal model of psychosocial adjustment in post radiotherapy cervical cancer woman. *Thai Journal Nurse Research*, 6(2), 56-68.
- Sauve, M., Lewis, W., Blankenbiller, M., Rickabaugh, B., & Pressler, S. (2009). Cognitive Impairments in Chronic Heart Failure: A Case Controlled Study. *Journal of Cardiac Failure*, 15(1), 1-10.
- Sayers, S. L., Riegel, B., Pawlowski, S., Coyne, J. C., & Samaha, F. F. (2008). Social Support and Self-Care of Patients with Heart Failure. *ann. behav. med.*, 35, 70-79.
- Schinke, S. P., & Gilchrist, L. D. (1984). Preventing cigarette smoking with youth. *Journal of primary Prevention*, 5, 48-56.

- Sethares, K. A. (2009). Predictor of Uncertainty in Adult with an Acute exacerbation of Heart Failure *HEART & LUNG*, 39(4), 357.
- Shuvy, M., Shifman, O. E. T., Nusair, S., Pappo, O., & Lotan, C. (2009). Hypothyroidism-induced myocardial damage and heart failure: an overlooked entity. *Cardiovascular Pathology*, 18(3), 183-186.
- Simond, S. K. (1974). Health education as social policy. *Health Education Monogr*, 2, 1-25.
- Soine, L. A. (2009). Heart Failure and Cardiogenic shock. In S. L. Woods., E. S. S. Froelicher., S. U. Motzer. & E. J. Bridges. (6 Eds.), *Cardiac Nursing* (pp. 555-591). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Speros, C. (2005). Health literacy: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 50(6), 633-640.
- Stewart, T., Freeman, J., Stewart, J., Sullivan, A., Ward, C., & Tofler, G. H. (2010). Anaemia in Heart Failure: A Prospective Evaluation of Clinical Outcome in a Community Population. *Heart, Lung and Circulation*, 19(12), 730-735.
- Sudore, R. L., Yaffe, K., Satterfield, S., Harris, T. B., Mehta, K. M., Simonsick, E. M., et al. (2006). Limited Literacy and Mortality in the Elderly The Health, Aging, and Body Composition Study. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 806-812.
- Suwanno, J., Petpichetchian, W., Riegel, B., & Issaramalai, S. a. (2009). A Model Predicting Health Status of Patients With Heart Failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 24(2), 118-126.
- Taylor-Piliae, R. E., & Molassiotis, A. (2001). An exploration of the relationships between uncertainty, psychological distress and type of coping strategy among Chinese men after cardiac catheterization. *Journal of Advanced Nursing*, 33(1), 79-88.
- Thompson, K. C. (2006). *The Relationship Among Social Support, Spiritual Well-Being, Uncertainty and Self-Care in Class I and II Heart Failure Patients*. Unpublished doctoral dissertation, University of North Carolina, Chapel Hill.
- Timby, B., & Smith, N. E. (2010). *Medical-surgical Nursing* (10 ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 392-403.
- Tsutsui, H., Tsuchihashi-Makaya, M., & Kinugawa, S. (2010). Clinical characteristics and outcomes of heart failure with preserved ejection fraction: Lessons from epidemiological studies. *Journal of Cardiology*, 55, 13-22.

- Wedewardt, J., Bitter, T., Prinz, C., Faber, L., Horstkotte, D., & Oldenburg, O. (2010). Cheyne–Stokes respiration in heart failure: Cycle length is dependent on left ventricular ejection fraction. *Sleep Medicine, 11*(2), 137-142.
- Weiss, R. (1974). *The Provision of Social Relationships*. Engle wood Cliffs: N.J. Prentice Hall.
- Winters, C. A. (1999). Heart Failure: Living With Uncertainty. *Progress in Cardiovascular Nursing, 14*, 85-91.
- World Health Organization. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research, 2*(2), 153-9.
- World Health Organization. (1996). *Division of Health Promotion, Education and Communication Health Education and Health Promotion Unit. Health Promotion Glossary*. Geneva: World Health Organization.
- Zambroski, C. H., & Louisville, K. (2003). Qualitative analysis of living with heart failure. *HEART & LUNG, 32*, 32-40.
- Zambroski, C. H., Moser, D. K., Bhat, G., & Ziegler, C. (2005). Impact of symptom prevalence and symptom burden on quality of life in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 4*(3), 198-206.
- Zhan, L. (1992). Quality of Life: Conceptual and measurement issues. *Journal of Advanced Nursing, 17*, 795-800.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment, 52*(1), 30-41.



ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับชุมชน แบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แบบสอบถามการช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ และแบบสอบถามวิถีชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเครื่องมือทั้งหมดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ดังนี้

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ภรณ์ วัฒนสมบูรณ์
ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. อาจารย์แพทย์หญิง ธัญญา บุญยศิรินันท์
ภาควิชาอายุรศาสตร์ สาขาหทัยวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
3. นางสาวสุนัน สุคติ
งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
4. อาจารย์ ดร. ศรีนรินทร์ ศรีประสงค์
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. อาจารย์ธนินฐา สมัย
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ข

หนังสือรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหิดล



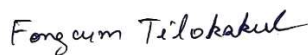
COA.No.MU-IRB (NS) 2011/98.1207

Documentary Proof of Mahidol University Institutional Review Board (Nursing)

Title of Project:	THE INFLUENCE OF UNCERTAINTY IN ILLNESS, HEALTH LITERACY, SOCIAL SUPPORT ON QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH HEART FAILURE
Project Number:	MU-IRB (NS) 2011/13.0305
Principle Investigator:	Miss Wanida Hachuk
Name of Institution:	Faculty of Nursing Mahidol University
Approval includes	1) MU-IRB (NS) Submission form version received date 17 June 2011 2) Participant Information sheet version date 17 June 2011 3) Consent form for version date 3 May 2011 4) Questionnaire version received date 3 May 2011, 17 June 2011

Mahidol University Institutional Review Board (Nursing) is in full compliance with International Guidelines for Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Date of Approval:	12 July 2011
Date of Expiration:	11 July 2012

Signature of Chair:	 (Associate Professor Pomsri Sriussadaporn) Chair
Signature of Dean, Faculty of Nursing	 (Associate Professor Dr. Fongcum Tilokkulchai) Dean, Faculty of Nursing

