

ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการ และภาวะการทำหน้าที่
ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2555

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการ และภาวะการทำหน้าที่
ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

วสนุ สุวรรณศรี

นางสาววสนา สุวรรณศรี

ผู้วิจัย

Dr. Ph.D. Nursing

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

วสนุ สุวรรณศรี

อาจารย์นักตรรก ทุมวิภาต,
พ.บ., ว.ว. อายุรศาสตร์โรคหัวใจ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

วสนุ สุวรรณศรี

อาจารย์วิชาชุดา เจริญกิจการ,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

วสนุ สุวรรณศรี

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

วสนุ สุวรรณศรี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์,

Ph.D. (Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการ และภาวะการทำหน้าที่
ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

วันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2555

ธวัช ชื่นมณี .

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ชื่นมณี ชื่นมณี,

D.N.S. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

กานดา สุวรรณรัตน์

นางสาวกานดา สุวรรณรัตน์

ผู้วิจัย

ดร. ชื่นมณี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ชื่นมณี ภิญญากาศกุล,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ดร. ชื่นมณี

รองศาสตราจารย์ ชื่นมณี พงศ์ถาวรกุล,

Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ดร. ชื่นมณี

อาจารย์ฉัตรกนก ทุมวิภาต,

พ.บ., ว.ว. อายุรศาสตร์โรคหัวใจ

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ดร. ชื่นมณี

อาจารย์วิชชุดา เจริญกิจการ,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ดร. ชื่นมณี

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ดร. ชื่นมณี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พรทิพย์ อาปนกะพันธ์,

ค.ม. (วิจัยการศึกษา)

รองคณบดีฝ่ายงบประมาณและการคลัง

รักษาการแทนคณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล อาจารย์ที่ปรึกษาหลักวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร.วิชชุดา เจริญกิจการ และอาจารย์นายแพทย์ฉัตรกนก ทุมวิภาต อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางถ่ายทอดความรู้และให้ข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการทำวิทยานิพนธ์ ให้กำลังใจเป็นอย่างดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาจากอาจารย์ จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. คณินิจ พงศ์ถาวรกุล ประธานกรรมการสอบ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชูชื่น ชีวพูนผล กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์เพ็ญจันทร์ เสรีวัฒนา รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาสละเวลาอันมีค่าในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ และขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาช่วยแก้ไขข้อบกพร่อง และให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ เพื่อให้งานวิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลตลอดจนเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ และอำนวยความสะดวกเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอบพระคุณผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และยังได้ให้แง่คิดมุมมองในอีกด้านหนึ่งของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ พี่น้อง ลูกสาวที่เป็นกำลังใจและห่วงใยเสมอมา ขอบคุณคุณเสกสรรค์ ใจดี ที่ได้ให้ความช่วยเหลือทุกด้าน และเป็นกำลังใจที่ดีเสมอ ทำให้ผู้วิจัยสามารถทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี ตลอดจนขอบคุณทุกท่านที่มีได้เอ่ยนามไว้ ณ ที่นี้ด้วย คุณประโยชน์ที่เกิดจากงานวิจัยนี้ขอบแต่ บุญกวี คณาจารย์และทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และผู้ป่วยทุกท่าน

วาสนา สุวรรณศรี

ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
SYMPTOM EXPERIENCES, SYMPTOM MANAGEMENT, AND FUNCTIONAL STATUS IN PATIENTS
WITH HEART FAILURE

วาสนา สุวรรณรัตน์ 5136749 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, Ph.D. (NURSING), วิชชุดา เจริญกิจการ, Ph.D. (NURSING),
ฉัตรกนก ทุมวิภาด, พ.บ., ว.ว. อายุรศาสตร์โรคหัวใจ

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการ ภาวะการทำหน้าที่ และความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับการตรวจรักษาที่หน่วยตรวจโรคหัวใจ โรงพยาบาลศิริราช คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก จำนวน 88 ราย เก็บข้อมูลโดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการ 3) แบบสัมภาษณ์วิธีการจัดการกับอาการโดยผู้ป่วย และ 4) แบบประเมินภาวะการทำหน้าที่ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์การมีอาการที่พบบ่อย 5 อันดับ ได้แก่ อาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น อ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง นอนไม่หลับหรือหลับยาก หายใจลำบากเหมือนนอนราบ และขา/เจ็บแปลบปลายมือปลายเท้า ตามลำดับ อาการที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่ามีความรุนแรงและทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับ ได้แก่ หายใจลำบากเหมือนนอนราบ หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น ตื่นลูกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน นอนไม่หลับหรือหลับยาก และอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง ตามลำดับ ส่วนใหญ่วิธีการจัดการกับอาการที่กลุ่มตัวอย่างใช้ประกอบด้วย การจัดทำ การควบคุมการหายใจ และการรับประทานนอนหลับ ในส่วนของภาวะการทำหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.69 (S.D. = 0.77) ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรกกับภาวะการทำหน้าที่โดยรวมในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าอาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางกับภาวะการทำหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.494^{**}$, $p < 0.01$) อาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น หายใจลำบากเหมือนนอนราบ นอนไม่หลับหรือหลับยาก และตื่นลูกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.047$, $r = -.036$, $r = -.112$, $r = -.103$ ตามลำดับ, $p > 0.05$)

จากผลการศึกษา ผู้วิจัยเสนอแนะว่า พยาบาลควรมีการประเมินประสบการณ์การมีอาการอย่างครอบคลุม และเลือกวิธีการจัดการกับอาการที่เหมาะสมในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อส่งเสริมและคงไว้ซึ่งภาวะหน้าที่ของผู้ป่วย โดยควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสบการณ์การมีอาการ และพัฒนาโปรแกรมหรือรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับการจัดการกับอาการด้วยตนเองเพื่อส่งเสริมภาวะหน้าที่ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ประสบการณ์การมีอาการ / การจัดการกับอาการ / ภาวะการทำหน้าที่ / ภาวะหัวใจล้มเหลว

SYMPTOM EXPERIENCES, SYMPTOM MANAGEMENT, AND FUNCTIONAL STATUS IN PATIENTS WITH HEART FAILURE**WASANA SUWANRATSAMEE 5136749 NSAN/M****M.N.S. (ADULT NURSING)****THESIS ADVISORY COMMITTEE: WANPEN PINYOPASAKUL, Ph.D. (NURSING),
VISHUDA CHAROENKITKARN, Ph.D. (NURSING),
CHATKANOK DUMAVIBHAT, M.D.****ABSTRACT**

This descriptive correlational study aimed to explore symptom experiences, symptom management, and functional status of patients with heart failure, and also to examine the relationship between symptom experiences and functional status in patients with heart failure. The symptom management model of Dodd and Colleagues (2001) was used as the conceptual framework of the study. The sample group, selected by means of convenience sampling, consisted of 88 patients with heart failure who attended the Heart Disease Clinic, Siriraj Hospital. Data were collected by using: 1) a demographic questionnaire, 2) a symptom experience questionnaire, 3) a symptom management questionnaire, and 4) a functional status questionnaire. Data were analyzed by means of frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's correlation coefficient.

The findings revealed that the five most frequently occurring symptoms experienced among the sample group were shortness of breath, fatigue, difficulty sleeping, difficulty breathing when lying flat, and numbness/tingling in hands or feet. The five most severe or distressing symptoms perceived by the participants were difficulty breathing when lying flat, shortness of breath, waking up breathless at night, difficulty sleeping, and fatigue. Symptom management strategies of the participants included repositioning, controlling breathing, and taking sleeping pills. The overall functional status of the sample group was at a good level, with a mean score of 3.69 (SD = 0.77). With regard to the relationship between the five most distressing symptoms and functional status of the participants, it was found that fatigue was negatively related to functional status with statistical significance at a moderate level ($r = -.494^{**}$, $p < 0.01$), whereas shortness of breath, difficulty breathing when lying flat, difficulty sleeping, and waking up breathless at night were not statistically related to functional status ($r = -.047$, $r = -.036$, $r = -.112$, and $r = -.103$, respectively, $p > 0.05$).

Based on the findings, the researchers recommend that nurses should comprehensively assess symptom experiences of patients with heart failure and choose appropriate methods of symptom management to promote and maintain their functional status. Further research should investigate factors influencing symptom experiences, while self management programs or models should be developed to improve the functional status of this group of patients.

**KEY WORDS: SYMPTOM EXPERIENCES / SYMPTOM MANAGEMENT /
FUNCTIONAL STATUS / HEART FAILURE**

186 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
สมมติฐานการวิจัย	6
กรอบแนวคิดการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย	7
นิยามตัวแปร	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
2.1 ภาวะหัวใจล้มเหลว	
2.1.1 ความหมายและอุบัติการณ์ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	11
2.1.2 พยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลว	11
2.1.3 สาเหตุและปัจจัยกระตุ้นการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว	14
2.1.4 ชนิดของภาวะหัวใจล้มเหลว	15
2.1.5 อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว	16
2.1.6 ผลกระทบจากภาวะหัวใจล้มเหลว	19
2.1.7 แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	21
2.2 แนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ	26

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
2.3 ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการและภาวะ การทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	30
2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ การมีอาการกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	43
2.5 บทสรุป	46
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	47
แหล่งเก็บข้อมูล	48
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	48
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	52
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	53
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	55
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	55
บทที่ 4 ผลการวิจัย	57
บทที่ 5 อภิปรายผลการวิจัย	82
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	103
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	108
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	124
รายการอ้างอิง	140
ภาคผนวก	155
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย	156
ภาคผนวก ข เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือ	157
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	167
ภาคผนวก ง คำชี้แจงพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย	177
ภาคผนวก จ การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	182
ประวัติผู้วิจัย	186

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	59
4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	62
4.3 จำนวนและร้อยละของอาการที่เกิดขึ้นของกลุ่มตัวอย่าง	65
4.4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการเกิดอาการที่พบ และร้อยละของความถี่ในการเกิดอาการ	67
4.5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการเกิดอาการที่พบ และร้อยละของความรุนแรงในการเกิดอาการ	69
4.6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการเกิดอาการที่พบ และร้อยละของความทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน	71
4.7 จำนวนและร้อยละของวิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน 5 อันดับแรก	74
4.8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะการทำหน้าที่	75
4.9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	76
4.10 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะการทำหน้าที่ด้านอารมณ์	77
4.11 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะการทำหน้าที่ด้านเศรษฐกิจและสังคม	78
4.12 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ และภาวะการทำหน้าที่โดยรวม ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	79
4.13 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ และภาวะการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	79
4.14 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ และภาวะการทำหน้าที่ด้านอารมณ์ ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	80
4.15 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ และภาวะการทำหน้าที่ด้านเศรษฐกิจ และสังคมในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	81

สารบัญภาพ

ภาพ	หน้า
1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย	7
2.1 กรอบแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001)	27



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) เป็นภาวะที่มีอาการรุนแรงในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจ และหลอดเลือด เป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการตายในประเทศแถบโลกตะวันตก (World Health Organization, 2011) และมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้น (Jurgens, 2006) ประชากรประมาณ 15 ล้านคนในโลก (ราว 2-3% ของประชากรทั้งหมด) ได้รับความทุกข์ทรมานจากภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (Sharon et al., 2002) โดยพบเป็นผู้ป่วยรายใหม่เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวขึ้นประมาณ 400,000 - 700,000 ราย (Stanley & Prasun, 2002) ในประเทศสหรัฐอเมริกาผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวประมาณ 6,000,000 ราย เป็นผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้นประมาณ 500,000 รายต่อปี ในขณะที่ทั่วโลกมีผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวรายใหม่เกิดขึ้น 2,000,000 รายต่อปี ส่วนในกลุ่มประเทศยุโรปมีผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวมากกว่า 6,500,000 ราย ทำให้สหรัฐอเมริกาต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา 10 - 38 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ (American Heart Association, 2011) ภาวะหัวใจล้มเหลวจึงเป็นปัญหาหลักที่มีความสำคัญทั้งทางด้านสาธารณสุขและด้านเศรษฐกิจของนานาประเทศ

ในประเทศไทย ข้อมูลสถิติจากกระทรวงสาธารณสุขที่รวบรวมอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหัวใจ ซึ่งรวมถึงภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า ในปี พ.ศ. 2546 - 2550 อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหัวใจมีถึง 27.7, 26.8, 28.2, 28.4, 27.5 ต่อประชากรแสนราย ตามลำดับ และในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา ยังไม่มีแนวโน้มลดลงแต่อย่างใด โดยในปี พ.ศ. 2552 ได้เริ่มมีการเก็บรวบรวมสถิติจำนวนและอัตราผู้ป่วยในของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งประเทศ พบว่ามีจำนวน 142,743 ราย และมีอัตราผู้ป่วยใน 224.94 ต่อประชากรแสนราย (กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2550) แต่จากสถิติผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจากโรงพยาบาลศิริราชในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 - 2552 มีจำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งเท่ากับ 1,704, 1,973, 2,138, 1,993, 1,985 ราย ตามลำดับ และมีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน เท่ากับ 1,122, 1,159, 1,421, 1,503, 1,494 ราย ตามลำดับ (งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลศิริราช, 2553)

ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของหัวใจ ทำให้ไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะและเนื้อเยื่อต่างๆ ได้เพียงพอ (Grady et al., 2000; Hunt et al., 2005; Porth, 1994; Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2008) จากการสูญเสียหน้าที่การบีบตัวของหัวใจ ความผิดปกติของการเผาผลาญในระดับเซลล์เนื่องจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงลดลง และความผิดปกติในการทำหน้าที่ของระบบการไหลเวียนและอวัยวะต่างๆ มีการตอบสนองไวต่อความผิดปกติของระบบฮอร์โมนเรนินแองจิโอเทนซิน - อัลโดสเตอโรน (Renin-Angiotensin-Aldosterone System: RAAS) ส่งผลให้เกิดอาการและอาการแสดงต่างๆ เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากการกั่งของของเหลวในระบบไหลเวียนโลหิต โดยมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงเกิดขึ้นหลากหลายอาการ เช่น อาการหายใจลำบาก อาการอ่อนล้า บวม อาการนอนไม่หลับ ซึมเศร้า เจ็บแน่นหน้าอก วิตกกังวล (Hunt et al., 2005; Nordgren & Sörensen, 2003; Packer & Cohn, 1999; The Heart Failure Society of America: HFSA, 2006) โดยทั่วไป ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการแบ่งระดับความรุนแรงของอาการ โดยวัดจากระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจ ตามการจำแนกของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association: NYHA) เป็น 4 ระดับ (Functional class) โดย functional class I และ II เป็นกลุ่มที่มีการพยากรณ์ของโรคที่ดี และผู้ป่วยจะมารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยนอก สำหรับ functional class III และ IV การพยากรณ์ของโรคจะไม่ดี และส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล (American Heart Association, 2011) โดยพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่กลับมาโรงพยาบาลเนื่องจากอาการต่างๆ กำเริบ หรือมีอาการที่รุนแรงเป็นสาเหตุ (Hing, Cherry, & Woodwell, 2004)

จากผลการศึกษาของ Bekelman และคณะ (2007) ซึ่งทำการศึกษาในผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ 2 แห่ง จำนวน 60 ราย พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีประสบการณ์การเกิดอาการขึ้นหลายอาการ เฉลี่ยประมาณ 9 อาการในหนึ่งสัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล และผลการศึกษาของ Zambroski, Moser, Bhat และ Ziegler (2005) พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจ functional class II - IV จำนวน 53 รายต้องเผชิญกับอาการต่างๆ โดยกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การมีอาการจากภาวะหัวใจล้มเหลวเฉลี่ย 15 อาการ และพบว่ามีตั้งแต่ 7 - 23 อาการในมิติของความถี่ ความรุนแรง และความรู้สึกทุกข์ทรมาน เช่น อาการอ่อนล้า (Fatigue) อาการหายใจลำบาก (Dyspnea) และอาการนอนไม่หลับหรือนอนหลับยาก (Difficulty sleeping) เป็นส่วนใหญ่ นอกจากนี้ ผลจากการศึกษาของ Oguz และ Enc (2008) พบว่าอาการสำคัญที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และต้องมาพบแพทย์เป็นอันดับแรกๆ ได้แก่ อาการหายใจลำบาก (Dyspnea) อาการอ่อนล้า (Fatigue) และบวม (Edema) ความถี่และความรุนแรงของอาการเหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรับรู้ว่าเป็นความทุกข์ทรมานรบกวนการดำเนินชีวิตตลอด

ระยะเวลาที่มีอาการ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทำให้ถูกจำกัดกิจกรรม (อุดมลักษณ์ สุภาวงศ์, 2548; Blinderman et al., 2008; Jurgens et al., 2009) ผลกระทบต่างๆที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดอาการซึมเศร้ามีผลกระทบด้านจิตใจ และยังส่งผลย้อนกลับทำให้เกิดอาการทางด้านร่างกายเกิดขึ้นมากมายและรุนแรงตามมา (Bekelman et al., 2007; Friedman & Griffin, 2001)

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะที่มีการดำเนินของโรคอย่างต่อเนื่อง และยากที่จะพยากรณ์ในอาการและอาการแสดงที่จะเกิดขึ้น จากการทบทวนรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยต้องเผชิญกับหลากหลายอาการที่เกิดขึ้นพร้อมๆกัน ในมิติของความถี่ ความรุนแรง และความรู้สึกรู้สึกทุกข์ทรมานตลอดระยะเวลาที่มีอาการ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และโดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้ถูกจำกัดกิจกรรมลงไป ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (อุดมลักษณ์ สุภาวงศ์, 2548; Blinderman et al., 2008; Jurgens et al., 2009)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือภาวะการทำหน้าที่ (Functional Status) จัดเป็นองค์ประกอบที่สำคัญองค์ประกอบหนึ่งของคุณภาพชีวิต ซึ่งช่วยทำนายการพยากรณ์โรคตลอดจนอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้ (Allard, Dionne, & Potvin, 1995; Wang, 2004) จากการศึกษาของ Song, Moser และ Lennie (2009) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพศหญิงที่มีประสบการณ์อาการทางร่างกายที่ทุกข์ทรมาน ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และหากไม่ได้รับการดูแลรักษาหรือจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นดังกล่าว อาการนั้นๆ อาจมีความรุนแรงมากขึ้น ส่งผลกระทบอย่างยิ่งต่อภาวะการทำหน้าที่มากขึ้น การศึกษาของ Hägglund และคณะ (2007) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกับคุณภาพชีวิต พบว่ามีผลกระทบเชิงลบในด้านภาวะการทำหน้าที่ด้านร่างกาย สอดคล้องกับงานวิจัยอื่นๆ (Blinderman et al., 2008; Song et al., 2009; Zambroski et al., 2005) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Heo และคณะ (2008) ศึกษาถึงปัจจัยทำนายอาการทางร่างกายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 95 ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 84 ราย มีอาการหายใจลำบาก และอาการอ่อนล้า ในระหว่างการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และร้อยละ 94 ของผู้ป่วยต้องสูญเสียภาวะการทำหน้าที่ไปจากอาการดังกล่าว

Dodd และคณะ (Dodd et al., 2001) ได้พัฒนาแบบจำลองการจัดการอาการ (Symptom management model) ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์ หลักคือ ประสบการณ์การมีอาการ วิธีการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ ซึ่งประสบการณ์อาการครอบคลุมใน 3 มิติ ได้แก่ การรับรู้อาการ (Perception of

Symptoms) การประเมินอาการ (Evaluation of Symptoms) และการตอบสนองต่ออาการ (Response to Symptoms) โดยอธิบายแนวคิดที่ว่า ถ้าบุคคลเชื่อว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่คุกคามต่อตนเอง บุคคลนั้นก็จะรับรู้ความรุนแรงของอาการสูงขึ้น ทำให้มีการตอบสนองต่ออาการมากขึ้น โดยอาการที่รุนแรงจะมีผลกระทบต่อภาวะการทำหน้าที่ของร่างกาย ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลง เนื่องจากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมักมีการดำเนินของโรคอย่างต่อเนื่อง การศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการที่เกี่ยวข้องกับภาวะหัวใจล้มเหลว จะช่วยให้ได้ข้อมูลปัญหาอาการที่เกิดขึ้น รวมทั้งความรุนแรงของปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้น เพื่อหาแนวทางการจัดการกับอาการที่เหมาะสมต่อไป จากการศึกษาของ Clark และ Lan (2004) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการรับรู้ความจำเป็นในการดูแลตนเองหลังออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 33 ราย พบว่าข้อมูลเรื่องอาการและอาการแสดงในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นความรู้ที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอยากรู้มากที่สุด เพื่อรับรู้เกี่ยวกับอาการ ความรุนแรง และผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง รวมทั้งวิธีการจัดการกับอาการที่เหมาะสม เช่นเดียวกับการศึกษาของ เกศรา ไชคนาชัยศิริ (2554) พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวในระดับน้อย หากผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว การปฏิบัติตน การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการและการจัดการกับอาการในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศไทยยังมีจำนวนน้อย การศึกษาส่วนใหญ่มักกระทำในผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ เช่นในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง (พิชญดา คงศักดิ์ตระกูล, 2547; รติรส แมลงภู่อทอง, คณินิจ พงศ์ถาวรกุล, อรวรรณ ศรียุคตศุทธ, และ นพดล ไสภารัตนาไพศาล, 2552) และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ไพรวลัย โคตรตะ, 2547) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบการศึกษาของนุชรรัตน์ ฉัตรวิชัย (Chatvichai, 2003) ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการบรรเทาอาการหายใจลำบากและความรู้เพื่อควบคุมอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แต่ในสภาพความเป็นจริงผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องเผชิญกับอาการหลากหลายอาการที่เกิดขึ้นพร้อมๆ กัน ผู้ป่วยอาจประเมินการรับรู้ความรู้สึกทุกข์ทรมานไม่เท่ากัน อย่างไรก็ตาม การศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในต่างประเทศทำให้ทราบถึงภาพรวมของอาการและอาการแสดงในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมากขึ้นแต่ยังไม่ครอบคลุมในเรื่องการจัดการกับอาการเหล่านั้นในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

จากการทบทวนเอกสารและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีการศึกษาถึงประสบการณ์การมีอาการในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องเผชิญกับอาการหลากหลายอาการพร้อมๆ กัน ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์ต่อภาวะการทำหน้าที่ที่แตกต่างกัน ในมิติของความถี่ ความ

รุนแรง และความรู้สึกทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิต (Zambroski et al., 2005) มีวิธีการจัดการกับอาการที่แตกต่างกันไป ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ตามกรอบแนวคิดการจัดการกับอาการ (Symptom management model) ของ Dodd และคณะ (2001) ซึ่งครอบคลุมประสบการณ์การมีอาการใน 3 มิติ ได้แก่ การรับรู้อาการ (Perception of symptoms) การประเมินอาการ (Evaluation of symptoms) และการตอบสนองต่ออาการ (Response to symptoms) เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับลักษณะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และเพื่อใช้ในการวางแผนการจัดการกับอาการในการลดความรุนแรง ความถี่ หรือความรู้สึกทุกข์ทรมานหรือรบกวนการดำเนินชีวิตที่เกิดขึ้น เพื่อบรรเทาความไม่สบายหรือรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมทั้งเป็นการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) ที่พบในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นอย่างไร
2. ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการจัดการกับอาการ (Symptom management) ที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรกเป็นอย่างไร
3. ภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นอย่างไร
4. ประสบการณ์การมีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรกใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการต่างๆในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
2. เพื่อศึกษาวิธีการจัดการกับอาการต่างๆ โดยตัวผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
3. เพื่อศึกษาภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรกกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

สมมติฐานการวิจัย

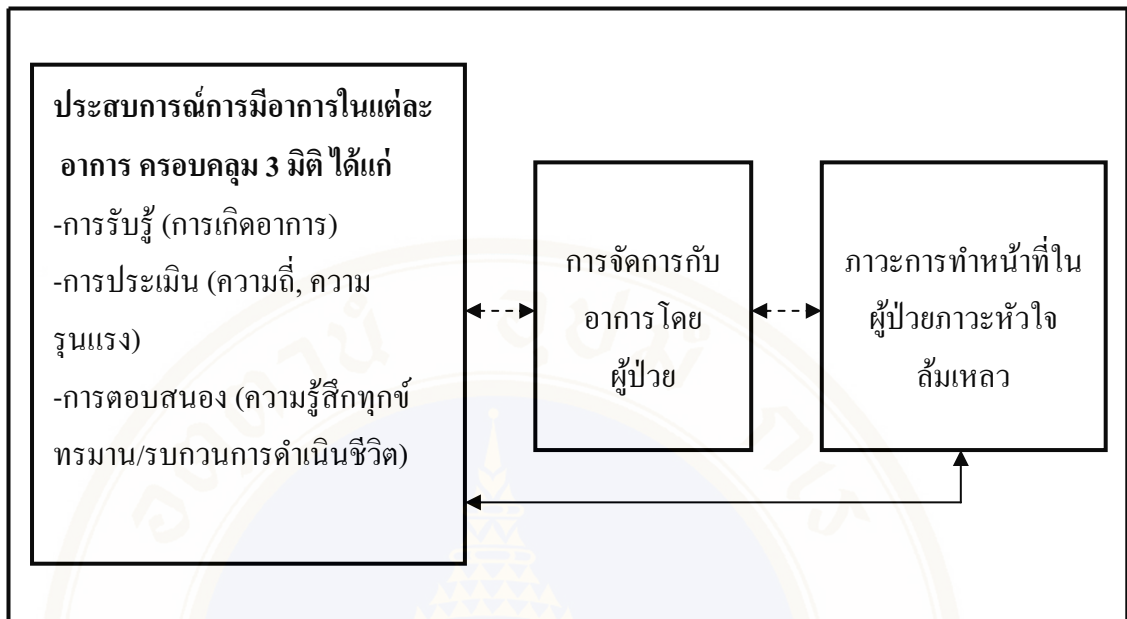
ประสบการณ์การมีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรก มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) เป็นกรอบแนวคิดการวิจัยที่อธิบายถึงมโนทัศน์หลัก 3 มโนทัศน์ โดยกล่าวว่า การจัดการกับอาการมีจุดเริ่มต้นจากการที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experiences) จากนั้นจึงมีการจัดการกับอาการ (Symptom management) ซึ่งเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตรและมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา มีเป้าหมายเพื่อหลีกเลี่ยงหรือชะลอผลจากอาการที่เกิดขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการต่างๆ จนกว่าผู้ป่วยพึงพอใจกับผลการจัดการนั้น ผู้ป่วยจะมีการประเมินผลลัพธ์ (Outcomes) ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากประสบการณ์การมีอาการ และการจัดการกับอาการที่ผู้ป่วยใช้ในการจัดการกับอาการด้วยตนเอง การรับรู้ประสบการณ์การมีอาการและการจัดการกับอาการได้รับอิทธิพลจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านบุคคล ด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย และด้านสิ่งแวดล้อม

ตามกรอบแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) ที่กล่าวมา ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องเผชิญกับอาการต่างๆ จากการดำเนินของโรคอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยต้องแสวงหาวิธีการจัดการกับอาการต่างๆ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยแต่ละคนมีวิธีการจัดการกับอาการที่แตกต่างกัน ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะมีอาการเกิดขึ้นเช่นเดียวกันเนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคนก็มีการรับรู้เกี่ยวกับร่างกายและพฤติกรรม การประเมินให้ความหมายของอาการ การตัดสินใจเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค รวมถึงการประเมินผลเพื่อประกอบการตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการกับอาการเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วย จากการที่ผู้ป่วยมีการรับรู้และการจัดการกับอาการที่แตกต่างกัน

การจัดการกับอาการเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะการทำหน้าที่และส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว บุคลากรทางสุขภาพต้องมีความรู้และความเข้าใจในปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยสรุปเป็นกรอบแนวคิด ดังภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย โดยประยุกต์จากกรอบแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001)

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการ ภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรก กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ประชากรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจตามการจำแนกของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก ในระดับ Functional class II, III ซึ่งมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช ณ 2 หน่วยงานคือ หน่วยตรวจโรคหัวใจ ตึกผู้ป่วยนอก และหน่วยตรวจพิเศษหัวใจและหลอดเลือด อาคารศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ชั้น 6 ระยะเวลาการศึกษาตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2554 - มีนาคม พ.ศ. 2555

นิยามตัวแปร

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว สาเหตุมาจากโรคหัวใจและหลอดเลือด มีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจตามการจำแนกของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association) Functional class II, III โดยพิจารณาจากระดับของกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้และอาการที่เกิดขึ้น (ACC/AHA, 2001) ดังนี้

Functional class II หมายถึง ผู้ที่เป็นโรคหัวใจสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และทำกิจกรรมต่างๆที่เคยทำได้ เช่น ล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร ขับถ่าย เดินทางราบ เดินขึ้นบันได แต่จะมีอาการเหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย ใจสั่น หรือเจ็บแน่นหน้าอก แต่เมื่อได้พักแล้วจะรู้สึกสบายขึ้น

Functional class III หมายถึง ผู้ที่เป็นโรคหัวใจสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และทำกิจกรรมต่างๆ ได้เพียงเล็กน้อย เพราะจะมีอาการหอบเหนื่อย อ่อนเพลีย ใจสั่น หรือเจ็บแน่นหน้าอก แต่เมื่อได้พักแล้วจะรู้สึกสบายขึ้น

ประสบการณ์การมีอาการ หมายถึง เป็นการรับรู้/รู้สีกว่าร่างกายหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงหรือผิดปกติไปจากเดิม ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินของภาวะหัวใจล้มเหลว ก่อนเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 4 สัปดาห์ ซึ่งประเมินประสบการณ์การมีอาการ (Symptom occurrence) ความถี่ (Frequency) ความรุนแรง (Severity) และความรู้สึกทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิตจากอาการ (Distress) โดยใช้แบบประเมิน Memorial Symptom Assessment Scale - Heart Failure (MSAS – HF) ของ Zambroski และคณะ (2004) ซึ่งได้พัฒนามาจากแบบประเมิน Memorial Symptom Assessment Scale [MSAS] ของพอร์ทีนอยและคณะ (Portenoy et al., 1994) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย และมีการแปลย้อนกลับ (Back translation) ตามกระบวนการแล้วโดยนางลัทธน์ สุวิสิษฐ์ (Suwisith, 2008) ประกอบด้วยคำถามที่เกี่ยวกับอาการ 32 อาการ ซึ่งนำไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็ง ในการพัฒนาแบบประเมิน MSAS - HF ของ Zambroski และคณะ (2004) ได้ปรับรายข้อในแบบประเมิน Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS) โดยระบุอาการที่เฉพาะเจาะจงกับภาวะหัวใจล้มเหลว 5 อาการ ผู้วิจัยได้แปลแบบประเมินรายชื่อของอาการ 5 อาการที่เพิ่มเติมเป็นภาษาไทย และมีการแปลย้อนกลับ (Back translation) ตามกระบวนการแล้ว

การจัดการกับอาการ หมายถึง พฤติกรรมการตอบสนองหรือกิจกรรมที่มีประสิทธิภาพที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวใช้เพื่อบรรเทาอาการที่ทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานหรือรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์ปลายเปิดให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์การจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น และให้ผู้วิจัยสรุปผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการ และสรุปผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการโดยรวม

ภาวะการทำหน้าที่ หมายถึง ความสามารถของร่างกายในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทั้งการทำหน้าที่ด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม การประเมินภาวะการทำหน้าที่โดยใช้แบบสอบถามการใช้ชีวิตอยู่กับโรคหัวใจล้มเหลวของมินเนโซตาของ Rector, Kubo และ Cohn (1987) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย และมีการแปลย้อนกลับ (Back translation) ตามกระบวนการแล้วโดย พรณทิพา ศักดิ์ทอง (Tangsattitkiat & Sakthong, 2009) ครอบคลุม 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านเศรษฐกิจและสังคม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำมาใช้ในการวางแผนการพยาบาล และการจัดการกับอาการในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อบรรเทาหรือลดความรุนแรง และความรู้สึกทุกข์ทรมานหรือรบกวนการดำเนินชีวิต
2. ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการกับอาการที่เหมาะสม เพื่อส่งผลให้ภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้น
3. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนางานวิจัยทางการพยาบาล เกี่ยวกับการจัดการกับอาการในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อไป

บทที่ 2

บททวนวรรณกรรม

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการ ภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าบททวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังหัวข้อต่อไปนี้

2.1 ภาวะหัวใจล้มเหลว

- 2.1.1 ความหมายและอุบัติการณ์ของภาวะหัวใจล้มเหลว
- 2.1.2 พยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลว
- 2.1.3 สาเหตุและปัจจัยกระตุ้นการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว
- 2.1.4 ชนิดของภาวะหัวใจล้มเหลว
- 2.1.5 อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว
- 2.1.6 ผลกระทบของภาวะหัวใจล้มเหลว
- 2.1.7 แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

2.2 แนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ

- 2.2.1 องค์ประกอบในการจัดการกับอาการ
- 2.2.2 มโนทัศน์หลักของแนวคิดการจัดการกับอาการ

2.3 ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

- 2.3.1 ประสบการณ์การมีอาการในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
- 2.3.2 การจัดการกับอาการในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
- 2.3.3 ภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

2.5 สรุป

2.1 ภาวะหัวใจล้มเหลว

2.1.1 ความหมายและอุบัติการณ์ของภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลว (บางครั้งเรียกว่า ภาวะหัวใจวายหรือภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง) เป็นกลุ่มอาการที่มีความซับซ้อนที่เป็นผลจากโครงสร้างและการทำหน้าที่ของหัวใจผิดปกติไป ทำให้หัวใจห้องล่างไม่สามารถบีบตัวเอาเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้เพียงพอกับความต้องการ ในขณะที่พักหรือเมื่อต้องออกกำลังกาย (ACC/AHA, 2005; Hunt et al., 2005; Stevenson et al., 2004) ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่ของภาวะหัวใจล้มเหลวมาจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และความดันโลหิตสูง (Arnold et al., 2003) แม้ว่าปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์มีความเจริญก้าวหน้าในการตรวจรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดมากเพียงใด ก็ยังพบว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายที่พบมากที่สุดในโลก (WHO, 2004)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ภาวะหัวใจล้มเหลวมีความชุกมากในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุในประเทศที่พัฒนาแล้ว และวัยกลางคนในประเทศที่กำลังพัฒนา (Buyukozturk et al., 2003) โดยพบว่าประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีอายุมากกว่า 65 ปี และมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆตามอายุ (Masoudi, Havranek, & Krumholz, 2002) ในปี ค.ศ. 2006 พบว่าประเทศอังกฤษมีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวประมาณ 900,000 ราย โดยคาดว่าในอีก 20 ปีข้างหน้าจะมีเพิ่มสูงขึ้นถึง 1,350,000 ราย ในเวลาเดียวกันพบว่าประเทศสหรัฐอเมริกามีผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวประมาณ 6,000,000 ราย โดยพบเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรายใหม่เกิดขึ้นประมาณ 500,000 ราย (AHA, 2005) ในขณะที่ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวรายใหม่เกิดขึ้น 2,000,000 ราย (AHA, 2011) สำหรับประเทศไทย ข้อมูลสถิติจากกระทรวงสาธารณสุขที่รวบรวมอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหัวใจซึ่งรวมถึงภาวะหัวใจล้มเหลวด้วย พบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2546 – 2550 มีอัตราการตาย 27.7, 26.8, 28.2, 28.4, 27.5 ต่อประชากรแสนราย ตามลำดับ (กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2550) โดยพบว่า ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในผู้สูงอายุส่วนใหญ่ และความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวทำให้การพยากรณ์ของโรคไม่ดี และอัตราการตายของผู้ป่วยสูงขึ้น

2.1.2 พยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นภาวะซึ่งหัวใจไม่สามารถสูบฉีดไปเลี้ยงร่างกายได้อย่างพอเพียง โดยพิจารณาจากปริมาตรของเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาที (cardiac output) ซึ่งปริมาตรของเลือดที่ออกจากหัวใจขึ้นอยู่กับองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประการ คือ 1) ปริมาตรของเลือดที่อยู่ในเวนตริเคิลก่อนการบีบตัว หรือภาระด้านหน้า (preload) 2) แรงด้านการไหลของเลือด