Office of Mahidol University Institutional Review Board (Nursing) Room 502 Faculty of Nursing,
 2 Phran Nok Road, Bangkok 10700, THAILAND Tel: (662)-419-7466-80 Ext. 1500, 1503

ภาคผนวก ค

หนังสือรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์



รหัสเอกสารรับรอง 029/2554

เอกสารรับรองจริยธรรมโครงการวิจัยในมนุษย์

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

ชื่อโครงการ

อิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

THE INFLUENCE OF UNCERTAINTY IN ILLNESS, HEALTH LITERACY, SOCIAL SUPPORT ON QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH HEART FAILURE

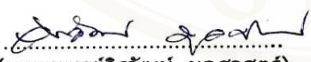
ผู้วิจัยหลัก

นางสาววนิดา หาจักร

หน่วยงาน/สถาบัน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ได้พิจารณารายละเอียดของโครงการวิจัย เอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร เอกสารแสดงความยินยอม เข้าร่วมการวิจัยภาษาไทยแล้ว มีมติสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบเขตของโครงการที่เสนอได้


(นายแพทย์จิรวัฒน์ มุลศาสตร์)
ประธานคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์


(นายแพทย์มนัส กนกศิลป์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

วันที่รับรอง : - 6 ต.ค. 2554

วันหมดอายุของการรับรอง:

- 5 ต.ค. 2555

เอกสารที่รับรองรวมถึง

1. โครงร่างการวิจัย
2. ใบยินยอมและเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร
3. ผู้วิจัย/คณะผู้วิจัย
4. แบบสอบถาม/แบบบันทึกข้อมูล

ผู้วิจัยที่ได้รับการรับรองต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยรับทราบว่าเป็นการวิจัยที่รวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาก่อนโครงการได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
2. กิจกรรมของโครงการวิจัยต้องจบลงภายในวันหมดอายุของการรับรอง ถ้าต้องการขยายเวลา ต้องยื่นแสดงความจำนงก่อนวันหมดอายุ 30 วัน
3. ผู้วิจัยต้องทำการศึกษาตรงตามระเบียบไว้ในโครงร่างงานวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เพียงแบบฟอร์มที่คณะกรรมการจริยธรรมฯ ได้รับรอง (ใบยินยอมและเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร, แผนประชาสัมพันธ์ เป็นต้น) และ คณะกรรมการจริยธรรมฯ มีสิทธิตรวจสอบเอกสารดังกล่าวได้ทุกครั้งที่ต้องการ
5. ในกรณีที่เหตุการณ์ข้างเคียงร้ายแรง ต้องรายงานคณะกรรมการจริยธรรมฯ ภายใน 5 วันทำการ
6. ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมไปจากเดิมที่รับรองไว้ ต้องรายงานคณะกรรมการจริยธรรมฯ ก่อนที่จะเริ่มทำกิจกรรมนั้นๆ
7. ส่งรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์หลังโครงการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว จำนวน 1 ฉบับ



ภาคผนวก ง

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

MU-IRB (NS) แบบฟอร์มหมายเลข 3

117 ต.อ. 2554

13.0305

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่า จะเข้าใจดี ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ฉบับ นำกลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัว ของท่าน หรือผู้อื่นที่ท่านต้องการปรึกษา เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ(ภาษาไทย) อิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ชื่อผู้วิจัย นางสาวนิตา หาจักร

สถานที่วิจัย คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

สถานที่ทำงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี ถนนรอบเมือง อ.เมือง จังหวัดอุบลราชธานี

34000

หมายเลขโทรศัพท์ เคลื่อนที่ 085-2292033 หมายเลขโทรศัพท์บ้าน 045-634043

ผู้ให้ทุน ไม่มี

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อ ศึกษาคุณภาพชีวิตของท่านรวมทั้งปัจจัยต่างๆที่อาจเกี่ยวข้องต่อคุณภาพชีวิต ท่านอาจไม่ได้รับประโยชน์โดยตรง แต่การวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในอนาคตในการนำผล การศึกษามาเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวให้ดีขึ้น เป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และ สังคม

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะ ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยท่านจะ ได้รับการประชาสัมพันธ์จากพยาบาลประจำคลินิกโรคหัวใจให้ท่านทราบถึงโครงการวิจัย และคุณสมบัติที่จะเข้าโครงการวิจัย ซึ่งท่านมีอิสระ ในการตัดสินใจ จะตอบรับหรือปฏิเสธได้ ไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมหรือไม่ จะไม่มีผลเกี่ยวข้องกับการดูแลที่ท่านได้รับในแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกอื่นๆ และถ้าท่านตอบรับเข้า โครงการแล้ว จะปฏิเสธหรือออกจากโครงการเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลและไม่มีผลต่อการดูแลรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกและทุกหน่วยใน โรงพยาบาลแห่งนี้

ผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้มีจำนวนทั้งสิ้นประมาณ 85 คน หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะ ขออนุญาตให้ข้อมูลของท่านจากเวชระเบียนด้วย และท่านจะได้รับแบบสอบถามจำนวน 5 ชุด มีข้อคำถาม ทั้งหมดจำนวน 87 ข้อ ผู้วิจัยขอให้ทำตอบแบบสอบถามโดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 60-90 นาที โดยมีรายละเอียดของแบบสอบถามดังนี้

Version No. 3 date 1 March 2011

Page 1 of 3

รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
ของมหาวิทยาลัยมหิดล (ชุดสายพยาบาลศาสตร์)
รหัสโครงการ MU-IRB (NS) 2011/13-0305
วันที่รับรอง 11.2.0.0. 2554

MU-IRB (NS) แบบฟอร์มหมายเลข 3

- ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 9 ข้อ
- ตอบแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจำนวน 23 ข้อ
- ตอบแบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 22 ข้อ
- ตอบแบบสอบถามความช่วยเหลือทางสังคมจำนวน 12 ข้อ
- ตอบแบบสอบถามวิถีชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวจำนวน 21 ข้อ