ขณะหัวใจบีบตัว หรือภาระด้านหลัง (afterload) 3) การบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ (myocardial contractility) และ 4) อัตราการเต้นของหัวใจ (heart rate) องค์ประกอบดังกล่าวมีความสัมพันธ์กัน และหากส่วนใดส่วนหนึ่งมีความผิดปกติ จะส่งผลให้การทำงานของหัวใจผิดปกติได้

พยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นผลจากการที่ปริมาตรเลือดที่สูบฉีดจากหัวใจ ในหนึ่งนาทีลดลง (low cardiac output) ทำให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ไม่เพียงพอกับความต้องการ ของร่างกายในขณะพักหรือเมื่อต้องออกกำลังกาย จึงทำให้การทำงานของหัวใจมีการเปลี่ยนแปลง อย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างเกิดขึ้น ได้แก่ หัวใจต้องบีบตัวเพิ่มมากขึ้น (pressure load) มี ปริมาตรเลือดในเวนทริเคิลมากเกินไป (volume overload) มีการบีบตัวและ/หรือมีการคลายตัวของ กล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ รวมทั้งมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นกลไกการ ปรับตัว (Compensatory mechanisms) เพื่อเพิ่มปริมาตรเลือดในระบบไหลเวียน เกิดการถูกกระตุ้น ของระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) และระบบฮอร์โมนเรนินแองจิโอเทน ซิน-อัลโดสเตอโรน (RAAS) เกิดการหลั่งของนิวโรฮอร์โมนเมดิเอเตอร์ต่างๆ (Neurohormone mediators) ทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น (tachycardia) หลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำฝอยหด ตั้ว (arteriolar and venous vasoconstriction) มีการดูดกลับของน้ำและเกลือโซเดียมโดยไตเพิ่มขึ้น เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจหนาตัวขึ้น (myocardial hypertrophy) ตามกฎของ Frank - Starling (Frank - Starling's law) ทำให้การบีบตัวของหัวใจดีขึ้นเพื่อคงปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจ หากกลไกการ ปรับตัวยังดำเนินไปเรื่อยๆ โดยไม่ได้รับการแก้ไขอย่างถูกต้องและเหมาะสม จะส่งผลให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงทั้งขนาด รูปร่าง และประสิทธิภาพการทำงานของผนังหัวใจห้องล่างซ้าย ทำให้ผนัง หัวใจบางลง ขนาดของหัวใจโตขึ้น (Left ventricular remodeling) เพื่อคงปริมาตรเลือดที่สูบฉีดจาก หัวใจในหนึ่งนาที และหากเกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานโดยไม่ได้รับการแก้ไข จะทำให้หัวใจห้องล่าง ไม่สามารถบีบตัวเอาเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้เพียงพอและเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวขึ้น (Kemp & Conte, 2012, Francis, Gassler, & Sonnenblick, 2001)

การแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว

การแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวในปัจจุบัน มี 2 วิธีหลัก ดังนี้

1. การจำแนกระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ตามการจำแนกของสมาคม โรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association: NYHA) โดยพิจารณาจากระดับของกิจกรรม ที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้และอาการที่เกิดขึ้น ดังนี้ (ACC/AHA, 2001; Adams & Zannad, 1998; Hunt et al., 2005)

Functional class I หมายถึง ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น ล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร ขับถ่าย เดินทางราบ เดินขึ้นบันได ออกกำลังกาย และทำกิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำได้ตามปกติ โดยไม่มีอาการหอบเหนื่อย อ่อนเพลีย ใจสั่น หรือเจ็บแน่นหน้าอก

Functional class II หมายถึง ผู้ที่เป็นโรคหัวใจสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และทำกิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำได้ เช่น ล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร ขับถ่าย เดินทางราบ เดินขึ้นบันได แต่จะมีอาการเหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย ใจสั่น หรือเจ็บแน่นหน้าอก แต่เมื่อได้พักแล้วจะรู้สึกสบายขึ้น

Functional class III หมายถึง ผู้ที่เป็นโรคหัวใจสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และทำกิจกรรมต่างๆ ได้เพียงเล็กน้อย เพราะจะมีอาการหอบเหนื่อย อ่อนเพลีย ใจสั่น หรือเจ็บแน่นหน้าอก แต่เมื่อได้พักแล้วจะรู้สึกสบายขึ้น

Functional class IV หมายถึง ผู้ที่เป็นโรคหัวใจไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมต่างๆ ได้เลย แม้ในขณะที่พักก็ยังมีอาการหอบเหนื่อย อ่อนเพลีย ใจสั่นหรือเจ็บแน่นหน้าอก

2. การแบ่งระยะของภาวะหัวใจล้มเหลวตามการดำเนินของโรค (Stages of Heart failure) แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้ (ACC/AHA, 2001; Hunt et al., 2005)

Stage A ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่จะพัฒนาไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลว ไม่มีความผิดปกติของโครงสร้างหรือการทำงานของหัวใจ ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว แต่มีปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมให้เกิดหัวใจล้มเหลวได้ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง สูบบุหรี่ ดื่มสุรา เป็นต้น

Stage B ผู้ป่วยมีโครงสร้างหรือการทำงานของหัวใจผิดปกติที่ตรวจพบได้ เช่น มีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ลิ้นหัวใจรั่ว แต่ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว

Stage C มีความผิดปกติของโครงสร้างหรือการทำงานของหัวใจที่ตรวจพบได้ ผู้ป่วยมีอาการและ/หรือเคยมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว

Stage D ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างชัดเจน เป็นภาวะสุดท้ายของหัวใจล้มเหลวที่ต้องการการรักษาแบบเฉพาะ เช่น การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ เป็นต้น

2.1.3 สาเหตุและปัจจัยกระตุ้นการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่มีความซับซ้อน ซึ่งมีหลายสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ทั้งสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจและหลอดเลือดชนิดต่างๆ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (Coronary artery disease) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction) โรคลิ้นหัวใจ (Valvular heart disease) และสาเหตุโรคที่ไม่เกี่ยวข้องกันกับโรคหัวใจ เช่น โรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษ (Hyperthyroidism) โลหิตจาง (Anemia) เป็นต้น (Hunt et al., 2005)

สาเหตุและปัจจัยกระตุ้นการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (Precipitating cause of heart failure) มีหลายอย่างดังนี้ (Francis et al., 2001; Hunt et al., 2005)

1. การทำงานของหัวใจเพิ่มมากขึ้น จากการมีปริมาตรเลือดในเวนทริเคิลมากเกินไป (volume overload) หรือภาวะที่หัวใจต้องบีบตัวมากเกินไป (Pressure load) จากความผิดปกติของหัวใจ เช่น ภาวะลิ้นหัวใจรั่ว ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ทำให้ความสามารถและประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจลดลง ส่งผลให้ปริมาตรเลือดที่สูบน้ำจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง
2. ความผิดปกติในการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ เป็นการขัดขวางต่อการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ จากการที่มีพยาธิสภาพที่กล้ามเนื้อหัวใจ เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction) โรคกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ (Myocarditis) โรคกล้ามเนื้อหัวใจพิการ (Cardiomyopathies) หรือจากการมีภาวะภายนอกบีบรัดหัวใจทำให้หัวใจไม่สามารถรับเลือดและบีบตัวได้เต็มที่ เช่น ภาวะหัวใจถูกบีบรัด (Cardiac tamponade) ภาวะที่หัวใจขยายตัวไม่ได้จากการคั่งของสารเหลวในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ (Pericardial effusion) ทำให้ประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจลดลง ส่งผลให้ปริมาตรเลือดที่สูบน้ำจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง
3. แรงต้านการไหลเวียนของเลือดขณะหัวใจบีบตัวที่มากเกินไป (Increase Afterload) จากภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อย ความผิดปกติของลิ้นหัวใจตีบ แรงต้านในปอดและแรงต้านในหลอดเลือดส่วนปลายสูง
4. อัตราการเผาผลาญในร่างกายที่เพิ่มขึ้น เช่น การติดเชื้อ การตั้งครรภ์ โรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษ (Hyperthyroidism) ภาวะโลหิตจาง (Anemia) ภาวะเครียด ภาวะเหล่านี้ทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น เพื่อชดเชยปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจให้เพียงพอต่ออัตราการเผาผลาญในร่างกายที่เพิ่มขึ้น
5. การที่ผู้ป่วยไม่ควบคุมปริมาณน้ำและเกลือในอาหาร ร่วมกับไม่รับประทานยารักษาภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างสม่ำเสมอ (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2546)
6. ยาต่างๆ ที่เป็นปัจจัยกระตุ้นการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (Michalsen, Koing, & Thimme, 1998) เช่น

- ยาด้านการอักเสบกลุ่มไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ยารักษาโรคเบาหวานกลุ่ม Thiazolidinediones ทำให้เกิดน้ำและเกลือคั่งในร่างกาย
- ยา Tricyclic antidepressants ทำให้เกิดหัวใจห้องล่างเต้นผิดจังหวะ
- ยา Theophylline ยา β_2 -agonist เพื่อขยายหลอดลม ทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นเร็ว
- ยา Pseudoephedrine ขาดคน้ำมูก ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง
- ยา Antiarrhythmic agents ที่กีดการทำงานของหัวใจ ได้แก่ ยาด้านการเต้นหัวใจผิดจังหวะ class I เช่น Quinidine, Lidocaine, class IV เช่น Verapamil และ Diltiazem

2.1.4 ชนิดของภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลวได้มีการจำแนกประเภทไว้หลายชนิดที่แตกต่างกันออกไป เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันและเรื้อรัง (Acute heart failure and Chronic heart failure) ภาวะหัวใจล้มเหลวในการบีบตัวและคลายตัว (Systolic heart failure and Diastolic heart failure) หรือ ภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกก่อนที่เพิ่มขึ้นและลดลง (High - output and Low - output heart failure) อย่างไรก็ตามเพื่อประโยชน์ในการตรวจวินิจฉัยและการรักษานอกจากนี้ยังมีการจำแนกภาวะหัวใจล้มเหลวออกเป็นภาวะหัวใจซีกซ้ายล้มเหลวและซีกขวาล้มเหลว (Left sided heart failure and Right sided heart failure) ซึ่งทำให้ทีมสุขภาพสามารถแยกลักษณะ อาการและอาการแสดงทางคลินิกได้ชัดเจน และสามารถอธิบายถึงพยาธิสรีรวิทยาของหัวใจได้ ทำให้เกิดความเข้าใจในลักษณะทางคลินิก (ผ่องพรรณ แสงอรุณ, 2548; สมจิต หนูเจริญกุล, 2545, Nowak, 2004) ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

ภาวะหัวใจซีกซ้ายล้มเหลว (Left sided heart failure)

หัวใจห้องล่างซ้ายซึ่งทำหน้าที่ในการบีบตัวเพื่อส่งปริมาตรเลือดที่สูบน้ำจากหัวใจในหนึ่งนาที ไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกาย ภาวะหัวใจซีกซ้ายล้มเหลวเกิดจากมีพยาธิสภาพที่หัวใจห้องล่างซ้าย โดยที่หัวใจห้องล่างซ้ายออกแรงด้านการบีบเลือดออกจากหัวใจเพิ่มมากขึ้น เพื่อส่งปริมาตรเลือดให้เพียงพอกับส่วนต่างๆ ของร่างกาย หลังจากที่ใช้กลไกชดเชยมานาน หัวใจไม่สามารถชดเชยการทำงานได้ตามปกติ เลือดจะสะสมไว้ที่หัวใจห้องล่างซ้ายมากขึ้น และไหลย้อนไปที่หัวใจห้องบนซ้าย ไปที่ปอดและเส้นเลือดฝอยที่ปอด ทำให้ความดันสูงขึ้น คั่งน้ำและเกลือออกมาสู่ช่องระหว่างเซลล์ทำให้เกิดน้ำคั่งในปอด หรือที่เรียกว่าปอดบวมน้ำ (Pulmonary congestion) จนกระทั่งของเหลวในหลอดเลือดถูกผลักดันออกไปอยู่นอกหลอดเลือด (Pulmonary edema) คืออยู่ตามช่องว่างต่างๆในปอดโดยเฉพาะในถุงลม ซึ่งจะไปรบกวนกลไกการหายใจ ทำให้การหายใจผิดปกติ ส่งผลให้เกิดอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจซีกซ้ายล้มเหลว (ผ่องพรรณ แสงอรุณ, 2548; สมจิต หนูเจริญกุล, 2545; Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2008)

ภาวะหัวใจซีกขวาล้มเหลว (Right sided heart failure)

ภาวะหัวใจซีกขวาล้มเหลวพบได้น้อย มักพบในผู้ป่วยที่โรคลิ้นหัวใจไตรคัสปิดตีบหรือปิดไม่สนิท โรคของปอดและหลอดเลือด หรือส่วนใหญ่พบได้หลังจากมีภาวะหัวใจซีกซ้ายล้มเหลว เมื่อความต้านทานของหัวใจซีกขวาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เลือดที่จะออกหัวใจห้องล่างขวา และเลือดจากหัวใจห้องบนขวาเป็นไปด้วยความยากลำบาก จึงมีเลือดคั่งสะสมอยู่ที่ส่วนปลาย มีการคั่งของเกลือและน้ำที่ Systemic venous system มากกว่าที่ Pulmonary venous system ทำให้ความดันในหลอดเลือดดำทั่วร่างกายสูงขึ้น อาการแสดงที่พบได้อย่างชัดเจนในผู้ป่วยคือ บวมในส่วนปลายของร่างกาย เช่น ขา และมีการคั่งของเลือดในอวัยวะต่างๆตามที่มีคั่งเลือดจะโตขึ้น ทำให้มีอาการปวดท้อง ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบาย หรือเจ็บแปลบบริเวณชายโครงขวา เป็นอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจซีกขวาล้มเหลว (ผ่องพรรณ แสงอรุณ, 2548; สมจิต หนูเจริญกุล, 2545; Nowak, 2004; Smeltzer et al., 2008)

2.1.5 อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว

อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว พบได้ดังต่อไปนี้

1. อาการเกี่ยวกับการหายใจ อาการหายใจลำบาก (Dyspnea) เป็นอาการที่พบได้บ่อยที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมาที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล (Green et al., 2008) อาการหายใจลำบากเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยจำนวนมากกว่า 2,500,000 รายต่อปี ต้องมาพบแพทย์เพื่อรักษาอาการ (Wang et al., 2005) เป็นอาการเริ่มแรกที่พบได้บ่อยที่เกิดจากความดันหลอดเลือดดำของปอดเพิ่มมากขึ้น เกิดปอดบวมน้ำและขยายตัวไม่ดี จึงต้องออกแรงเพิ่มขึ้นช่วยในการหายใจ และเป็นการเพิ่มแรงต้านทานการหายใจ ซึ่งเป็นการเพิ่มภาระงานของการหายใจ อาการหายใจลำบาก (Dyspnea) ที่ไม่รุนแรงผู้ป่วยบอกว่ามีลักษณะการหายใจตื้น หายใจไม่อิ่ม (Shortness of breathing) อาการหายใจลำบากมีหลายลักษณะที่แตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับการรับรู้ต่อสภาพการหายใจลำบากในแต่ละบุคคล แต่แสดงให้เห็นความสำคัญทางคลินิก และพยาธิสภาพ เช่น อาการหายใจลำบากเมื่อออกกำลังกาย (Dyspnea on exertion) เป็นรูปแบบการหายใจลำบากเนื่องจากหัวใจที่พบได้บ่อยที่สุด เกิดขึ้นเมื่อออกกำลังกาย หรือทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อยหรือปานกลาง และจะหายไปเมื่อได้พัก อาการหายใจลำบากเมื่อออกกำลังกายที่รุนแรงจะจำกัดความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน อาการหายใจลำบากเมื่อนอนราบ (Orthopnea) จะเกิดเมื่ออยู่ในท่าราบ โดยเฉพาะนอนหงาย อาการจะหายไปหรือทุเลาเมื่อยกส่วนศีรษะและลำตัวส่วนบนให้สูงขึ้น หรือการลุกนั่ง อาการหายใจลำบากกำเริบตอนกลางคืน (Paroxysmal nocturnal dyspnea) อาการจะเกิดขึ้นทันทีทันใดหลังจากนอนหลับไปตามปกติไม่กี่ชั่วโมง และจะตื่นขึ้นกลางดึกเนื่องจากหายใจไม่ออก เหนื่อยหอบ อาการจะหายไปเมื่อลุก

ขึ้นมานั่ง ยืน หรือเดิน (ผ่องพรรณ แสงอรุณ, 2548; สมจิต หนูเจริญกุล, 2545; Smeltzer et al., 2008) ในผู้ป่วยที่เกิดภาวะน้ำท่วมปอดเฉียบพลัน (Acute pulmonary edema) เมื่อสารน้ำเข้าไปในถุงลมปอด การแลกเปลี่ยนก๊าซถูกขัดขวางร่วมกับการที่ปอดขยายตัวได้ไม่เต็มที่จากภาวะน้ำท่วมปอด ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยหอบร่วมกับมีเสมหะเป็นฟองหรือมีสีชมพู หรือมีการหายใจผิดปกติแบบหยุดเป็นพักๆ (Cheyne - stoke respiration) (ผ่องพรรณ แสงอรุณ, 2548)

2. อาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง (Fatigue) เป็นความรู้สึกเหนื่อย เหน็ดเหนื่อยหรือหมดแรงในการมีกิจกรรม หรือทำกิจกรรมได้ลดลง เป็นอาการที่เกิดจากหลายปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านพฤติกรรม (Falk, Swedberg, Gaston-Johansson, & Ekman, 2007) เนื่องมาจากปริมาณเลือดที่สูบฉีดจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง ไม่สามารถไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่างๆ ให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ทำให้เนื้อเยื่อขาดออกซิเจนและขนถ่ายของเสียจากการเผาผลาญของร่างกายได้ช้าลง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง (Katz, 2000) หรือจากการที่ผู้ป่วยมีอาการปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืนทำให้รบกวนการนอนและพักผ่อนไม่เพียงพอ เกิดอาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรงตามมา (ผ่องพรรณ แสงอรุณ, 2548) นอกจากนี้อาจเกิดจากความเครียด ความวิตกกังวล (รสสุคนธ์ วาริตสกุล, 2547) และเป็นผลมาจากการรักษาด้วยยาขับปัสสาวะ ทำให้ร่างกายสูญเสียโซเดียมและโปตัสเซียมจากการขับถ่ายปัสสาวะ (Hunt et al., 2005)

3. อาการไอ (Cough) เป็นอาการที่สำคัญที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยผู้ป่วยจะบอกว่ามีอาการไอแห้งๆ ระคายคอต้องใช้แรงไอมากขึ้นเวลากลางคืน การไอเวลากลางคืนมักเกิดร่วมกับอาการเหนื่อยหอบ ทำให้รบกวนการนอนและพักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้เกิดอาการอ่อนล้า การไอเป็นเลือด เสมหะอาจมีสีชมพูเกิดจากภาวะน้ำท่วมปอดอย่างเฉียบพลัน หากมีการฉีกขาดของหลอดเลือดแดงภายในปอด อาการไอเป็นเลือดเป็นผลจากที่เอ็มโบลายไปอุดที่ปอด (Pulmonary embolism) พบในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545; Braunwald, 2005)

4. อาการทางสมอง (Neurological impairments) เช่น อาการสับสน หลงลืมง่าย ความจำเสื่อม ไม่มีสมาธิ นอนไม่หลับ หงุดหงิด กระสับกระส่าย เกิดจากปริมาณเลือดที่สูบฉีดจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง ทำให้ออกซิเจนไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ (Cerebral hypoxia) หรือเกิดจากการระบายอากาศไม่เพียงพอ ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้และความรู้สึก (ผ่องพรรณ แสงอรุณ, 2548; Rains, 2002)

5. อาการบวม (Edema) ในส่วนปลายของร่างกาย เช่น แขน ขา และการคั่งของสารเหลวต่างๆตามร่างกาย เกิดการบวมที่เรียกว่า บวมกดบุ๋ม (pitting edema) เป็นอาการเริ่มแรกของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เกิดจากปริมาณเลือดที่สูบฉีดจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง ทำให้

เลือดไปเลี้ยงที่ไตน้อยลง อัตราการกรองที่ไตลดน้อยลง เกิดการคั่งของเกลือและน้ำ เมื่อภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงมาก อาการบวมอาจลุกลามมากขึ้นจนถึงต้นขาและบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ (ผ่องพรรณ แสงอรุณ, 2548; Smeltzer et al., 2008)

6. ตับม้ามโต (Hepatosplenomegaly) และกดเจ็บจากการที่เลือดไม่สามารถไหลกลับเข้าสู่หัวใจได้ ทำให้เลือดคั่งที่อวัยวะต่างๆ โดยเลือดจะคั่งอยู่ระหว่างเซลล์ของตับ ทำให้เยื่อหุ้มตับขยายออก ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจึงมีอาการปวดท้อง แน่นท้อง หรือเจ็บบริเวณชายโครงขวา (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545; Smeltzer et al., 2008)

7. หลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง (Jugular venous distention [JVD]) เกิดจากเลือดไม่สามารถไหลกลับเข้าสู่หัวใจห้องบนขวาได้สะดวก ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของความดันหลอดเลือดดำที่คอ (ผ่องพรรณ แสงอรุณ, 2548; Givertz et al., 2001)

8. อาการทางระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal symptoms) จากการเพิ่มภาระงานของหัวใจและการเพิ่มงานในการหายใจทำให้ร่างกายมีความต้องการเมตาบอลิซึมเพิ่มมากขึ้น แต่ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลงเนื่องมาจากการคั่งของเลือดในระบบทางเดินอาหาร เป็นผลให้ระบบทางเดินอาหารบวม ผู้ป่วยเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด แน่นท้อง เกิดอาการพอมแห้งจากหัวใจซึ่งเรียกว่า Cardiac cachexia (ผ่องพรรณ แสงอรุณ, 2548; อภิชาติ สุคนธทรัพย์ และรังสฤษฎ์ กาญจนะวนิชย์, 2547; Smeltzer et al., 2008)

9. อาการทางระบบปัสสาวะ (Urological symptoms) เนื่องจากปริมาตรเลือดที่สูบน้ำออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง มีผลต่อไต ทำให้เลือดไปเลี้ยงที่ไตน้อยลง อัตราการกรองที่ไตลดน้อยลง ในระยะแรกของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีอาการปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืน เมื่อปริมาตรเลือดที่สูบน้ำออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลงมากขึ้น ปริมาตรเลือดที่ไปยังไตลดลง และทำให้มีปัสสาวะออกน้อย (oliguria) (ผ่องพรรณ แสงอรุณ, 2548; Smeltzer et al., 2008)

10. อาการเจ็บหน้าอก (Chest pain) หรือผู้ป่วยอาจบอกลึกถึงความไม่สบายบริเวณหน้าอก อาจมีอาการใจสั่น อาการเจ็บหน้าอกในท่านอนราบตอนกลางคืน เป็นอาการของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยมักบ่นเหนื่อยหอบ เกิดจากปริมาตรของเลือดที่มากเกินไป เนื่องจากการดูดซึมกลับของน้ำจากการบวมแทนที่จึงหายใจไม่ออก การใช้ยาในไตรกลีเซอรินไม่สามารถลดความเจ็บปวดได้ อาการปวดจะหายไปได้โดยการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งเป็นสาเหตุของความปวด (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545)

11. ชีพจรเบาเร็ว (Pulsus alternans) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวชีพจรเบาเร็วเป็นการตอบสนองต่อการทำงานของประสาทอะดรีเนอร์จิก โดยที่อัตราการเต้นของหัวใจเร็วมากขึ้น และจะลดลงมาเท่าเดิมได้ซ้ำแล้วซ้ำอีกเนื่องจากการเพิ่มปริมาตรเลือดที่สูบน้ำออกจากหัวใจในหนึ่ง

นาที ในการตอบสนองต่อการออกแรงจะกระทำได้จากหัวใจต้องบีบตัวเร็วขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545; Braunwald, 2005; Smeltzer et al., 2008)

12. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ (Psychological and Emotional changed) ภาวะหัวใจล้มเหลวมีการดำเนินของโรคอย่างต่อเนื่องและเรื้อรัง และเกิดอาการกำเริบบ่อย ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่จะส่งต่อการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล กลัว หงุดหงิดโมโหง่าย ผู้ป่วยรับรู้ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิต ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย (Blinderman et al., 2008, De Geest et al., 2003)

นอกจากอาการและอาการแสดงเฉพาะในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวดังกล่าวมาข้างต้น อาจมีอาการและอาการแสดงอื่นๆเกิดร่วมด้วย เช่น เหงื่อออกมากผิดปกติ (Diaphoresis) อาการเย็นตามปลายมือปลายเท้าหรือเขียวคล้ำ (Cyanosis) เป็นอาการที่พบในระยะท้ายๆในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นผลจากการที่ผู้ป่วยมีเมตาบอลิซึมสูง (जर เพ็ญสุพรรณ, 2545) อาการอื่นๆ ที่ไม่ได้เกิดจากภาวะหัวใจล้มเหลวโดยตรง แต่เกิดจากผลของการรักษา เช่น จากการที่ผู้ป่วยได้รับยาขับปัสสาวะ อาจมีการขับปัสสาวะออกมาเกินไป มีการสูญเสียความสมดุลของอิเล็กโตรไลต์ โดยเฉพาะโปตัสเซียม มีผลทำให้กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรงและเกิดการเต้นของหัวใจผิดปกติ ซา และเป็นตะคริวเกิดขึ้นได้ พืชข้างเคียงจาก Thiazides อาจเกิดมีผื่น ผิวหนังอักเสบได้ กรดยูริกในเลือดสูง ทนต่ออาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตได้น้อยลง หรืออาจทำให้โรคตับหรือโรคไตที่ผู้ป่วยเป็นอยู่เลวลง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545)

2.1.6 ผลกระทบจากภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การดำเนินโรคมีความรุนแรงรักษาไม่หายขาดมีความก้าวหน้าของโรคอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจต่อผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นอย่างมาก (Shively et al., 2005)

ผลกระทบทางด้านร่างกาย

เนื่องจากพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นในภาวะหัวใจล้มเหลวดังที่กล่าวมาข้างต้น ส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย โดยพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวร้อยละ 70 จะเสียชีวิตภายใน 10 ปี ซึ่งอายุขัยของผู้ป่วยจะขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในระดับรุนแรงปานกลางจะมีชีวิตยืนยาวอยู่ได้ไม่เกิน 10 ปี และผู้ป่วยที่ภาวะหัวใจล้มเหลวในระดับรุนแรงมากจะมีชีวิตยืนยาวได้ไม่

เกิน 2 ปี (Beer et al., 2003) จากการศึกษาของ Zambroski และคณะ (2005) อาการที่ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานและรบกวนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ได้แก่ อาการอ่อนล้า (Fatigue) อาการหายใจลำบาก (Dyspnea) และอาการนอนไม่หลับหรือนอนหลับยาก (Difficulty sleeping) ตามลำดับ อาการและอาการแสดงดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันทำให้ถูกจำกัดการทำกิจกรรม (คุณสมบัติ สุภาวงศ์, 2548; Blinderman et al., 2008; Jurgens et al., 2009) ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดอาการซึมเศร้าและยังส่งผลย้อนกลับทำให้เกิดอาการทางด้านร่างกายเกิดขึ้นมากมายและรุนแรงตามมา (Bekelman et al., 2007; Friedman & Griffin, 2001) รวมทั้งมีอาการไอในเวลากลางคืน และอาการตื่นลูกมาหอบตอนกลางคืนรบกวนการนอนหลับพักผ่อน และทำให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ไม่เพียงพอ (ปราณี กาญจนวรวงศ์, 2550) ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมักมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน อึดอัด แน่นท้อง อาหารไม่ย่อยและดูดซึมไม่ดี เรียกภาวะนี้ว่า Cardiac cachexia การที่รับประทานอาหารได้น้อยลง (Lack of appetite) จะส่งผลให้ร่างกายอ่อนล้าหรืออ่อนเพลียได้ (อภิชาติ สุคนธทรัพย์ และ รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิช, 2547) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจตามการจำแนกของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก functional class II - IV ผู้ป่วยเกิดปัญหาเกี่ยวกับความต้องการทางเพศหรือกิจกรรมทางเพศ ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย เนื่องจากกิจกรรมดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการเหนื่อยหอบมากขึ้น (อภิชาติ สุคนธทรัพย์ และ รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิช, 2547; Zambroski et al., 2005)

ผลกระทบทางด้านอารมณ์

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังที่รักษาไม่หาย เป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจตามการจำแนกของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก functional class III และ IV มีการพยากรณ์ของโรคที่ไม่ดี (McAlister et al., 2001) มีอัตราตายและอัตราการกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก ภายใน 3-6 เดือนมากถึงร้อยละ 30-60 (Varughese, 2007) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องเผชิญกับประสบการณ์การเกิดอาการที่รุนแรง และได้รับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันถูกจำกัดกิจกรรมลดลง (คุณสมบัติ สุภาวงศ์, 2548; Blinderman et al., 2008; Jurgens et al., 2009) ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดความเครียดจากการที่ถูกจำกัดกิจกรรมไม่สามารถทำกิจกรรมตามที่ตนเองต้องการได้ ร่วมกับเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทางด้านอารมณ์ (ขจร เพ็ญสุพรรณ, 2545) ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ลดลงต้องพึ่งพาและเป็นภาระแก่บุคคลอื่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง ทำให้ผู้ป่วย

ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง และหมดกำลังใจ (จารุวรรณ มานะสุการ, 2544) การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และจิตใจในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่มาจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวกับความเครียด ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวังและมีโอกาสฆ่าตัวตาย (Bennett et al., 2000) และผลการศึกษาของ Zambroski และคณะ (2005) พบว่าอาการทางด้านจิตใจที่พบได้บ่อยและรุนแรงในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้แก่ ขาดสมาธิ วิดกกังวล รู้สึกเสียใจ สับสน ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับผลจากการศึกษาของ Riedinger และคณะ (2002) ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพศหญิง เปรียบเทียบกับประชากรเพศหญิงที่ไม่มีปัญหาสุขภาพ พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพศหญิงต่ำกว่าประชากรเพศหญิงที่ไม่มีปัญหาสุขภาพ

ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ

เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่ไม่สามารถทำกิจกรรมและทำงานได้เอง ไม่มีรายได้จึงต้องพึ่งพาครอบครัว และแต่ละประเทศต้องรับภาระในเรื่องค่าใช้จ่ายการดูแลรักษาเป็นจำนวนมาก ในประเทศสหรัฐอเมริกาผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวประมาณ 6,000,000 ราย เป็นผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้นประมาณ 500,000 รายต่อปี ทำให้สหรัฐอเมริกาต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา 10 - 38 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ (AHA, 2011) จากการศึกษาของ Creason (2001) พบว่าภาวะหัวใจล้มเหลวในระบบการวินิจฉัยตามกลุ่มโรคในสหรัฐอเมริกาที่มีการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 30 วัน และการรับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาลแต่ละครั้งมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา 4,614 ดอลลาร์สหรัฐ โดยที่โรงพยาบาลจะได้รับเงินคืนเฉลี่ย 3,975 ดอลลาร์สหรัฐ แต่ถ้าผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 14 วัน ทำให้ไม่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้ สำหรับประเทศไทยค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวโดยเฉลี่ยเท่ากับ 3,954.68 บาทต่อครั้งต่อราย (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) ส่งผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจต่อผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและครอบครัวเป็นอย่างมาก ดังที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีอัตราการกลับมาโรงพยาบาลซ้ำบ่อยๆ มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ลดลง ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น จึงทำให้มีการแยกตัวออกจากสังคมมากขึ้น ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวได้รับการรักษาด้วยยาขับปัสสาวะ ผู้ป่วยต้องปัสสาวะบ่อยๆ จึงเป็นเหตุให้ผู้ป่วยแยกตัวออกจากสังคม (Stanley & Prasun, 2002)

2.1.7 แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

หลักการและเป้าหมายหลักในการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว คือการเพิ่มประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ และลดการทำงานของหัวใจเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของ

ร่างกายได้เพียงพอ (อภิชาติ สุคนธทรัพย์ และ รังสฤษฎ์ กาญจนวนิชย์, 2547; Hunt et al., 2005) ปัจจุบัน American College of Cardiology Foundation (ACCF) และ American Heart Association (AHA) ได้เสนอแนวทางในการประเมินและการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้ใหญ่ไว้ เรียกว่า American College of Cardiology Foundation /American Heart Association guidelines หรือ ACCF/AHA guidelines (Jessup et al., 2009) ซึ่งใช้ร่วมกับ NYHA functional classification เพื่อประโยชน์ในการรักษาโดยเน้นที่การบำบัดรักษา การฟื้นฟู และประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย (ผ่องพรรณ แสงอรุณ, 2548) ACCF/AHA guidelines (Jessup et al., 2009) มี 4 stage คือ stage A, B, C, และ D โดยใน 1) Stage A เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ยังไม่มีความผิดปกติของโครงสร้างของหัวใจและยังไม่มีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว เป้าหมายของการบำบัดรักษาคือเพื่อป้องกันการเกิดความผิดปกติของโครงสร้างของหัวใจและเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นต้น 2) Stage B เป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของโครงสร้างของหัวใจแต่ยังไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว เทียบได้กับ NYHA functional class I 3) Stage C ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของโครงสร้างของหัวใจ และมีหรือเคยมีอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว เทียบได้กับ NYHA functional class II หรือ III และ 4) Stage D เป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้าย การบำบัดรักษาตามมาตรฐานไม่ได้ผลต้องการการรักษาเฉพาะเช่น การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ การใช้เครื่องมือช่วยในการไหลเวียน เป็นต้น

ปัจจุบันแนวทางการบำบัดรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว ตาม ACCF/AHA guidelines แบ่งเป็น 3 วิธี ได้แก่ 1) การรักษาโดยการให้ยา 2) การรักษาทั่วไป และ 3) การรักษาด้วยการผ่าตัดและการผ่าตัด โดยมีรายละเอียดดังนี้ (Hunt et al., 2005; Jessup et al., 2009)

1) การรักษาโดยการให้ยา มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความสามารถในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดปริมาณน้ำและเกลือในร่างกายที่มากเกินไป และลดแรงต้านทานของหัวใจ ยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น ยาขับปัสสาวะ (Diuretics) ยากลุ่มดิจิตาลิส (Digitalis) ยากลุ่มขยายหลอดเลือด (Nitrates) ยากลุ่มปิดกั้นตัวรับเบต้าอะดรีเนอร์จิก (Beta - adrenergic receptor antagonist) และยากลุ่มยับยั้งเอนไซม์แองจิโอเทนซิน (Angiotensin-converting enzyme inhibitors: [ACE inhibitors])

ยาขับปัสสาวะ (Diuretics) เป็นยาที่มีความสำคัญในการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีประสิทธิภาพ ช่วยในการขับน้ำและเกลือออกจากกระบบไหลเวียนได้ดี (ผ่องพรรณ แสงอรุณ, 2549; Oxberry & Johnson, 2008) ลดการทำงานของหัวใจโดยการลดปริมาณเลือดก่อนหัวใจบีบตัว ยาขับปัสสาวะที่ใช้บ่อย ได้แก่ Thiazides, Loop diuretics และ Potassium - sparing diuretics

(Smeltzer et al., 2008) อาการข้างเคียงของการได้รับยาขับปัสสาวะทำให้ปัสสาวะมาก ทำให้เกิดภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย แขนขาอ่อนแรง เป็นตะคริว และยังพบว่าอาการข้างเคียงของยาขับปัสสาวะ ทำให้มีความดันโลหิตต่ำในขณะยืน ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว ท้องผูกได้ ภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำจากการได้รับยาขับปัสสาวะทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ส่วนยาขับปัสสาวะที่เก็บโปแตสเซียม (Potassium-sparing diuretics) เป็นยาที่มีฤทธิ์ยับยั้งการกั่งของโซเดียมและการขับโปแตสเซียม พิจารณาให้ในผู้ป่วยที่มีภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำบ่อยๆ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548)