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย การตอบแบบสอบถาม ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นคือ ผู้เข้าร่วมโครงการอาจมีอาการแทรกซ้อนอื่นๆ ได้แก่ มีอาการหอบเหนื่อยหายใจลำบาก ใจสั่น หน้ามืด วิงเวียน ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยหยุดตอบแบบสอบถามนั้นทันทีและให้การพยาบาลเบื้องต้นตามอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น หากผู้ป่วยมีอาการหน้ามืดวิงเวียน ใจสั่นให้ผู้ป่วยนอนพัก ประเมินสัญญาณชีพ และหากมีอาการหอบเหนื่อย ให้ผู้ป่วยนอนพักในท่าที่สุขสบาย สอนให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆ ประเมินสัญญาณชีพและประสานงานกับแพทย์ และพยาบาลประจำคลินิกโรคหัวใจเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือต่อไป หากเกิดอาการอ่อนล้า เหนื่อยหรืออึดอัดในการตอบแบบสอบถาม จะยุติการทำกิจกรรมนั้นทันทีและให้การช่วยเหลือตามแนวทางการรักษา โดยมีการวางแผนและประสานงานกับแพทย์และพยาบาลประจำคลินิกโรคหัวใจ

หากท่านไม่เข้าร่วมในการวิจัยนี้จะไม่มีการให้บริการและการรักษาใดๆที่ท่านจะได้รับต่อไป

หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านก็จะได้รับการตรวจเพื่อวินิจฉัยและรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน

ผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยที่อาจเกิดขึ้นกับท่านเมื่อเข้าร่วมการวิจัย ไม่มี เนื่องจากเป็นโครงการวิจัยที่เป็นการศึกษาแบบบรรยาย โดยให้ท่านเป็นผู้ตอบแบบสอบถามและแบบประเมิน ไม่มีการให้ยาหรือให้ท่านทำกิจกรรมใดๆเป็นพิเศษ

ผู้วิจัยอาจขอให้ผู้เข้าร่วมโครงการ ออกจากโครงการถ้ามีเหตุผลที่ต้องออก เช่น อาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก ใจสั่น หน้ามืดวิงเวียน

การเข้าร่วมโครงการนี้ โดยความสมัครใจไม่มีการบังคับ

หากมีข้อสงสัยที่จะสอบถามเกี่ยวกับการวิจัย สามารถติดต่อ นางสาววนิดา หาจักร ได้ที่ โทรศัพท์หมายเลข 085-2292033

ในการเข้าร่วมโครงการครั้งนี้ท่านจะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ นอกจากค่ารักษาพยาบาลที่ท่านต้องจ่ายตามปกติ และท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของท่านเป็นรายบุคคลมีลักษณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย, สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ, คณะกรรมการจริยธรรม เป็นต้น

ภาคผนวก จ

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

MU-IRB (NS) แบบฟอร์มหมายเลข 4

- 3 พ.ศ. 2554
13-0305

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
 ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปี อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....
 ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัย เรื่องอิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
 ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัยรายละเอียดขั้นตอน
 ต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัยและความเสี่ยงที่อาจจะ
 เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น ค่าตอบแทนที่จะได้รับ
 ค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วม
 การวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการ
 วิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับนางสาววนิดา หาจักร หมายเลขโทรศัพท์ 085-2292033 ได้
 ตลอด 24 ชั่วโมง

หากข้าพเจ้า ได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถ
 ติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนหรือผู้แทนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน
 คนของมหาวิทยาลัยมหิดล (ชุดสายพยาบาลศาสตร์) ซึ่งมีสำนักงานอยู่ที่ ห้อง 502 ชั้น 5 คณะพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 2 ถนนพหลโยธิน แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กทม. 10700 หมายเลขโทรศัพท์ 0-
 2419-7466-80 ต่อ 1500,1503 E-mail : nsirbnursing@diamond.mahidol.ac.th, ns.irbnursing@gmail.com

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิ์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้า
 ร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการและ
 การรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับ
 จากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัย
 เท่านั้น

MU-IRB (NS) แบบฟอร์มหมายเลข 4

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอด
แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม/ วันที่.....
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย/ วันที่.....
(.....)

ในกรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมการวิจัยคือ

พยาน

ลงชื่อ..... พยาน/ วันที่.....
(.....)

Version No. 3 date 1 March 2011

รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
ของมหาวิทยาลัยมหิดล (ชุดสาขาพยาบาลศาสตร์)
รหัสโครงการ MU-IRB (NS) 8011/13-0305
ผู้รับรอง..... 112 ก.ก. 2554

ภาคผนวก จ

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เรื่อง อิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ
การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

เครื่องมือแบ่งออกเป็น 5 ส่วนดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
2. แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
3. แบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
4. แบบสอบถามความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ
5. แบบสอบถามวิถีชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

1.1 บันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับตัวท่านโดยเติมคำลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน

1. อายุ.....ปี

2. เพศ

☐

ชาย

☐

หญิง

::

6. ความเพียงพอของรายได้

☐

เพียงพอ

☐

ไม่เพียงพอ

7. บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐

อยู่คนเดียว

☐

บิดา-มารดา

☐

คู่สมรส

☐

บุตร

☐

อื่นๆเช่น พี่น้อง ญาติ

1.2 บันทึกข้อมูลประวัติความเจ็บป่วยส่วนของผู้วิจัย

คำชี้แจง บันทึกข้อมูลทั่วไปที่รวบรวมจากเวชระเบียนและสัมภาษณ์ผู้ป่วย

1. ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว

- ☐ ระดับที่ 1 ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวัน ออกกำลังกายและทำกิจกรรมต่างๆที่เคยทำได้ตามปกติโดยไม่มีอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก อ่อนเพลีย ใจสั่นหรือเจ็บหน้าอก
- ☐ ระดับที่ 2 ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันและทำกิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำได้มากพอสมควร โดยอาจมีอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก อ่อนเพลีย ใจสั่นหรือเจ็บหน้าอกเล็กน้อย แต่เมื่อได้พักแล้วจะรู้สึกสบายขึ้น
- ☐ ระดับที่ 3 ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่างๆได้ที่เคยทำได้เพียงเล็กน้อย เพราะจะรู้สึกหอบเหนื่อย หายใจลำบาก อ่อนเพลีย ใจสั่นหรือเจ็บหน้าอก แต่เมื่อได้พักแล้วจะรู้สึกสบายขึ้น
- ☐ ระดับที่ 4 ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่างๆได้เลย แม้ในขณะที่พักก็ยังมีอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก อ่อนเพลีย ใจสั่นหรือเจ็บหน้าอก