ยากลุ่มดิจิตาลิส (Digitalis) ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ส่วนใหญ่มักได้รับยากลุ่มดิจิตาลิส เนื่องจากยาดิจิตาลิสออกฤทธิ์ในการลดอัตราการเต้นของหัวใจ ช่วยเพิ่มการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดปริมาณเลือดที่กั่งค้างในหัวใจห้องล่างจึงลดแรงดันห้องหัวใจก่อนบีบตัวครั้งต่อไป เพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ (Cardiac output) การเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ จะทำให้เลือดไปเลี้ยงที่ไตเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นผลทำให้ปัสสาวะออกมากขึ้น นอกจากนี้ยังออกฤทธิ์โดยตรงต่อ Atrioventricular node (AV node) ทำให้การส่งกระแสไฟฟ้าภายในหัวใจลดลงและเพิ่มระยะพักของกล้ามเนื้อหัวใจก่อนที่จะเริ่มการบีบตัวครั้งต่อไป มีผลทำให้อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง ดังนั้นต้องสังเกตอาการที่แสดงถึงภาวะพิษจากยาดิจิตาลิส เช่น การเต้นของหัวใจเต้นช้าลง หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร มองเห็นภาพไม่ชัด ตามัว มองเห็นภาพซ้อน (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548; สมจิต หนูเจริญกุล, 2545; Smeltzer et al., 2008)

ยากลุ่มขยายหลอดเลือด (Nitrates) มีกลไกการออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือดดำทำให้กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดดำคลายตัว มีผลทำให้เกิดการขยายตัวทั้งหลอดเลือดดำ และหลอดเลือดแดง ช่วยลดการทำงานของหัวใจ ลดอาการเจ็บหน้าอก ลดเลือดกั่งในปอด ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวดีขึ้น (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548) ปัจจุบันมีการให้ยาร่วมกันระหว่างยากลุ่มขยายหลอดเลือด (Nitrates) กับ Hydralazine ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ไม่สามารถใช้ยากลุ่มยับยั้งเอนไซม์แองจิโอเทนซิน (Angiotensin converting enzyme inhibitor[ACEIs]) ได้ (Jessup et al., 2009; Smeltzer et al., 2008)

ยากลุ่มปิดกั้นตัวรับเบต้าอะดรีเนอร์จิก (Beta-adrenergic receptor antagonist [β-blocker]) เป็นยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีประสิทธิภาพ ลดอัตราการตายและการกลับมาโรงพยาบาลซ้ำ เมื่อใช้ร่วมกับยากับยากลุ่มยับยั้งเอนไซม์แองจิโอเทนซิน (Angiotensin converting enzyme inhibitor[ACEIs]) (Smeltzer et al., 2008, Swedberg et al., 2005)) นี้มีฤทธิ์ในการต้านตัวรับของ beta - adrenergic จึงลดการหลั่งของอะดรีนอร์ลีนที่มีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาท

ซึมพาเทติก เป็นยาลดอัตราการเต้นของหัวใจ เพิ่มระยะเวลาการไหลของเลือดจากหัวใจห้องบนมาสู่หัวใจห้องล่างนานขึ้น ทำให้มีการไหลของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ดีขึ้น ช่วยป้องกันการเปลี่ยนรูปร่างและขนาดของหัวใจห้องล่าง อาการข้างเคียงคือ หัวใจเต้นช้า เกิดอาการอ่อนล้า (รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิช, 2547; Butler et al., 2003)

ยากลุ่มยับยั้งเอนไซม์แองจิโอเทนซิน (Angiotensin converting enzyme inhibitor [ACEIs]) มีกลไกออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของ Angiotensin converting enzyme ไม่ให้มีการเปลี่ยน angiotensin I เป็น angiotensin II ที่ทำให้เกิดการหลั่งของอัลโดสเตอโรนเพิ่มขึ้น และกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซึมพาเทติกที่ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้น มีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดขยายตัว ลดแรงต้านทานของหลอดเลือดทั่วร่างกาย ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจดีขึ้นและเพิ่มปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจ ยากลุ่มนี้เสริมฤทธิ์ยับยั้งปัสสาวะทำให้การขับเกลือและน้ำดีขึ้น มีผลในการลดภาระด้านหน้า (Afterload) และความต้องการใช้ออกซิเจนของหัวใจ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548) ผลข้างเคียงจากการได้รับยากลุ่มนี้ทำให้เกิดมีความดันโลหิตต่ำ ไตทำงานบกพร่อง อาการไอ ภาวะโปตัสเซียมในเลือดสูง (Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2008) ปัจจุบันมีการพัฒนาชนิดใหม่คือยากลุ่มต้านตัวรับแองจิโอเทนซินทูหรือกลุ่มเออาร์บี (Angiotensin II receptor blockers [ARBs]) เป็นยาที่ออกฤทธิ์ต้านกดการทำงานของ Angiotensin II receptor โดยตรง ซึ่งเป็นผลให้หลอดเลือดขยายตัวจึงสามารถลดความดันโลหิตได้ ลดแรงต้านทานของระบบไหลเวียน และเพิ่มปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจ นิยมนำมาใช้ในผู้ป่วยที่ทนต่อการได้รับผลข้างเคียงจากการรับประทานยากลุ่มยับยั้งเอนไซม์แองจิโอเทนซิน (Angiotensin converting enzyme inhibitor [ACEIs]) ไม่ไหว หรือใช้ร่วมกับยากลุ่ม ACEIs เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและการกลับเข้ามารักษาซ้ำในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Jessup et al., 2009) แต่ในทางปฏิบัติมีการนำมาใช้น้อยเนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องราคา (นิธิตา เชาวลิต และ คำรัส ตรีสุโกศล, 2545)

2) การดูแลรักษาทั่วไป มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว สาเหตุของการเกิดโรค อาการและอาการแสดง การปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับภาวะหัวใจล้มเหลว มุ่งเน้นการจำกัดเกลือและน้ำ และหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น งดสูบบุหรี่หรือดื่มแอลกอฮอล์ การควบคุมน้ำหนัก การพักผ่อน การออกกำลังกาย การรับประทานยาตามแผนการรักษา เป็นต้น การดูแลรักษาทั่วไปมีรายละเอียด ดังนี้

การใช้ออกซิเจน การให้ออกซิเจนเป็นการเพิ่มออกซิเจนในลมหายใจเข้า ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้น มีผลต่อการได้รับออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้การทำหน้าที่ของหัวใจดีขึ้น การให้ออกซิเจนทางหน้ากากหรือแคนนูลาจะลดภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ ลดอาการหายใจลำบาก และเพิ่มการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจน-คาร์บอนไดออกไซด์ ในภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ

มักให้ออกซิเจนทางหน้ากากพร้อมถุง (rebreathing mask) อัตรา 8 - 10 ลิตร/นาที (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548; Indilicato, 2006; Jessup et al., 2009; Oxberry & Johnson, 2008)

การจัดท่าผู้ป่วย การจัดท่าผู้ป่วยให้อยู่ในท่าศีรษะสูง (Fowler's position) หรือท่านั่งจะช่วยลดการกั้งของเลือดดำในปอด ลดอาการหายใจลำบาก ส่วนขาต้องจัดให้ต่ำไว้เสมอแม้ว่าจะบวม ทั้งนี้เพราะว่าการยกขาจะทำให้เลือดกลับเข้าสู่หัวใจได้เร็วมาก (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548; Indilicato, 2006; Jessup et al., 2009; Oxberry & Johnson, 2008)

การจำกัดเกลือและน้ำ การควบคุมโซเดียมและน้ำจะช่วยการทำงานของหัวใจ การจำกัดเกลือในอาหารจะช่วยป้องกัน ควบคุมและลดอาการบวม ในอาหารปกติแต่ละวันจะมีโซเดียมประมาณ 3 - 7 กรัม ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงควรจำกัดโซเดียมในอาหารไม่เกิน 2 กรัมต่อวัน ต้องงดอาหารทุกประเภทที่มีโซเดียมสูง และในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมากอาจจำกัดที่ 0.5 - 1 กรัมต่อวัน (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548; Indilicato, 2006; Jessup et al., 2009; Oxberry & Johnson, 2008)

การชั่งน้ำหนัก อาการเตือนของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ คือ น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นแม้ไม่มาก อาจเป็นเหตุให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวจนไม่สามารถชดเชยได้ แนะนำให้ชั่งน้ำหนักทุกวัน ในเวลาเดิม ด้วยเสื้อผ้าที่ใกล้เคียงกันและในที่เดิม เช่น บนพื้นบ้าน ที่ควรเน้น คือ ความสม่ำเสมอและความแม่นยำของเครื่องชั่ง สำหรับเวลาที่ดีที่สุดในการชั่ง คือ ทันทีที่ตื่นนอน หลังการปัสสาวะแล้ว (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548; Indilicato, 2006; Jessup et al., 2009; Oxberry & Johnson, 2008)

การมีกิจกรรมและการสงวนพลังงานในการทำกิจกรรม ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจตามการจำแนกของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association: NYHA) functional class I - III) ที่มีอาการคงที่แล้ว พยาบาลต้องแนะนำวิธีเพิ่มความทนในการทำกิจกรรม และวิธีการสงวนพลังงาน เพื่อให้ทำกิจกรรมต่างๆ โดยเฉพาะกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองโดยไม่เหนื่อยล้า หรือมีอาการผิดปกติ วิธีการต่างๆ เช่น การนั่งทำงานจะทำให้เหนื่อยน้อยกว่าการยืน การทำไปพักไปจะทำให้ไม่เหนื่อย การไม่ทำกิจกรรมหลังอาหารทันที เป็นต้น และในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ (Functional class IV) ต้องแนะนำกิจกรรมที่ป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การบริหารข้อต่อต่างๆ

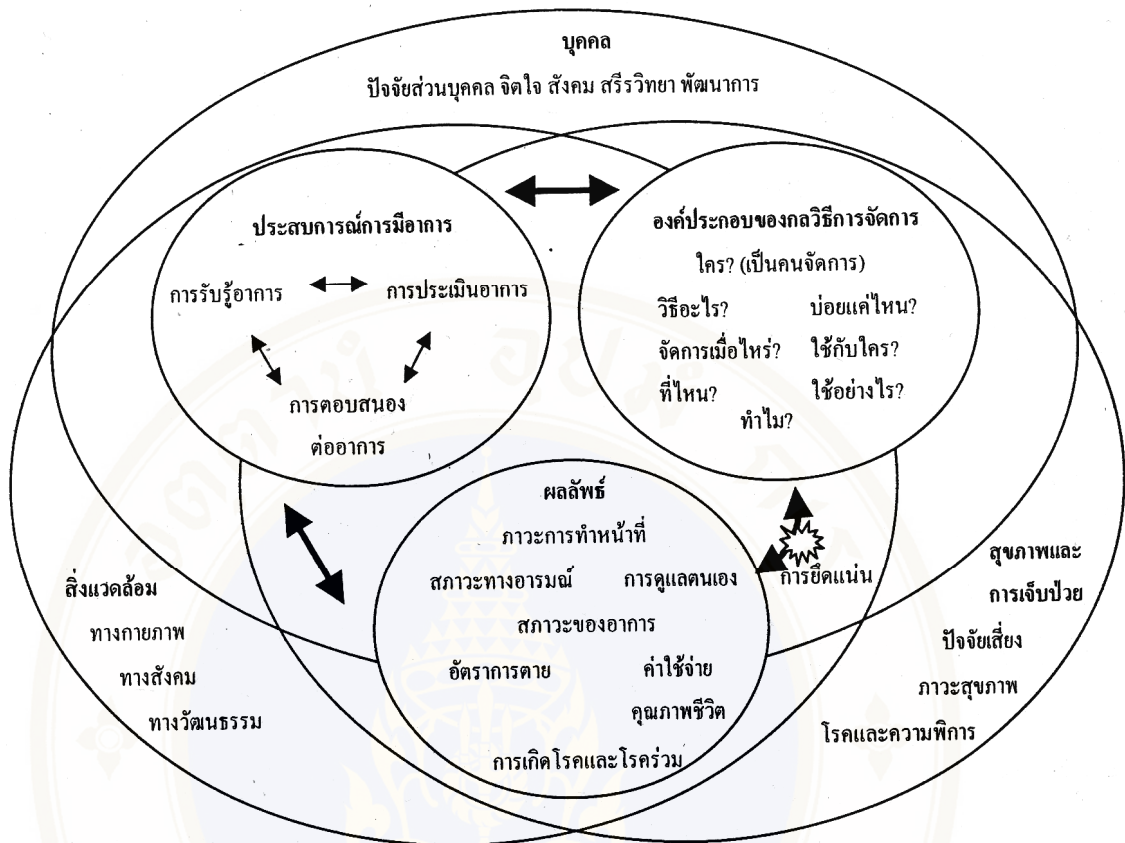
การให้ความรู้และสนับสนุนด้านจิตใจ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะเฉียบพลันมักวิตกกังวล เครียดและกลัวตาย เนื่องจากมีอาการหายใจลำบากอย่างรุนแรง ดังนั้น การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การให้ความมั่นใจ การสนับสนุนทางอารมณ์แก่ผู้ป่วยและญาติมีความสำคัญยิ่ง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของโรค การบำบัดรักษา อุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ ที่ใช้รักษา ความก้าวหน้าหรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสมและอย่างมีจุดมุ่งหมาย จะช่วยบรรเทา

ความกลัว ความเครียด และความวิตกกังวลของทั้งผู้ป่วยและญาติ และยังส่งเสริมความร่วมมือในการบำบัดรักษาช่วยการทำหน้าที่ของหัวใจ และลดภาระงานของหัวใจ ทำให้การรักษาได้ผลดีขึ้น รวมถึงการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การฟังดนตรี (Indelicato, 2006., Oxberry & Johnson, 2008)

3. การรักษาด้วยการทำหัตถการและการผ่าตัด มีวัตถุประสงค์เพื่อมุ่งเน้นการแก้ไขที่สาเหตุของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มาจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จะได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous transluminal coronary angioplasty: PTCA) หรือการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery bypass graft [CABG]) เพื่อให้ปริมาตรเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มมากขึ้น การใช้เครื่องมือช่วยการทำหน้าที่ของเวนทริเคิล (Ventricular assist device:VAD) ช่วยลดภาระงานของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดความต้องการใช้ออกซิเจน และช่วยให้เลือดไปยังอวัยวะต่างๆเพียงพอ ใช้ในการผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาได้ด้วยยาแล้วเป็นผู้ป่วยที่มีการสูญเสียการทำหน้าที่ของหัวใจอย่างสมบูรณ์ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548; Davis, 2004) Cardiac resynchronization therapy (CRT) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการนำกระแสไฟฟ้าของหัวใจ ทำให้ภาวะการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติจะกลับมาปกติโดยเครื่องนี้จะคล้ายกับ pacemaker คือประกอบด้วย pulse generator และ lead system (Davis, 2004; Oxberry & Johnson, 2008) Ultrafiltration เป็นการบำบัดทดแทนไตโดยการนำน้ำส่วนเกินออกจากร่างกายโดยไม่มีการนำของเสียออกด้วย ในกรณีที่ผู้ป่วยมีการคั่งของน้ำและมีภาวะไตวาย ทำให้การตอบสนองต่อยาขับปัสสาวะลดลงเป็นการลดน้ำที่เกินภายในร่างกายและปอดอย่างรวดเร็ว และในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้ายทำการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (Heart transplant) เป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดยืนยาวขึ้น (Oxberry & Johnson, 2008)

2.2 แนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ

Dodd และคณะ (2001) ได้พัฒนารอบแนวคิดการจัดการกับอาการมาจากแนวคิดของ Larson และคณะ (1994) โดย Dodd และคณะ ได้ให้ความหมายของการจัดการกับอาการ (Symptom management) ว่าเป็นวิธีการต่างๆที่ผู้ป่วยปฏิบัติเมื่อเกิดอาการขึ้น โดยผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นการกระทำเพื่อบรรเทาหรือขจัดอาการ องค์ประกอบในการจัดการกับอาการขึ้นอยู่กับองค์ประกอบด้านบุคคล ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย องค์ประกอบดังกล่าวมีอิทธิพลต่อประสบการณ์การมีอาการ วิธีการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ ซึ่งมีรายละเอียดดังภาพที่ 2.1



ภาพที่ 2.1 กรอบแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001)

2.2.1 องค์ประกอบในการจัดการกับอาการ องค์ประกอบในการจัดการกับอาการแต่ละด้าน มีรายละเอียดดังนี้

1) องค์ประกอบด้านบุคคล (Personal domain)

ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล (Demographic) เช่น อายุ เพศ การศึกษา เป็นต้น ลักษณะทางจิตใจ (Psychological) ลักษณะทางสังคม (Sociological) และลักษณะของสรีรวิทยา (Physiological) ซึ่งมีผลต่อการตอบสนองของอาการที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล

2) องค์ประกอบด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย (Health and illness domain)

ประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยงต่างๆ สภาวะทางสุขภาพ โรค อุบัติเหตุ การบาดเจ็บ และการไร้ความสามารถหรือพิการ ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงและทางอ้อมต่อการเกิดอาการ การรักษา และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น รวมถึงระดับการพัฒนาการ (Developmental)

3) องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม (Environment domain)

ประกอบด้วย 1) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical) เช่น บริเวณรอบบ้าน ที่ทำงาน และโรงพยาบาล เป็นต้น 2) สิ่งแวดล้อมทางสังคม (Social) เช่น แหล่งสนับสนุนทางสังคม และ

ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นต้น 3) ลักษณะทางวัฒนธรรมของสิ่งแวดล้อม (Culture) เช่น ความเชื่อ การให้คุณค่าและการปฏิบัติที่มีลักษณะเฉพาะ/พิเศษ เป็นต้น สิ่งแวดล้อมเหล่านี้มีผลต่อการรับรู้ความเจ็บป่วย และมีผลต่อการเลือกหรือตัดสินใจในการดูแลรักษา

2.2.2 มโนทัศน์หลักของแนวคิดการจัดการกับอาการ

แนวคิดการจัดการกับอาการ ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก ดังนี้ (Dodd et al., 2001)

1) **ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience)** หมายถึง เป็นประสบการณ์ของบุคคลที่รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตสังคม ความรู้สึก และสติปัญญา ซึ่งบุคคลจะประเมินความหมายของประสบการณ์การมีอาการโดยประกอบไปด้วย การรับรู้อาการ (Perception of symptoms) การประเมินอาการ (Evaluation of symptoms) และ การตอบสนองต่ออาการ (Response to symptoms) ดังรายละเอียดดังนี้