::

6. โรคประจำตัวอื่นๆ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ โรคเบาหวาน
- ☐ โรคไตวาย
- ☐ โรคปอด
- ☐ โรคเก๊าต์
- ☐ โรคไขมันในเลือดสูง
- ☐ โรคความดันโลหิตสูง
- ☐ โรคอื่นๆระบุ _____

7. เคยทำหัตถการใส่เครื่องกระตุ้น Pacemaker, CRT, ICD

- ☐ เคยระบุ _____
- ☐ ไม่เคย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

คำชี้แจง: ขอให้ท่านพิจารณาข้อความต่อไปนี้ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่านมากที่สุดในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมาทั้งวันนี้

ข้อความ	ตรงกับ ความรู้สึก มากที่สุด	ตรงกับ ความรู้สึก มาก	ไม่แน่ใจ	ไม่ตรงกับ ความรู้สึก	ไม่ตรงกับ ความรู้สึก มากที่สุด
1. ฉันไม่รู้ว่าฉันป่วยเป็นอะไร					
2. ฉันมีคำถามมากมายที่หาคำตอบไม่ได้					
3. ฉันไม่แน่ใจว่า อาการเจ็บป่วยของฉันดีขึ้นหรือแย่ลง					
:					
:					
:					
22. ฉันสามารถประเมินความรุนแรงของความเจ็บป่วยของฉันได้					
23. หมอและพยาบาลใช้คำพูดง่ายๆ ที่ฉันเข้าใจ					

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

คำชี้แจง : แบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จุดประสงค์เพื่อวัดความสามารถในการอ่านและความเข้าใจข้อมูลในการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและข้อมูลในระบบบริการคลินิกโรคหัวใจ จำนวน 22 ข้อ

ขอให้ท่านอ่านข้อความที่ปรากฏในกล่องสี่เหลี่ยม แล้วตอบคำถามตามความเข้าใจของท่านจากการอ่านข้อความนั้นๆ โดยใช้เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หรือเติมคำตอบที่ท่านเข้าใจ

ตอนที่ 1: การรับบริการตรวจรักษาในคลินิกโรคหัวใจ**ตอนที่ 1.1 ก่อนพบแพทย์**

ผู้ป่วยทุกรายที่แพทย์นัดตรวจที่คลินิกโรคหัวใจ ต้องนำใบนัดมาขึ้นที่โต๊ะหน้าห้องตรวจเพื่อจัดลำดับการเข้าพบแพทย์ และยื่นบัตรประชาชนหรือบัตรข้าราชการ เพื่อตรวจสอบสิทธิการรักษาของตนเอง

จากข้อความที่ท่านอ่าน โปรดตอบคำถามในข้อ 1**1. เมื่อมาถึงคลินิกโรคหัวใจ ท่านต้องทำอะไรบ้าง**

- ☐ ยื่นใบนัดและบัตรประชาชน นั่งรอหน้าห้องตรวจ
- ☐ ยื่นใบนัดและบัตรประชาชน เซ็นเอกสารมอบอำนาจ นั่งรอหน้าห้องตรวจ
- ☐ ยื่นใบนัดและบัตรประชาชน เซ็นเอกสารยินยอมการรักษา เจาะเลือดและรอผลเลือด พบแพทย์

::

ตอนที่ 2.4 เรื่องสังเกตอาการผิดปกติ

1. หากมีอาการ ผิวน้ำตึง ข้อเท้าบวม รองเท้าคับหรือเสื้อผ้าคับ เหนื่อยง่าย ไอบ่อย เป็นอาการที่เกิดจากน้ำคั่งในร่างกาย ควรปฏิบัติตัวดังนี้ ดื่มน้ำให้น้อยลง ลดอาหารเค็ม ลดการทำกิจกรรม พักผ่อนมากขึ้น
2. ถ้ามีเครื่องชั่งน้ำหนักใช้ประเมินการคั่งของน้ำในร่างกาย ให้ชั่งตอนเช้าก่อนอาหาร และหลังถ่ายปัสสาวะ ใส่เสื้อผ้าหนาเท่าเดิม ถ้าน้ำหนักเพิ่มขึ้น 1 กิโลกรัมใน 1-2 วัน ให้มาพบแพทย์
3. หากมีอาการบวม หอบเหนื่อยมากขึ้น นอนราบไม่ได้ ไอเป็นฟอง ให้มาพบแพทย์ที่คลินิกโรคหัวใจก่อนวันนัด หากเป็นวันหยุดราชการหรือนอกเวลาราชการให้มาที่ห้องฉุกเฉิน

จากข้อความที่ท่านอ่าน โปรดตอบคำถามในข้อ 19-22

19. หากท่านรู้สึกว่าร่องเท้าค้ำและผิวหนังที่ขาตึง เหนื่อยง่ายท่านต้องทำอะไร

- ☐ ลดอาหารเค็ม
- ☐ ยกขาสูงเพื่อลดบวม
- ☐ กินยาขับปัสสาวะเพิ่ม

20. ท่านควรซั้่น้ำหนักเพื่อประเมินน้ำคั่งในร่างกายเวลาใด

- ☐ ซั้่น้ำหนักช่วงเวลาที่จะดวัก
- ☐ ซั้่น้ำหนักตอนเช้า ก่อนอหกร
- ☐ ซั้่น้ำหนักสลับเวลากันเช่น วันนี้ซั้่นตอนเช้า พรุ่งนี้ซั้่นตอนเย็น

21. หากพบว่าน้ำหนักเพิ่มขึ้นจากเดิม 1 กิโลกรัมใน 1 วันท่านต้องทำอะไร

- ☐ ไปพบแพทย์
- ☐ ลดปริมาณอหกร
- ☐ ออกกั้ร่างกายเพิ่มขึ้น

22. หากเกิดอการเหนื่อยหอบมากขึ้นในวันเสาร์ท่านจะอย่างไร

- ☐ พบแพทย์ที่ห้องฉุกเฉินทันที
- ☐ พบแพทย์ที่ห้องฉุกเฉินในวันนั้ด
- ☐ พบแพทย์ที่คลินิกโรคหัวใจในวันนั้ด

ส่วนที่ 4 แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ

คำชี้แจง ขอให้ท่านพิจารณาและเลือกคำตอบที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อโดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องหลังข้อความที่ตรงกับสภาวะจริงที่ท่านประสบอยู่

ข้อความ	ไม่เห็น ด้วย ที่สุด	ไม่เห็น ด้วย อย่าง มาก	ไม่เห็น ด้วย เล็กน้อย	มีเห็น เป็น กลาง	เห็น ด้วย เล็กน้อย	เห็น ด้วย อย่าง มาก	เห็น ด้วย ที่สุด
1.ฉันมีคนที่ยกย่องให้ความช่วยเหลือ เมื่อยามที่ฉันต้องการ							
2. ฉันมีคนที่ยกย่องที่สามารถแบ่งปันความสุขและความทุกข์ได้							
:							
:							
:							
12. ฉันสามารถพูดคุยปัญหาของฉันกับเพื่อนของฉันได้							

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามวิถีชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว

คำชี้แจง ท่านคิดว่าภาวะหัวใจล้มเหลวมีผลต่อชีวิตความเป็นอยู่ของท่านอย่างไร โดยท่านทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องหลังข้อความที่ตรงกับสภาวะจริงที่ท่านประสบในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา

ข้อความ	ไม่มีผล กระทบ	มีผล กระทบ เล็กน้อย	มีผล กระทบ น้อย	มีผล กระทบ ปาน กลาง	มีผล กระทบ มาก	มีผล กระทบ มากที่สุด
1. ทำให้มีอาการบวมที่ ปลายมือและเท้า ขาและ ข้อเท้า						
2. ทำให้ต้องนั่งพักหรือ นอนตอนกลางวันหรือ ในระหว่างทำงาน						
3. ทำให้เดินหรือขึ้นลง บันไดลำบาก						
:						
:						
:						
21. ทำให้รู้สึกซึมเศร้า						

ภาคผนวก ข

การสร้างเครื่องมือแบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน สำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือและการทดสอบ

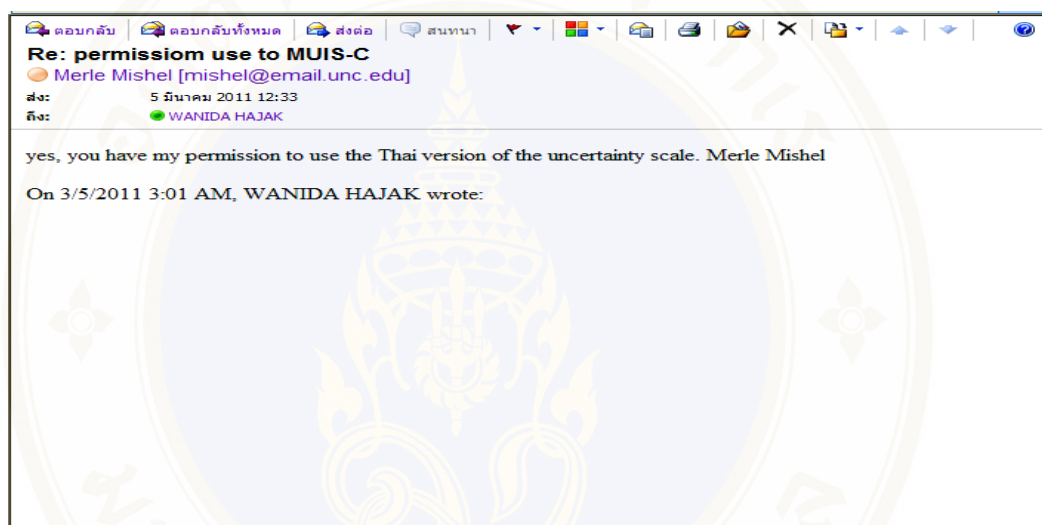
การสร้างแบบวัดความแตกฉานด้านสุขภาพผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาแนวคิดความแตกฉานด้านสุขภาพจาก ตำรา และงานวิจัยในประเทศไทยความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ป่วยตา (กัญญา แซ่โก, 2552) และความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่มารับการเจาะชั้นเนื้อตับ (จารุวรรณ กองแก้ว, 2551) และงานวิจัยในต่างประเทศ (Baker, 2006; Dennison et al., 2010; Morrow et al., 2006; Parker, Baker, Williams, & Nurss, 1995)
2. ศึกษากระบวนการบริการของคลินิกโรคหัวใจและเอกสารการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับบริการ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
3. การศึกษาข้อมูลและความรู้ที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องได้รับเพื่อใช้ในการดูแลตนเอง จากตำรา และงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ
4. กำหนดโครงสร้างและขอบเขตของเนื้อหา ให้มีความชัดเจน สร้างแบบสอบถามให้ครอบคลุมความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ดังแสดงในตาราง
5. สร้างแบบสอบถามอยู่บนพื้นฐานของคุณสมบัติของความแตกฉานด้านสุขภาพ คือ ความสามารถในการอ่าน การคิดคำนวณ และความเข้าใจต่อข้อมูลสุขภาพ/ บริการที่ได้รับ และเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาการจำข้อมูลไม่ได้ ในการประเมินความสามารถในการอ่าน และความเข้าใจ จึงสร้างแบบประเมินให้ผู้ถูกประเมินอ่านข้อความที่อยู่ในกล่องสี่เหลี่ยม แล้วตอบคำถามตามความเข้าใจ โดยจะมีตัวเลือกให้ผู้ถูกทดสอบได้เลือก 3 ตัวเลือก จำนวน 22 ข้อ
6. นำแบบประเมินที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องความตรงในเนื้อหา การใช้ภาษา ความชัดเจนของการใช้ภาษา ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) (Polit & Beck, 2008) CVI = 0.91