1.1 การรับรู้อาการ (Perception of symptoms) หมายถึง การที่บุคคลมีการรับรู้และรู้สึกร่างกาย หรือพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงหรือผิดปกติไปจากเดิม เป็นการรับรู้และแปลความผ่านกระบวนการคิดรู้ของตนเองต่ออาการ โดยการประเมินความหมายของอาการและการตอบสนองต่ออาการ ซึ่งนำไปสู่การตั้งข้อสังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ

1.2 การประเมินอาการ (Evaluation of symptoms) หมายถึง การที่บุคคลมีการพิจารณาถึงความรุนแรงของอาการ (severity) สาเหตุ (cause) การรักษาและผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต (treatability) การประเมินอาการจะมีความซับซ้อนของปัจจัยในประสบการณ์การมีอาการ ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การมีอาการจะสามารถอธิบายอาการได้อย่างถูกต้องและมีคุณภาพมากกว่าผู้ที่ไม่มีประสบการณ์การมีอาการ

1.3 การตอบสนองต่ออาการ (Response to symptoms) หมายถึง การที่บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย (Physiologic) จิตใจ (Psychological) วัฒนธรรมและสังคม (sociocultural) รวมทั้งพฤติกรรม (behavioral component)

2) **การจัดการกับอาการ (Symptom management strategies)** หมายถึง กระบวนการที่เป็นพลวัตมีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอยู่กับระยะเวลา ความต้องการ และการตอบสนองของแต่ละบุคคล ในการจัดการกับอาการ เริ่มจากบุคคลมีการประเมินอาการซึ่งเป็นการระบุปัญหาและวางแผนเป้าหมายในการจัดการกับอาการเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ ซึ่งอาจจะมีเป้าหมายเพียงผลลัพธ์เดียวหรือมากกว่าหนึ่งผลลัพธ์ โดยการจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา หรือเปลี่ยนแปลงได้ตามความยินยอมหรือไม่ยินยอมของผู้ป่วย กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการมีความเฉพาะเจาะจงว่า ใครเป็นคนจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น วิธีการจัดการที่ใช้คืออะไร ใช้เมื่อไร ใช้ที่ไหน ทำไมจึงต้องใช้ ใช้อย่างไร และใช้มากน้อยแค่ไหน

3) ผลลัพธ์ (Outcomes) หมายถึง ประสิทธิภาพและประสิทธิผลจากการจัดการอาการ การรับรู้ผลลัพธ์จากการจัดการอาการ ผลลัพธ์ที่บ่งชี้หรือเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการจัดการอาการที่สำคัญ 8 ด้าน (Dodd et al., 2001) ได้แก่ 1) สภาพอาการ (Symptom status) 2) ภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) 3) สภาพอารมณ์ (Emotional status) 4) การดูแลตนเอง (Self care) 5) อัตราการตาย (Mortality) 6) ค่าใช้จ่าย (Cost) 7) คุณภาพชีวิต (Quality of life) 8) อัตราการเกิดโรคและการเกิดโรคร่วม (Morbidity and co-morbidity)

จากแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) สรุปได้ว่า ผู้ป่วยแต่ละคน มีองค์ประกอบแตกต่างกัน ทั้งด้านบุคคล ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย องค์ประกอบเหล่านี้มีอิทธิพลต่อประสบการณ์การมีอาการในเรื่องการรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล รวมถึงวิธีการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

จากการทบทวนรายงานการวิจัยในต่างประเทศ รวมถึงในประเทศไทย พบว่าได้มีการนำแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) ซึ่งประกอบด้วย ประสบการณ์การมีอาการ หมายถึงการรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการ รวมทั้งวิธีการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยนำมาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ เช่น

ในผู้ป่วยมะเร็ง จากการศึกษาของ Hockenberry (2004) ศึกษาการรับรู้อาการและการจัดการกับอาการในผู้ป่วยมะเร็งเด็ก พบว่า ในระหว่างรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ผู้ป่วยรับรู้ประสบการณ์การมีอาการและความทุกข์ทรมานจากผลของยาเคมีบำบัดหลากหลายอาการ อาการที่พบได้บ่อย เช่น ปวด คลื่นไส้ อาเจียน ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ อ่อนเพลีย แผลในปาก และการจัดการกับอาการ เช่นเดียวกับการศึกษาของตริตส แมลงภูทอง และคณะ (2552) ศึกษาประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีจัดการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในการปฏิบัติงานทางคลินิก ทำให้ทราบว่าอาการมักไม่ได้เกิดขึ้นเพียงอาการเดียว แต่มักจะเกิดขึ้นหลายๆ อาการร่วมกัน หรือที่เรียกว่า “กลุ่มอาการ” (Symptom Cluster) กลุ่มอาการ หมายถึง อาการอย่างน้อยสามชนิดหรือมากกว่าที่เกิดขึ้นพร้อมๆ กัน ในขณะนี้เรายังไม่สามารถค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างอาการที่เกิดขึ้นได้ เพียงแต่พบว่าอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นร่วมกันนี้มีผลกระทบซึ่งกันและกัน มีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วย และเป็นตัวทำนายการดำเนินของโรคและความผิดปกติที่เกิดขึ้น (Dodd, Miaskowski, & Paul, 2001) มีงานวิจัยในต่างประเทศที่พบกลุ่มอาการที่เกิดในผู้ป่วยมะเร็ง เช่น อาการซึมเศร้ากับอาการปวด (Ciaramella & Poli, 2001) อาการปวดกับอาการเหนื่อยล้า (Dodd, Miaskowski, & Paul, 2001) อาการหายใจลำบาก อาการวิตกกังวล และอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนงลักษณ์ สุวิศิษฐ์ (2008)

ในผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จากการศึกษาของ Fontani, Ricci, Eel Borge และคณะ (1997) ซึ่งศึกษาผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่พบว่ามีอาการเกิดขึ้นในทุกระยะของการเจ็บป่วย อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสเอชไอวี คือ อาการเหนื่อยล้า (65%) อาการเบื่ออาหาร (34%) อาการไอ (32%) อาการปวด (29%) อาการไข้ (29%) ส่วนผู้ป่วยเอดส์ มากกว่า 50% ของผู้ป่วยพบว่ามีอาการหายใจลำบาก อาการเหนื่อยล้า อาการไอ อาการอ่อนแรง ปากแห้ง นอนไม่หลับ น้ำหนักลด ปวดศีรษะ

นอกจากนี้มีการนำกรอบแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) มาศึกษากลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรังอื่นๆ รวมถึงผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เช่น การศึกษาประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (ควรวรัตน์ มนไชยสง, 2553) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น เช่น การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองกับอาการหายใจลำบากต่อคุณภาพชีวิตของพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ไพรวลัย โคตรตะ, 2547)

ในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าได้มีการนำกรอบแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) มาใช้ สำหรับในประเทศไทยเช่น การศึกษาของนุชรรัตน์ จัตววิชัย (Chatvichai, 2003) พบว่าการศึกษามาก่อนเป็นการศึกษาในต่างประเทศ เช่น การศึกษาของ Patel และคณะ (Patel, Shafazand, Schaufelberger, Ekman, 2007) การศึกษาของ Song และคณะ (Song, Moser, Rayens, Lennie, 2010) สำหรับการศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว รวมถึงวิธีการจัดการกับอาการในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ผู้ป่วยนำมาปฏิบัติ โดยผู้ป่วยรับรู้ว่าจะสามารถบรรเทาหรือจัดการอาการนั้นๆ ได้ โดยผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคาดว่าจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

2.3 ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตาม 3 มิติหลักที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.3.1 ประสบการณ์การมีอาการในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ประสบการณ์การมีอาการ เป็นความรู้สึกหรือสิ่งที่บุคคลรับรู้และบอกเล่าให้ฟัง โดยผู้อื่นไม่สามารถบอกแทนได้ การให้ความหมายของประสบการณ์การมีอาการขึ้นอยู่กับแต่ละแนวคิด โดยมีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

Lenz และคณะ (1997) ได้ให้ความหมายของประสบการณ์การมีอาการตามทฤษฎีประสบการณ์อาการไม่พึงประสงค์ หมายถึงประสบการณ์ความรู้สึที่ผู้ป่วยไม่พึงประสงค์ (Unpleasant sensation) หรือการที่ผู้ป่วยรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงจากการทำหน้าที่ผิดปกติที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจของตนเอง ซึ่งมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ อาการต่างๆสามารถเกิดขึ้นพร้อมกันหลายอาการ หรือเกิดเพียงอาการเดียว แต่เมื่อเกิดอาการใดอาการหนึ่งจะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการอื่นตามมาได้ และรวมถึงกลุ่มอาการ (Symptom cluster) มีความเชื่อมโยงในแต่ละอาการ โดยได้รับอิทธิพลจาก3 ปัจจัย คือด้านร่างกาย (Physiologic factors) จิตใจ (Psychologic factors) สถานภาพ (Situational factors) สามารถประเมินอาการได้ในมิติต่างๆ ประกอบด้วย 4 มิติดังนี้ ด้านความรุนแรง (Intensity) เวลา (Timing) คุณภาพ (Quality) และความทุกข์ทรมาน (Level of distress) ผลจากอาการที่เกิดขึ้น ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรม (Performance)

Dodd และคณะ (2001) ได้ให้ความหมายของประสบการณ์การมีอาการตามแนวคิดการจัดการกับอาการ ว่าเป็นประสบการณ์ของบุคคลที่รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตสังคม ความรู้สึก และสติปัญญา ซึ่งบุคคลจะประเมินความหมายของประสบการณ์การมีอาการครอบคลุมมิติ 3 มิติ ประกอบด้วย 1) การรับรู้อาการ (Perception of symptoms) 2) การประเมินอาการ (Evaluation of symptoms) และ 3) การตอบสนองต่ออาการ (Response to symptoms) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) เป็นกรอบแนวคิดทางทฤษฎีในการศึกษาวิจัย

การศึกษาประสบการณ์การมีอาการในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ครอบคลุมในมิติของความถี่ ความรุนแรง และความรู้สึทุกข์ทรมาน รวมถึงวิธีการจัดการกับอาการจากการทบทวนรายงานวิจัยในประเทศไทยยังได้พบน้อย ในขณะที่ต่างประเทศพบว่ามีการศึกษาประสบการณ์การมีอาการในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างแพร่หลาย แต่ในบริบทของแตกต่างกันทั้งอายุ เพศ เชื้อชาติ สังคม สิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาประสบการณ์การมีอาการในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และผู้วิจัยรวบรวมการศึกษาได้ดังนี้

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีประสบการณ์การมีอาการมากกว่า 1 อาการ เช่น อาการหายใจลำบาก อาการอ่อนล้า บวม อาการนอนไม่หลับ ซึมเศร้า เจ็บแน่นหน้าอก วิตกกังวล (Hunt et al., 2005; Nordgren & Sörensen, 2003; Packer & Cohn, 1999; The Heart Failure Society of America [HFSA], 2006) การทบทวนรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดอาการเฉลี่ย 9 อาการก่อนมาโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ (Bekelman et al., 2007) ผลการศึกษาของ Zambroski และคณะ (2005) พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจตามการจำแนกของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก Functional class II - IV จำนวน 53 รายต้อง

เผชิญกับอาการต่างๆ โดยกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การมีอาการจากภาวะหัวใจล้มเหลวเฉลี่ย 15 อาการ และพบได้ว่ามีตั้งแต่ 7 - 23 อาการในมิติของความถี่ ความรุนแรง และความรู้สึกทุกข์ทรมาน มิติของความถี่ที่พบบ่อยที่สุดได้แก่ อาการนอนไม่หลับหรือนอนหลับยาก (difficulty sleeping) อาการปวดอื่นๆ (other pain) และอาการอ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง (lack of energy) ตามลำดับ มิติความรุนแรงได้แก่ อาการนอนไม่หลับหรือนอนหลับยาก (difficulty sleeping) อาการปวดอื่นๆ (other pain) อาการอ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง (lack of energy) และอาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น (shortness of breath) ตามลำดับ และมิติความรู้สึกทุกข์ทรมานได้แก่ อ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง (lack of energy) นอนไม่หลับหรือนอนหลับยาก และหายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น (shortness of breath) ตามลำดับ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Blinderman และคณะ (2008) ศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจตามการจำแนกของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก Functional class III - IV จำนวน 103 ราย ผู้ป่วยต้องเผชิญอาการต่างๆใน มิติของความถี่ที่พบบ่อยที่สุดได้แก่ อาการอ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง (lack of energy) อาการปากแห้ง (dry mouth) อาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น (shortness of breath) และกลุ่มอาการทางด้านจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล (worrying) รู้สึกเสียใจ (feeling sad) ตัปสน (feeling nervous) ตามลำดับ และมิติความรู้สึกทุกข์ทรมานได้แก่ อาการปวดอื่นๆ (other pain) อาการอ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง (lack of energy) และอาการนอนไม่หลับหรือหลับยาก (difficulty sleeping) จากการทบทวนรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ามีการศึกษาประสบการณ์การมีอาการในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในต่างประเทศ และมีความก้าวหน้าของการศึกษาไปในเชิงความสัมพันธ์ของกลุ่มอาการ (Symptom cluster) เช่นในการศึกษาของ Jurgens และคณะ (2009) ศึกษาในกลุ่มอาการในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แต่เนื่องจากประสบการณ์อาการเป็นกระบวนการรับรู้ของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการเช่น ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจ ระดับการศึกษา เป็นต้น รวมถึงความแตกต่างในสังคมและวัฒนธรรม

สำหรับการศึกษาประสบการณ์การมีอาการในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศไทย เช่นการศึกษาของนิตยา ศรีสุข (2551) ศึกษาอาการไม่สบายในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในมิติของความถี่ และความรุนแรงพบว่า อาการที่มีความถี่และรุนแรงมากที่สุดได้แก่อาการอ่อนล้า และเหนื่อยหอบ รองลงมาคืออาการกังวลหรือเครียด ในขณะที่อาการที่มีความถี่และรุนแรงน้อยที่สุดคืออาการบวมที่ขา และการศึกษาของพวงผกา กรีทองและคณะ (Krethong, Jirapaet, Jitpanya, & Sloan, 2008) พบว่าอาการที่มีความถี่และรุนแรงมากที่สุดคือ อาการอ่อนล้า รองลงมาคือ อาการใจสั่น เจ็บแน่นหน้าอก ตามลำดับ อย่างไรก็ตามการศึกษาประสบการณ์การมีอาการในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศไทย ไม่ได้ศึกษาประสบการณ์การมีอาการครอบคลุมในมิติการรับรู้อาการ

การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการตามแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสบการณ์การมีอาการในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญอย่างมากในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวควรได้รับการประเมินอาการอย่างครอบคลุม เพื่อป้องกันและบรรเทาผลกระทบที่รุนแรงจากอาการดังกล่าว

การประเมินประสบการณ์การมีอาการในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

การประเมินประสบการณ์การมีอาการมีความสำคัญ เนื่องจากอาการมีผลโดยตรงต่อสุขภาพและภาวะการทำหน้าที่ การประเมินที่ดีต้องครอบคลุมอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นในมิติต่างๆ เช่น ความถี่ (frequency) ความรุนแรง (severity) และความรู้สึกทุกข์ทรมาน (distress) เพื่อที่จะนำไปสู่การจัดการกับอาการที่เหมาะสม จากการทบทวนรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าเครื่องมือส่วนใหญ่ที่ใช้ในการประเมินประสบการณ์การมีอาการในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีดังนี้

1) แบบประเมิน Cardiac Symptom Survey (CSS) ของ Zimmerman และคณะ (Zimmerman, Brey, Catlin & Nieveen, 2006) แปลเป็นภาษาไทยโดย จันทนา หล่อตระกูล (2549) เป็นเครื่องมือที่ศึกษาประสบการณ์การมีอาการในผู้ป่วยโรคหัวใจ ซึ่งประเมินอาการใน 2 มิติ คือ ด้านความถี่ และความรุนแรง ถามเกี่ยวกับอาการ 10 อาการ ได้แก่ เจ็บแน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น อาการอ่อนล้า ซึมเศร้า นอนไม่หลับ/หลับยาก ปวดตำแหน่งผ่าตัด บวมบริเวณขา ใจสั่น วิดกกังวล และเบื่ออาหาร ค่าคะแนนในแต่ละมิติของแต่ละอาการมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 10 โดยที่คะแนน 0 คือไม่มีอาการนั้นเกิดขึ้น และคะแนน 10 มีอาการนั้นเกิดขึ้นมากที่สุด คะแนนรวมทั้งหมดมีค่าที่เป็นไปได้คือ 0 ถึง 100 คะแนน คะแนนน้อยหรือมากนั้นแสดงถึงระดับของอาการในด้านความถี่และความรุนแรง

2) แบบประเมิน Memorial Symptom Assessment Scale - Heart Failure [MSAS - HF] ของ Zambroski และคณะ (Zambroski et al., 2004) เป็นแบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการ ซึ่งปรับปรุงมาจากแบบประเมิน Memorial Symptom Assessment Scale [MSAS] ของพอร์ทีนอยและคณะ (Portenoy et al., 1994) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย และแปลย้อนกลับ (Back translation) โดยนางลักขณ์ สุวิสิษฐ์ (Suwisith, 2008) ประกอบด้วยคำถามที่เกี่ยวกับอาการ 32 อาการ สำหรับนำมาใช้ในผู้ป่วยมะเร็ง โดยให้ผู้ป่วยประเมินว่ามีอาการที่ระบุในแบบประเมินหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยตอบว่ามี ให้ผู้ป่วยประเมินในช่องความถี่ของอาการ ระดับความรุนแรง และความรู้สึกทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิต ถ้าหากไม่มีอาการก็ไม่ต้องประเมินต่อในช่องความถี่ของอาการ ระดับความรุนแรง และความรู้สึกทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิต