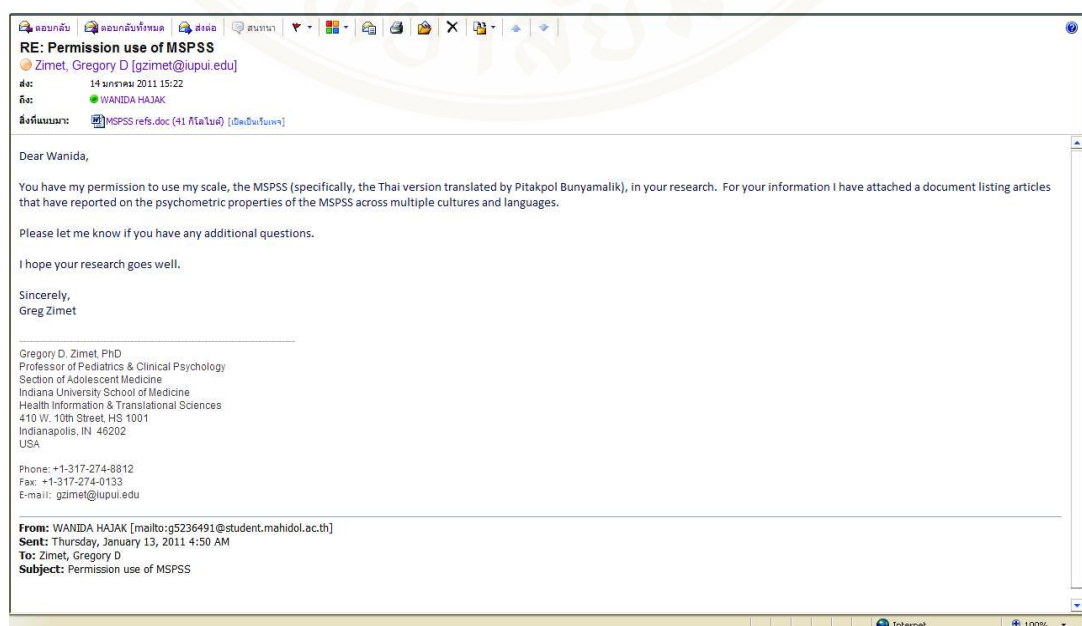
ภาคผนวก ณ

เอกสารรับรองการขออนุญาตใช้เครื่องมือในการวิจัย

1. แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับชุมชน



2. แบบสอบถามการช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ



3. แบบสอบถามวิถีชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว



UNIVERSITY OF MINNESOTA
Driven to DiscoverSM

Please read the terms and conditions of this license agreement ("Agreement") carefully. By clicking the "Agree" or "Agree/Print" button, you are agreeing to the following terms and conditions on behalf of the Licensee identified below and you represent and warrant that you are authorized to do so.

Please describe how the MLHF Questionnaire will be used in the project covered by this LICENSE:

License Fee:

License Fee is \$0.00 USD, payable upon checkout.

Licensee: Wanida Hachuk

Company - Mahidol University

Contact Email - wanida_whk@hotmail.com

Contact Phone - 0852292033

And residing or doing business at -

faculty of Nursing Mahidol University

Bangkok, Bangkok 10700

Thailand

TERMS AND CONDITIONS - The following terms and conditions govern this Agreement by and between the Regents of the University of Minnesota, a constitutional corporation under the laws of the State of Minnesota, ("University") and the Licensee.

Definitions - For purposes of this agreement, the following terms have the following meanings.

"Accompanying Documentation" means the following:

The Overview Document (123 KB .PDF)

"Approved Copies" means duplicates of the Work that shall include the statement below:

©1986 Regents of the University of Minnesota, All rights reserved. Do not copy or reproduce without permission. LIVING WITH HEART FAILURE® is a registered trademark of the Regents of the University of Minnesota.

ถึง Wanida Hachuk

จาก: grutk004@gmail.com ในนามของ Carol Grutkoski (grutk004@umn.edu)

ส่งเมื่อ: 27 กุมภาพันธ์ 2555 21:14:31

ถึง: Wanida Hachuk (wanida_why@hotmail.com)

Wanida,

You need an Educational license if you are using the Questionnaire in a thesis.

Go to http://www.license.umn.edu/Products/Minnesota-Living-With-Heart-Failure-Questionnaire_Z94019.aspx.

In the gray box with the list of licenses, click on "Educational Use License"

Click on "Add to Cart"

Fill in all of the information in the pop up window, you can use your university name as the company

Click "Submit"

Enter a short description of how you will use the Questionnaire in the text box labeled "Please describe how the MLHF Questionnaire will be used in the project covered by this license?" You may need to scroll down a line or two to see this text box.

Click "Agree"

Click "Check Out"

Click "Next"

Click "Place Order"

Click "Download" next to each of the documents to open each one. You can also open your license as a file from this page.

This is all you need to do to use the MLFHQ in your thesis. You do not need to send anything to the University of Minnesota.

Carol

Carol S. Grutkoski
Office for Technology Commercialization
University of Minnesota
grutk004@umn.edu

ภาคผนวก ญ

ตรวจสอบการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality distribution) ของตัวแปรแต่ละตัว

โดยใช้ Kolmogorov Smirnov test

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		ความรู้สึกลึก ไม่แน่นอน ในความ เจ็บป่วย	ความ แตกฉานด้าน สุขภาพ	คุณภาพ ชีวิต	การ สนับสนุน ทางสังคม
N		85	85	85	85
Normal Parameters ^a	Mean	73.0706	12.9176	59.3294	55.9765
	Std. Deviation	11.34396	3.88897	13.87048	8.71094
Most Extreme Differences	Absolute	.121	.079	.062	.096
	Positive	.057	.079	.046	.063
	Negative	-.121	-.057	-.062	-.096
Kolmogorov-Smirnov Z		1.118	.731	.575	.882
Asymp. Sig. (2-tailed)		.164	.659	.896	.418