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาประสบการณ์การมีอาการในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการประกอบด้วยหลายมิติ ได้แก่ ความถี่ (frequency) ความรุนแรง (severity) และความรู้สึกรบกวน/รบกวนการดำเนินชีวิต (distress) ตามกรอบแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) ผู้วิจัยนำแบบประเมิน Memorial Symptom Assessment Scale - Heart Failure [MSAS - HF] มาใช้ในการในการศึกษาประสบการณ์การมีอาการในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่มีความเหมาะสมและความครอบคลุมในมิติต่างๆ ที่ต้องการศึกษาและเป็นเครื่องมือมาตรฐาน มีความน่าเชื่อถือ และมีการนำมาใช้ในการศึกษาอย่างแพร่หลายในต่างประเทศ เช่น การศึกษาของ Zambroski และคณะ (2005), Bekelman และคณะ (2007) เป็นต้น ทั้งนี้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แปลแบบประเมิน Memorial Symptom Assessment Scale - Heart Failure [MSAS - HF] เป็นภาษาไทยเพิ่ม 5 อาการ และมีการแปลย้อนกลับ (Back translation) เพื่อให้ข้อความเหมาะสมในการนำมาใช้ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยได้มีการนำแบบประเมิน Memorial Symptom Assessment Scale - Heart Failure [MSAS - HF] ไปใช้ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ในแต่ละหมวดย่อย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม เท่ากับ 0.87, 0.83 และ 0.73 ตามลำดับ (Zambroski et al., 2005) (ภาคผนวก ก หน้า 170)

2.3.2 การจัดการกับอาการในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

Dodd และคณะ (2001) ได้ให้ความหมายของวิธีการจัดการกับอาการ ว่าเป็นวิธีการต่างๆ ที่ผู้ป่วยปฏิบัติเมื่อเกิดอาการขึ้น โดยมีเป้าหมายของการจัดการกับอาการ คือป้องกันหรือชะลอการเกิดผลลัพธ์ด้านลบอย่างต่อเนื่อง วิธีการจัดการกับอาการสามารถทำได้โดยการใช้ยา การจัดการโดยบุคลากรทางการแพทย์ และวิธีการดูแลตนเองของผู้ที่มีประสบการณ์อาการ โดยทั่วไปการจัดการกับอาการจะเริ่มจากการที่บุคคลมีการประเมินอาการ ระบุปัญหา และวางแผนเป้าหมายในการจัดการกับอาการ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ ซึ่งอาจจะมีเป้าหมายเพียงแค่ผลลัพธ์เดียวหรือมากกว่าหนึ่งผลลัพธ์ ทั้งนี้การจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา หรือเปลี่ยนแปลงได้ตามความพึงพอใจของผู้ป่วย

โดยทั่วไปกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการมีความเฉพาะเจาะจงว่า ใครเป็นคนจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น วิธีการจัดการที่ใช้คืออะไร ใช้เมื่อไร ใช้ที่ไหน ทำไมจึงต้องใช้ ใช้อย่างไร และใช้มากน้อยแค่ไหน เนื่องจากพยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลวทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการดำเนินของโรคที่มีความรุนแรง ส่งผลให้เกิดอาการและอาการแสดงที่หลากหลาย ดังนั้นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจึงต้องหาวิธีการจัดการกับอาการ เพื่อบรรเทาอาการหรือจัดการอาการนั้นๆ ลดความ

ทุกซ์ทรมานที่เกิดขึ้น คงไว้ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ทั้งในด้านกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมทางสังคม หรือตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละบุคคล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าได้มีการศึกษาวิธีการจัดการกับอาการต่างๆ ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น การศึกษาของนุชรินทร์ ฉัตรวิชัย (Chatvichai, 2003) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการบรรเทาอาการหายใจลำบากและความรู้ เพื่อควบคุมอาการหายใจลำบาก ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการหายใจลำบาก จำนวน 20 ราย โดยระยะวิกฤติ 24 ชั่วโมงแรก การจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยการให้ยา หลังระยะวิกฤติ 48 ชั่วโมง การจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยการการรักษาทั่วไป เช่น ให้การพยาบาลโดยการให้ออกซิเจน การจัดทำผู้ป่วยให้อยู่ในท่าศีรษะสูง (Fowler's position) หรือท่านั่ง การจำกัดเกลือและน้ำ จำกัดเกลือในอาหารไม่เกิน 2 กรัมต่อวัน การชั่งน้ำหนัก การมีกิจกรรม โดยที่ไม่เกิดอาการผิดปกติ การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การฟังดนตรี (Indilicato, 2006) และระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารการจำกัดเกลือและน้ำ อาการและอาการแสดงที่ผิดปกติ การชั่งน้ำหนักทุกวัน และแนะนำการบริหารยาที่เหมาะสม

นอกจากนี้ วันทนา มณีศิลป์ (Maneesilp, 2000) ได้ศึกษาประสบการณ์การเหนื่อยหอบ ผลของการเหนื่อยหอบ และวิธีจัดการกับอาการเหนื่อยหอบของผู้ป่วยโรคหัวใจ จำนวน 100 ราย พบว่าผู้ป่วยทุกคนรับรู้ว่าการออกกำลังกายหรือทำงานหนักเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการเหนื่อยหอบ ดังนั้นวิธีจัดการกับอาการเหนื่อยหอบที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ คือการหยุดทำกิจกรรม (100%) การจัดทำ (90%) ร่วมกับการใช้ยาดมหรือยาหอม (57%) และส่วนใหญ่มีการป้องกันไม่ให้เกิดเหนื่อยหอบโดยการหลีกเลี่ยงการทำงานหนัก (70%) เช่นเดียวกับการศึกษาของรติรส แผลงภูทอง และคณะ (2552) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามร้อยละ 75 มีวิธีจัดการกับอาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น โดยการนั่ง/นอนพัก เนื่องมาจากการนั่งหรือนอนพักเป็นวิธีที่ปฏิบัติได้ง่าย จึงเป็นเหตุผลที่ผู้ป่วยเลือกใช้วิธีนี้ เช่นเดียวกับการศึกษาของมยุรี บุญทัด (Boontad, 2004) พบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ใช้วิธีการจัดการกับอาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น โดยการนอนพักซึ่งวิธีทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ร่างกายเกิดการผ่อนคลาย

สำหรับการศึกษาวิธีการจัดการกับอาการในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศไทย พบว่ายังมีอยู่จำกัด ในขณะที่อาการและอาการแสดงในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดขึ้นหลากหลายอาการ ทั้งในมิติความถี่ ความรุนแรง และความรู้สึกรู้สึกทุกซ์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิตตามที่ได้กล่าวมาแล้ว เช่น อาการอ่อนล้า (Fatigue) อาการนอนไม่หลับหรือนอนหลับยาก (Difficulty sleeping) อาการไอ (Cough) บวม (Edema) เป็นต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิธีการจัดการกับอาการโดยผู้ป่วยเอง โดยผู้วิจัยสร้างเครื่องมือขึ้นจากกรอบแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd

และคณะ (2001) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งที่เป็นคำถามปลายเปิดและคำถามปลายปิด เกี่ยวกับวิธีการจัดการกับอาการที่ทำให้ผลดีที่สุด ที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเลือกใช้เพื่อบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น ความรู้สึกทุกข์ทรมาน หรือรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันผู้ป่วยมากที่สุด 5 อันดับแรก โดยผู้ป่วยสรุปผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการ และสรุปผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการโดยรวม (ภาคผนวก ค หน้า 173) ข้อมูลวิธีการจัดการกับอาการที่ได้จากผู้ป่วย สามารถนำไปประเมินภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อไป

2.3.3 ภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิต มีบทบาทในการที่ช่วยประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกเพื่อช่วยในการวินิจฉัย กำหนดการรักษาที่เหมาะสม ติดตามการตอบสนองการรักษา การพยากรณ์โรค ตลอดจนทำนายอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้ (Allard, Dionne, & Potvin, 1995; Wang, 2004) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (Dodd et al., 2001) โดยมีแนวคิดที่ว่า ภาวะการทำหน้าที่เป็นผลลัพธ์ตัวหนึ่งที่เกิดจากประสบการณ์การมีอาการและการจัดการกับอาการ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีงานวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาถึงผลกระทบต่อการเจ็บป่วยต่อภาวะการทำหน้าที่โดยใช้คำต่างๆที่แตกต่างกันออกไป เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activity of daily living) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Functional status) กิจกรรม (activities/task) เป็นต้น

ความหมายของภาวะการทำหน้าที่ อธิบายได้ดังต่อไปนี้

ราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ได้ให้คำจำกัดความของคำว่า “สภาวะ” (มีความหมายเท่ากับคำว่า “สภาพ” และมีความหมายเท่ากับคำว่า “ภาวะ”) หมายถึง ลักษณะในตัวเอง และคำว่า “หน้าที่” หมายถึง กิจที่ต้องทำด้วยความรับผิดชอบ เมื่อนำคำว่าภาวะการทำหน้าที่มารวมกันจะหมายถึง กิจที่ต้องทำด้วยความรับผิดชอบ

Cooley (1998) ได้ให้ความหมายของภาวะการทำหน้าที่ ว่าเป็นความสามารถในการดำรงบทบาทในการใช้ชีวิตแบ่งเป็น 2 อย่างคือ 1) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างง่ายๆ เช่น การอาบน้ำแต่งตัว การรับประทานอาหาร การเดิน และ 2) การปฏิบัติบทบาททั้งภายในบ้านและนอกบ้านได้ เช่น การทำความสะอาด การทำอาหาร การซื้อของและการทำงาน เป็นต้น

Wang (2004) ได้ให้ความหมายของภาวะการทำหน้าที่ว่า หมายถึง ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ การใช้สติปัญญา และบทบาท

Leidy (1994) ได้ให้ความหมายของภาวะการทำหน้าที่ คือ ความสามารถของบุคคลที่จะทำสิ่งต่างๆที่จำเป็นในชีวิตเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำเนินชีวิต เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความผาสุก ภาวะการทำหน้าที่ประกอบด้วย 4 มิติ คือ 1) ความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional capacity) คือ ความสามารถสูงสุดของบุคคลในการที่กระทำกิจกรรมตามปกติในชีวิตประจำวันเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน คงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี 2) การปฏิบัติหน้าที่ (functional performance) คือ ความสามารถในการทำกิจกรรมทางกาย จิตใจ สังคม อาชีพ และจิตวิญญาณของบุคคลที่ปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวันเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย กิจกรรมประจำวัน (Activity of daily living: ADL) กิจกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตและการเจริญเติบโตของบุคคล รวมทั้งกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและชุมชน 3) พลังงานสำรองด้านหน้าที่ (Functional reserve) คือ ความแตกต่างระหว่างความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional capacity) กับการปฏิบัติจริงในหน้าที่ (functional performance) ซึ่งโดยปกติบุคคลจะไม่ต้องแสดงศักยภาพในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม โดยผู้สูงอายุจะมีพลังงานสำรองน้อยกว่าคนหนุ่มสาว และ 4) การนำความสามารถด้านหน้าที่ออกมาใช้ (Functional capacity utilization) คือ การดึงความสามารถในมาใช้ในกิจกรรมต่างๆ ตามระดับของกิจกรรม

Cohen และ Marino (Cohen & Marino, 2002 cited in Wang, 2004) กล่าวว่าภาวะการทำหน้าที่เป็นการปฏิบัติกิจกรรมทางกาย จิตใจ สังคม การทำงาน และเศรษฐกิจของแต่ละบุคคล ซึ่งรวมทุกด้านของชีวิต โดยเกี่ยวข้องกับคำว่า สุขภาวะ (Health status) หรือ คุณภาพชีวิต (Quality of life) ซึ่งในบริบทของคุณภาพชีวิตครอบคลุมถึงภาวะการทำหน้าที่ เนื่องจากภาวะการทำหน้าที่บ่งบอกถึงความสามารถขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวัน

แนวคิดภาวะสุขภาพ ได้ถูกนำมาใช้ในการสร้างเครื่องมือเพื่อประเมินภาวะสุขภาพหรือภาวะการทำหน้าที่อย่างแพร่หลาย เช่น แบบประเมิน Sickness Impact Profile: SIP, SF – 36 Survey เป็นต้น โดย Rector และคณะ (1987) ได้นำแนวคิดดังกล่าวมาใช้ในการสร้างเครื่องมือประเมินการใช้ชีวิตอยู่กับโรคหัวใจล้มเหลวของมินเนโซตา เพื่อประเมินภาวะการทำหน้าที่หรือภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว โดยมีแนวคิดว่ายพยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลว และอาการและอาการแสดงเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งผู้ป่วยรับรู้ได้ถึงภาวะสุขภาพของตนเองที่ได้รับผลกระทบจากภาวะหัวใจล้มเหลว

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ ภาวะการทำหน้าที่ จึงหมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันครอบคลุมทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม เช่น การ

อาบน้ำ แต่งตัว การรับประทานอาหาร การเดิน การพักผ่อนนอนหลับ การปฏิบัติกิจกรรมในครอบครัว การงาน และการปฏิบัติกิจกรรมในทางสังคมในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น เพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการทำหน้าที่

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าภาวะหัวใจล้มเหลวส่งผลกระทบต่อภาวะการทำหน้าที่ด้านร่างกายโดยตรง และยังส่งผลกระทบต่อจิตใจอารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีรายละเอียดดังนี้

1) เพศ ในสังคมทั่วไปเพศชายถูกกำหนดให้เป็นผู้นำครอบครัว มีร่างกายแข็งแรง เพศหญิงสังคมกำหนดให้เป็นแม่บ้าน และช่วยเหลืองานในครอบครัว เพศชายจึงมองว่าตนเองมีบทบาทในการเป็นผู้นำมากกว่า ในเพศชายเมื่อเกิดความเจ็บป่วยย่อมมีผลกระทบกับบทบาทการเป็นผู้นำ โดยหากความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือเป็นภาระให้กับผู้อื่น ทำให้ความมีคุณค่าในตัวเองลดลง ในเพศหญิงพบว่าผลกระทบด้านบทบาทมีน้อยกว่าเพศชาย แต่เนื่องจากเพศหญิงถูกกำหนดเป็นแม่บ้าน รับผิดชอบงานบ้าน ดูแลสมาชิกในครอบครัวในขณะที่ตนเองก็เจ็บป่วย จึงมักเป็น สาเหตุของการเกิดอาการอ่อนล้าในเพศหญิง (Evangelista, Singer, & Dracup, 2001) จากผลการศึกษาของ Falk และคณะ (2008) พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เป็นเพศหญิงมีการรับรู้ประสบการณ์อาการอ่อนล้ามากกว่าเพศชาย ส่งผลให้เพศหญิงมีภาวะการทำหน้าที่เลวลงตามมา ซึ่งสอดคล้องกับจากผลการศึกษาของ Song และคณะ (2009) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการซึมเศร้ามีผลต่ออาการทางร่างกายกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพศหญิง ซึ่งพบว่าเพศหญิงมีภาวะการทำหน้าที่ลดลงกว่าเพศชาย จากการศึกษาของ Riedinger และคณะ (2001) ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าเพศชายมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศหญิงในเรื่องการปฏิบัติชีวิตประจำวัน ดูแลสุขภาพตนเอง เข้าร่วมสังคมได้ดีกว่าเพศหญิง

2) อายุ อายุเป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งบอกถึงความแตกต่างด้านพัฒนาการ ทั้งในด้านร่างกายและวุฒิภาวะ เกี่ยวข้องกับการรับรู้ ความเข้าใจและความรู้สึนึกคิด รวมถึงการตัดสินใจในปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ซึ่งหมายถึงภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเอง อาจแตกต่างกันตามอายุที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Falk และคณะ (2008) ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพศหญิงวัยกลางคนมีประสบการณ์อาการอ่อนล้าและมีความรุนแรงมากกว่าหญิงสูงอายุ ส่งผลให้ภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยลดลง และผลการศึกษาของ Hou และคณะ (2004) พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปีมีภาวะการทำหน้าที่โดยรวมต่ำกว่าผู้ป่วยที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี แต่จากผล

การศึกษาของฉัตรวลัย ไจอรีย์ (2533) พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยหัวใจวายเฉียบพลัน เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Westlake และคณะ (2002) ซึ่งพบว่าอายุไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้

3) ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับชีวิตในทุกๆด้านในตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน ทำให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม การศึกษามีส่วนในการพัฒนาสติปัญญาและภาวะสุขภาพของบุคคล ผู้ที่มีการศึกษาที่ดีสามารถเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เจ็บป่วยและวิธีการปฏิบัติตัวได้ดีกว่าผู้มีการศึกษาน้อย (ฉัตรวลัย ไจอรีย์, 2533) จากผลการศึกษาของ ประภา รัตนเมธานนท์ (2535) พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่ระดับการศึกษาน้อย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Lee และคณะ (2005)

4) รายได้ เป็นการบ่งบอกฐานะทางเศรษฐกิจชีวิตความเป็นอยู่ รวมถึงการเข้าถึงการบริการทางสุขภาพ เป็นปัจจัยที่สำคัญในการดำรงชีวิตของคนเพราะเป็นสิ่งที่ตอบสนองความต้องการพื้นฐานอื่นๆ เช่น อาหาร ที่อยู่อาศัย และการรักษาพยาบาล การผลศึกษาของฉัตรวลัย ไจอรีย์ (2533) พบว่ารายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเฉียบพลัน สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา (Clark et al., 2003; Evangelista et al., 2001) และจากผลการศึกษาของอรุณประไพ บัวพันธ์ (Buapan, 2008) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่า รายได้ มีอำนาจทำนายการปรับตัวของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในด้านร่างกายได้ดี

5) ระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจ เป็นการจำแนกระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวตามสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association [NYHA]) โดยที่ระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจ พิจารณาระดับของกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถทำได้และอาการที่เกิดขึ้น (ACC/AHA, 2001; Hunt et al., 2005) โดยแบ่งเป็น 4 ระดับตามที่ได้อธิบายมาแล้วข้างต้น พบว่า ระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เมื่อระดับความรุนแรงของโรคมารุนแรงขึ้น ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดลง ทำให้ภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Heo และคณะ (2008) ที่ศึกษาถึงปัจจัยทำนายอาการทางด้านร่างกายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล คือระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจมีอำนาจทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เช่นเดียวกับการศึกษาของ Lee และคณะ (Lee, Yu, Woo, Thomson, 2005) ก็พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจสูงขึ้นมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ และผลการศึกษาของ Westlake และคณะ (2002) ซึ่งพบว่าระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจสามารถทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้

6) ภาวะโรคร่วม หมายถึงโรคอื่นที่เป็นร่วมด้วย มีผลต่อการทำงานและการเจ็บป่วย (Utriyaprasit & Moore, 2005) จากการทบทวนรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โรคร่วมที่พบในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีผลต่อการทำงานของร่างกายและพยาธิสภาพของหัวใจและหลอดเลือด เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง (Arnold et al., 2003; Hassan et al., 2005) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Gott และคณะ (2006) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสูงอายุ มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปจำนวน 542 ราย พบว่าเพศหญิง ระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจ ภาวะซึมเศร้า ภาวะโรคร่วมมาก มีอำนาจทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ และจากการศึกษาของ Barnason และคณะ (Barnason, Zimmerman, Anderson, Mohr-Burt, Nieveen, 2000) ที่ศึกษาภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยหลังที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีโรคร่วมมากกว่า 1 โรคมีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ในระดับต่ำ ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาอื่น (Clark et al., 2003; Heo et al., 2008; Riedinger et al., 2000) ที่พบว่าภาวะโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

7) การสนับสนุนทางสังคม เป็นองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมที่สำคัญโดยมีผลต่อการรับรู้ความเจ็บป่วย แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมมาจากครอบครัว เพื่อน หรืออื่นๆ รวมถึงลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นต้น ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น สถานภาพสมรส และการอาศัยอยู่กับครอบครัวการสนับสนุนทางสังคมและเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะการทำหน้าที่ และมีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูสภาพหลังการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นคงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รู้สึกว่าชีวิตยังมีคุณค่า เมื่อเกิดการเจ็บป่วยคู่สมรสหรือบุคคลในครอบครัวจะเป็นผู้คอยดูแลช่วยเหลือเอาใจใส่ ก่อให้เกิดกำลังใจ (Andrew & Roy, 1986) การสนับสนุนจากคู่สมรสและบุคคลในครอบครัวเป็นปัจจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแนวการรักษาและไปพบแพทย์ตามนัดหมาย (Bennett et al., 2001) ดังผลการศึกษาที่ผ่านมา (Bennett et al., 2001; Riedinger et al., 2002; Yu et al., 2004) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ด้านร่างกายในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง สอดคล้องการศึกษานักตรวถัย ใจอารีย์ (2533) ผลการศึกษานักตรวถัย พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีอำนาจทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 โดยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 46.36 จากผลการศึกษาของเขาวภา บุญเที่ยง (Boontang, 2002) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลทางลบกับการกลับเข้ามาพักรักษาในโรงพยาบาลในผู้ป่วยหัวใจวายเฉียบพลัน รวมถึงผลการศึกษาของนันทา ขวัญดี (2553) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการฟื้นตัวด้านภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักภายหลังทำการผ่าตัด

8) **สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ** เช่น สถานที่ทำงานหรือการประกอบอาชีพ มีผลต่อภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Heo และคณะ (2008) พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มที่ประกอบอาชีพหรือทำงานมีความสัมพันธ์กับอาการทางร่างกายและคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ โดยรายงานว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีอาการทางร่างกายและคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพ อันเนื่องมาจากเกิดความเครียดหรือภาวะซึมเศร้า ซึ่งต่างจากผลการศึกษาของ Grady และคณะ (1995) พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ไม่ได้ทำงานระหว่างรอการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การประเมินภาวะการทำหน้าที่

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าเครื่องมือที่มีการนำมาใช้ในการประเมินภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีดังนี้

1) แบบประเมิน Sickness Impact Profile (SIP) พัฒนาโดย Bergner และคณะ (1981) เพื่อใช้ประเมินผลกระทบจากการเจ็บป่วยและ/หรือจากการรักษาต่อภาวะการทำหน้าที่ (functional status) SIP ฉบับสมบูรณ์ประกอบด้วย 12 หมวด รวม 136 คำถามย่อย ได้แก่ หมวดการนอนหลับพักผ่อน (7 ข้อ) หมวดพฤติกรรมทางอารมณ์ (9 ข้อ) หมวดการดูแลร่างกายและการเคลื่อนไหว (23 ข้อ) หมวดการจัดการบ้าน (10 ข้อ) หมวดการเคลื่อนย้าย (10 ข้อ) หมวดการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (20 ข้อ) หมวดการเคลื่อนไหวร่างกาย (12 ข้อ) หมวดพฤติกรรมการแสดงถึงการตื่นตัว (10 ข้อ) หมวดการสื่อสาร (9 ข้อ) หมวดการทำงาน (9 ข้อ) หมวดนันทนาการและการใช้เวลาว่าง (8 ข้อ) หมวดการรับประทานอาหาร (9 ข้อ) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย เพ็ญรุ่ง ผลกาญจนากร (2542) ซึ่งนำมาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบก่อนและหลังใส่เครื่องช่วย มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.9

2) แบบวัดดัชนีวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคล (The Duke Activity Status Index: DASI) นำมาใช้ในการวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันภายหลังการเจ็บป่วย (Pilote, Bourassa, Bost, Detre, Mark, Pitt, et al., 1995) นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย ผาสุก แก้วเจริญตา และนำไปใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 16 ราย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .97 (ผาสุก แก้วเจริญตา, 2546)

3) แบบสอบถามความสามารถในการทำหน้าที่ (functional status) สร้างโดยเมรี ดี เนลเลอร์ (Marry D. Naylor, 1999) โดยนำไปใช้ในผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจทางอายุรกรรม ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ภาวะหัวใจล้มเหลว และโรคหัวใจที่ต้องผ่าตัดทางศัลยกรรม แบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ (functional status) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ความสามารถในการ

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน 5 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเดิน การอาบน้ำ และการขับถ่าย 2) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง 3 ด้าน ได้แก่ การทำงานบ้าน การเดินทาง และการทำงานในอาชีพ แบบสอบถามความสามารถในการทำหน้าที่ (functional status) แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อุษาวดี อัครวิเศษ (2550) ใช้วัดความสามารถในการทำหน้าที่ในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดง ใน โดยนำไปใช้กับผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดง 208 ราย มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ที่ .82

4) แบบสอบถามการใช้ชีวิตอยู่กับโรคหัวใจล้มเหลวของมินเนโซตา สร้างโดย Rector และคณะ (Rector et al., 1987) เพื่อใช้ประเมินภาวะการทำหน้าที่ในภาวะหัวใจล้มเหลว โดย Rector เห็นว่า การประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้ Sickness Impact Profile: SIP เป็นการวัดผลกระทบซึ่งเกิดจากการเจ็บป่วยโดยทั่วไป ไม่มีความเฉพาะเจาะจง จึงได้พัฒนาแบบสอบถามการใช้ชีวิตอยู่กับโรคหัวใจล้มเหลวของมินเนโซตาขึ้น และมีหลายการศึกษาพบว่าแบบสอบถามการใช้ชีวิตอยู่กับโรคหัวใจล้มเหลวของมินเนโซตา มีคุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยาอยู่ในเกณฑ์ดี เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะโรค (disease-specific instruments) (Bennett et al., 2003) โดย Rector (2005a) นำเครื่องมือดังกล่าวมาใช้ในการศึกษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 181 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .94 ทั้งนี้ แบบสอบถามการใช้ชีวิตอยู่กับโรคหัวใจล้มเหลวของมินเนโซตา ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ จำแนกเป็น 3 องค์ประกอบได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านเศรษฐกิจและสังคม ลักษณะการตอบเป็น Likert scale โดยให้ผู้ป่วยตอบตามการรับรู้ความรู้สึก แบ่งคำตอบเป็น 6 ระดับ (6 point - Likert scale) คือ ไม่มีเลย (0) มีน้อยมาก (1) ไปเรื่อยๆจนถึงระดับมาก (5) คะแนนตั้งแต่ 0 ไม่มีผลต่อภาวะการทำหน้าที่เลย ถึง 5 ผลต่อภาวะการทำหน้าที่มากที่สุด ในแต่ละด้านประกอบด้วยข้อย่อยๆ คือ ด้านร่างกายประกอบด้วยคำถาม 8 ข้อ ด้านอารมณ์ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ และด้านเศรษฐกิจและสังคม ประกอบด้วยคำถาม 8 ข้อ ซึ่งค่าคะแนนที่เป็นไปได้คือ 0 ถึง 105 คะแนน แบบสอบถามการใช้ชีวิตอยู่กับโรคหัวใจล้มเหลวของมินเนโซตา ฉบับภาษาไทยได้รับการแปลโดย กฤติกา ชูณวษ์ (2547) และพรณทิพา ศักดิ์ทอง (Tangsattitkiat & Sakthong, 2009) โดยกฤติกา ชูณวษ์ (2547) ได้ทดสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 15 ราย ด้วยการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) อยู่ในระดับ 0.89

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้แบบสอบถามการใช้ชีวิตอยู่กับโรคหัวใจล้มเหลวของมินเนโซตา สร้างโดย Rector และคณะ

(1987) ฉบับภาษาไทยได้รับการแปลโดย พรณทิพา ศักดิ์ทอง (Tangsatitkiat & Sakthong, 2009) เนื่องจากเป็นเครื่องมือประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ครอบคลุมองค์รวมของผู้ป่วย จึงมีความเหมาะสมในการใช้ประเมินภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านเศรษฐกิจและสังคม (ภาคผนวก ค หน้า 175)

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยมีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังนี้

การศึกษาของ Zambroski และคณะ (2005) ศึกษาอาการที่เป็นภาระต่อภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประสบการณ์การมีอาการ คือ แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการ โดยใช้แบบประเมิน Memorial Symptom Assessment Scale - Heart Failure [MSAS - HF] ของ Zambroski และคณะ (2004) ซึ่งได้ปรับปรุงมาจากแบบประเมิน Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS) ของ Portenoy และคณะ (Portenoy et al., 1994) และประเมินภาวะการทำหน้าที่ โดยใช้แบบสอบถามการใช้ชีวิตอยู่กับโรคหัวใจล้มเหลวของมินเนโซตาของ Rector และคณะ (Rector et al., 1987) พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจตาม NYHA functional class II - IV จำนวน 53 รายต้องเผชิญกับอาการต่างๆ กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การมีอาการภาวะหัวใจล้มเหลวเฉลี่ย 15 อาการ และพบได้ว่ามีตั้งแต่ 7 - 23 อาการในมิติของความถี่ ความรุนแรง และความรู้สึกทุกข์ทรมาน คือ อาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง อาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น และอาการนอนไม่หลับหรือนอนหลับยาก ตามลำดับ อาการดังกล่าวเป็นอาการที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรับรู้ว่าเป็นภาระอาการ (symptom burden) จำนวนและภาระอาการมากส่งผลให้ภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยต่ำลง

การศึกษาของ Evangelista และคณะ (2008) ศึกษาความสัมพันธ์ของอาการอ่อนล้ากับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวนผู้ป่วย 150 ราย โดยการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบสอบถามการใช้ชีวิตอยู่กับโรคหัวใจล้มเหลวของมินเนโซตาของ Rector และคณะ (1987) พบว่าอาการอ่อนล้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ส่งผลกระทบเชิงลบในด้านภาวะการทำหน้าที่

การศึกษาของ Häggglund และคณะ (2007) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของอาการอ่อนล้ากับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 49 ราย พบว่ามีผลกระทบเชิงลบในด้านภาวะการทำหน้าที่ สอดคล้องกับงานวิจัยอื่นๆ เช่น (Blinderman et al.,

2008; Song et al., 2009) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Heo และคณะ (2008) ที่ศึกษาถึงปัจจัยทำนายอาการทางด้านร่างกายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 95 ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 84 ราย มีอาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น และอาการอ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง ในระหว่างการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และร้อยละ 94 ของผู้ป่วยต้องสูญเสียภาวะการทำงานที่ไปจากอาการดังกล่าว

การศึกษาของวันทนา มณีศิลป์ (2543) ศึกษาประสบการณ์การเหนื่อยหอบ ผลของการเหนื่อยหอบ และวิธีการจัดการกับอาการเหนื่อยหอบของผู้ป่วยโรคหัวใจ จำนวน 100 ราย พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจทุกคนรับรู้ว่าการออกแรงหรือทำงานหนักเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการเหนื่อยหอบ ส่วนใหญ่มีอาการเหนื่อยหอบทุกวัน ระยะเวลาของการเหนื่อยหอบแต่ละครั้งนานครั้งถึงหนึ่งชั่วโมง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

การศึกษาของเพ็ญรุ่ง ผลกาญจนกร (2541) ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในระยะก่อนและหลังใส่โครงร่างตาข่ายในหลอดเลือดหัวใจ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตสังคม ด้านทั่วไป และในภาพรวมทั้งหมด ในระยะก่อนและหลังใส่โครงร่างตาข่ายในหลอดเลือดหัวใจในสัปดาห์ที่ 2 6 และเดือนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลกระทบจากการเจ็บป่วย (Sickness Impact Profile: SIP) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน และภาพรวมหลังใส่โครงร่างตาข่ายหลอดเลือดดีขึ้นตามลำดับ

การศึกษาของฉัตรวลัย ใจอารีย์ (2533) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดกั่ง โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตโดยรวม (Overall quality of life rating) ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสำคัญทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ผลการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุแบบขั้นตอน พบว่า การสนับสนุนทางสังคม และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน เป็นตัวทำนายที่ดีที่ทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 โดยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 46.36

การศึกษาของ Heo และคณะ (2008) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายที่มีผลกระทบต่ออาการทางร่างกายและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 84 รายพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี ประกอบอาชีพหรือทำงาน การรับรู้สุขภาพในระดับดี ภาวะซึมเศร้าระดับต่ำ มีอำนาจทำนายอาการทางร่างกายและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้

การศึกษาของ Schulz และคณะ (Schulz, Zimmerman, Pozehl, Barnason, Nieveen, 2011) ศึกษาวิธีการจัดการกับอาการในผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยศึกษาตามกรอบแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) พบว่าอาการที่พบบ่อยหลัง

ผ่าตัด 3 สัปดาห์และ 6 สัปดาห์ได้แก่ อาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น อาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง ส่วนใหญ่ใช้วิธีจัดการกับอาการดังกล่าวโดยการพักผ่อน และอาการนอนไม่หลับ/หลับยาก ส่วนใหญ่ใช้วิธีจัดการกับอาการดังกล่าวโดยการรับประทานยานอนหลับ

การศึกษาของ Gott และคณะ (2006) ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสูงอายุ ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 542 ราย พบว่าผู้ป่วยเพศหญิง มีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจตามสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก ระดับ 3 และ 4 ภาวะซึมเศร้า ภาวะโรคร่วมมากมีอำนาจทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้

การศึกษาของ Plach และคณะ (Plach, Heidrich, Jeske, 2006) ศึกษาการรับรู้ประสบการณ์อาการอ่อนล้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพศหญิง จำนวน 169 ราย พบว่าทั้งหมดมีประสบการณ์อาการอ่อนล้าและเป็นเรื้อรัง ในกลุ่มผู้หญิงวัยกลางคนที่มีความรู้ประสบการณ์อาการอ่อนล้า มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์เพิ่มสูงกว่ากลุ่มผู้หญิงสูงอายุ โดยระดับการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับระดับการรับรู้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ

การศึกษาของ Oguz และ Enç (2008) ศึกษาประสบการณ์และวิธีการจัดการกับอาการในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจตามสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก ระดับ 2 และ 3 จำนวน 120 ราย พบว่าอาการที่พบได้บ่อย ได้แก่ อาการหายใจลำบาก (Dyspnea) อาการอ่อนล้า (Fatigue) พบว่าวิธีการจัดการกับอาการหายใจลำบากในเพศชายกับเพศหญิงต่างกัน โดยเพศชายใช้วิธีการพักผ่อน เพื่อหลีกเลี่ยงอาการหายใจลำบาก ในขณะที่เพศหญิงเลือกใช้ยาขับปัสสาวะและดมออกซิเจน และวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า ส่วนใหญ่เพศชายและเพศหญิงเลือกใช้วิธีการพักผ่อน

การศึกษาของ Dyo (2011) ที่ศึกษาถึงความทุกข์ทรมานและการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจตามสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก ระดับ 2 และ 3 จำนวน 50 ราย พบว่าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับความทุกข์ทรมานทางร่างกายจากอาการต่างๆที่เกิดขึ้น ในขณะที่ความทุกข์ทรมานที่ไม่เกิดกับร่างกายเกิดจากการถูกแยกออกจากสังคม การกำเริบของอาการเป็นประสบการณ์ที่ทุกข์ทรมานส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิญญาณ ในภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีการดำเนินของโรคอยู่ตลอดเวลาส่งผลกระทบด้านร่างกาย นำไปสู่การรับรู้ถึงประสบการณ์การมีอาการในมิติความดี ความรุนแรงและความทุกข์ทรมานได้

2.5 สรุป

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า อัตราการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวสูงขึ้นทุกปีในหลายประเทศ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะต้องเผชิญกับประสบการณ์การมีอาการต่างๆ เกิดขึ้นหลากหลายอาการ ทั้งจากพยาธิสภาพและการดำเนินของโรค อาการที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานและรบกวนการดำเนินชีวิต ส่งผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรับรู้ประสบการณ์การมีอาการเป็นจุดเริ่มต้นของการหาวิธีการจัดการกับอาการ โดยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ในการคงไว้ซึ่งภาวะการทำหน้าที่ของตนเอง

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) ซึ่งในบริบทของประเทศไทยอาจมีความแตกต่างกันในด้านสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม การศึกษาครั้งนี้คาดว่าจะประโยชน์แก่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และทีมสุขภาพ เป็นพื้นฐานความรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการจัดการกับอาการตามประสบการณ์จริงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพเพิ่มมากยิ่งขึ้น เป็นการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการ ภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรกกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะประชากร คือผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช ณ 2 หน่วยงานคือ หน่วยตรวจโรคหัวใจ ดึกผู้ป่วยนอก และหน่วยตรวจพิเศษหัวใจและหลอดเลือด อาคารศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ชั้น 6 โดยใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) ตามหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ
2. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี รับรู้เกี่ยวกับเวลา บุคคล สถานที่ ปกติ
3. มีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจอยู่ใน Functional class II, III ตามการจำแนกของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association)
4. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะหัวใจล้มเหลวมาไม่น