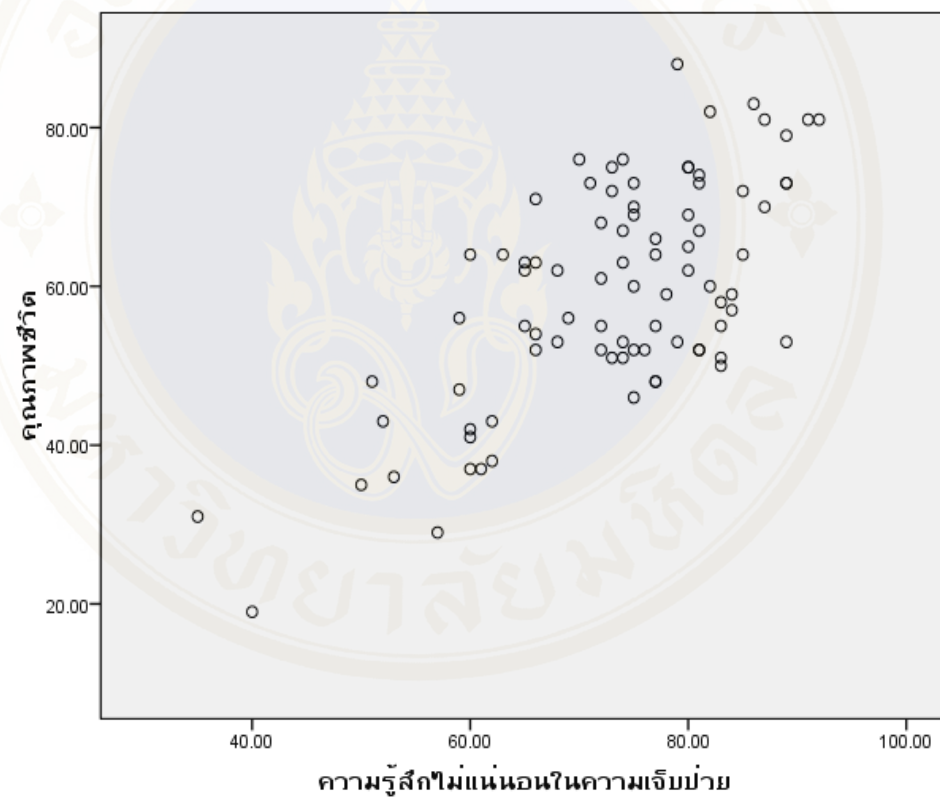
a. Test distribution is Normal.

ภาคผนวก ก

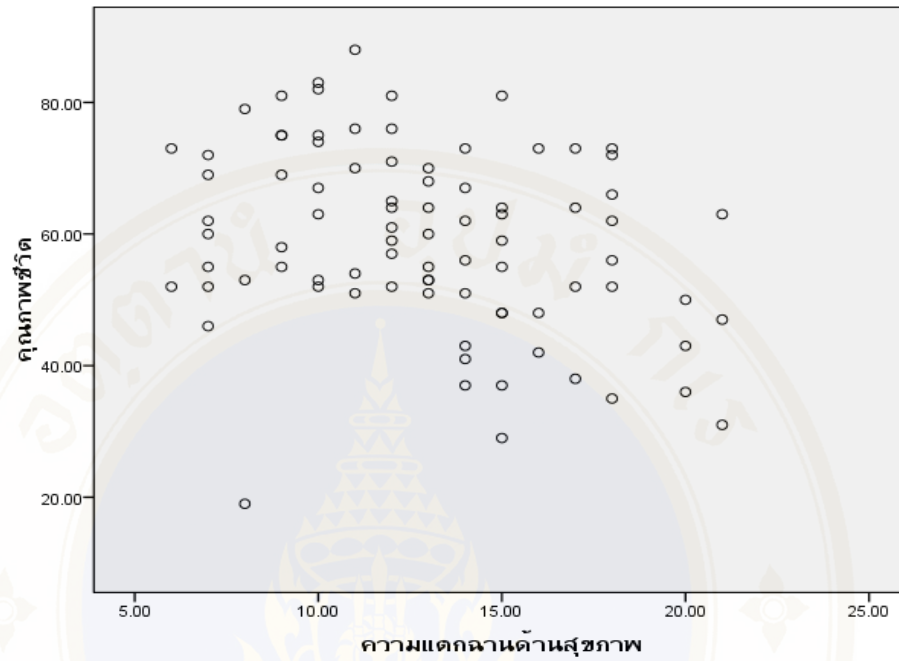
ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity)

ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามแต่ละคู่โดยการทำ Scatter plot

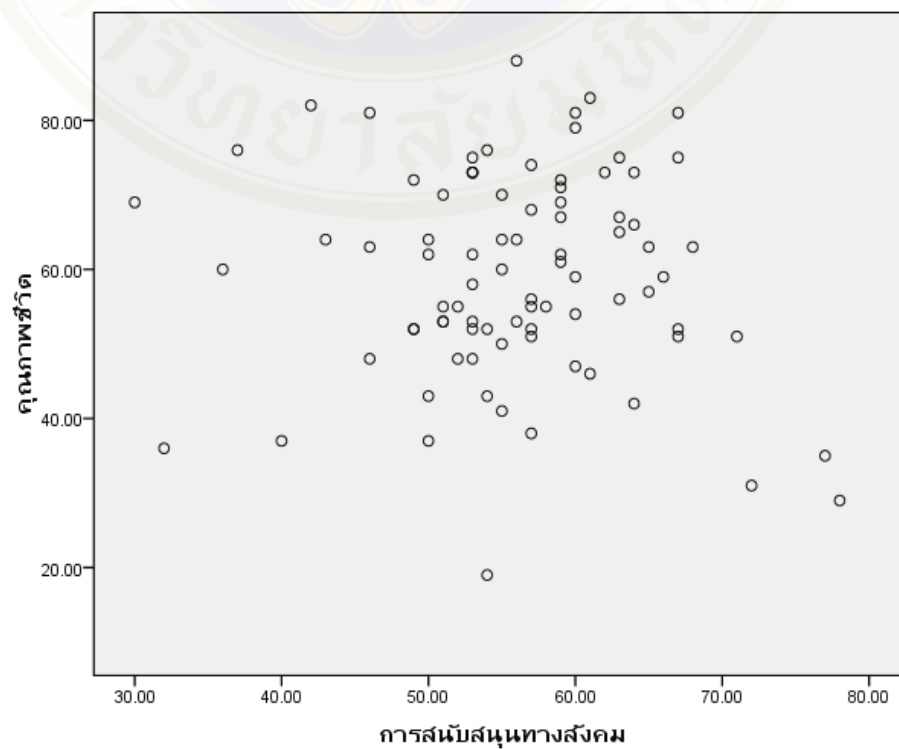
1. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับคุณภาพชีวิต



2. ความแตกต่างด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิต

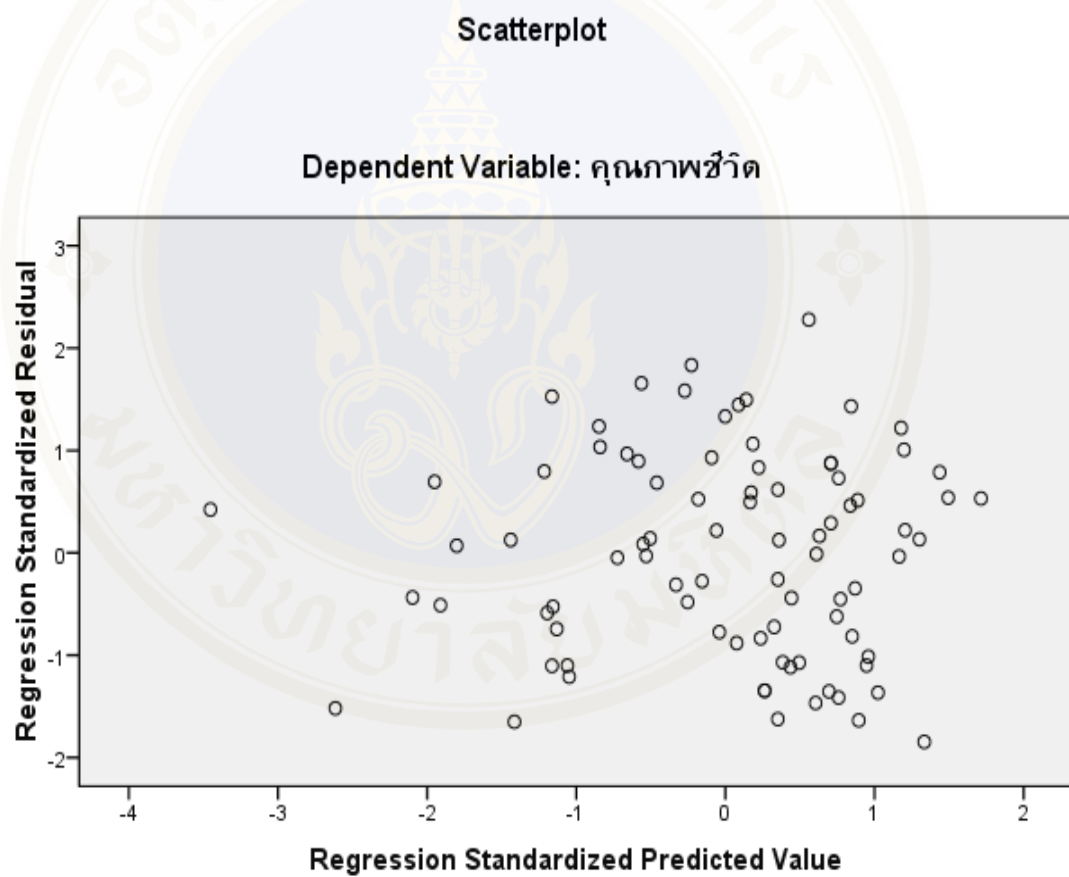


3. การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต



ภาคผนวก ก

ตรวจสอบค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระทุกตัวต้องมีค่าคงที่ (Homocedasticity) โดยพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่าง Regression Standardized Predicted Value กับ Regression Standardized Residual Value



ภาคผนวก จู

ตารางแสดงจำนวน ร้อยละ การเปรียบเทียบข้อมูลและตัวแปร

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยแยกตามความรุนแรง

ระดับความรุนแรง	ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย		
	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง
NYHA class II	6 (10.34%)	22 (37.93%)	30 (51.73%)
NYHA class III		5 (18.52%)	22 (81.48%)

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน และร้อยละความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยแยกตามเพศ

เพศ	ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย		
	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง
เพศหญิง	2 (4%)	15 (30%)	33 (66%)
เพศชาย	4 (11.43%)	12 (34.29%)	19 (54.28%)

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน และร้อยละความแตกฉานด้านสุขภาพแยกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	ความแตกฉานด้านสุขภาพ		
	ไม่เพียงพอ	กำลัง	เพียงพอ
ประถมศึกษา	34 (57.63%)	18 (30.51%)	7 (11.86%)
มัธยมศึกษาตอนต้น		4 (57.14%)	3 (42.86%)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	4 (50%)	3 (37.5%)	1 (12.5%)
ปริญญาตรี	2 (20%)	3 (30%)	5 (50%)
ปริญญาโท			1 (100%)

ตารางที่ 4 แสดงจำนวน และร้อยละความแตกฉานด้านสุขภาพแยกตามวัย

วัย	ความแตกฉานด้านสุขภาพ		
	ไม่เพียงพอ	กำลัง	เพียงพอ
วัยผู้ใหญ่ (18-60 ปี)	13 (28.89%)	20 (44.44%)	12 (26.67%)
วัยสูงอายุ (มากกว่า 60 ปี)	27 (67.5%)	8 (20%)	5 (12.5%)

ตารางที่ 5 แสดงจำนวน และร้อยละความแตกฉานด้านสุขภาพแยกตามความเพียงพอของรายได้

ความเพียงพอของ รายได้	ความแตกฉานด้านสุขภาพ		
	ไม่เพียงพอ	กำลัง	เพียงพอ
เพียงพอ	9 (34.62%)	10 (38.46%)	7 (26.92%)
ไม่เพียงพอ	31 (52.55%)	18 (30.50%)	10 (16.95%)

ตารางที่ 6 แสดงจำนวน และร้อยละคุณภาพชีวิตแยกตามระดับความเพียงพอของรายได้

ความเพียงพอของ รายได้	คุณภาพชีวิต		
	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง
เพียงพอ	6 (23.08%)	15 (57.69%)	5 (19.23%)
ไม่เพียงพอ	24 (40.68%)	31 (52.54%)	4 (6.78%)

ตารางที่ 7 แสดงจำนวน และร้อยละคุณภาพชีวิตแยกตามระดับความรุนแรง

ระดับความรุนแรง	คุณภาพชีวิต		
	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง
NYHA class II	9 (15.52%)	40 (68.96%)	9 (15.52%)
NYHA class III	21 (77.78%)	6 (22.22%)	

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล	นางสาววนิดา หาจักร
วัน เดือน ปีเกิด	22 พฤศจิกายน 2521
สถานที่เกิด	จังหวัดศรีสะเกษ
วุฒิการศึกษา	มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2540-2544 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2552-2555 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ที่อยู่ปัจจุบัน	34 หมู่ที่ 7 ตำบลหนองไผ่ อำเภอมือ จังหวัดศรีสะเกษ 33000 E-mail: wanida_whk@hotmail.com
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและสถานที่ทำงาน	ตำแหน่งอาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี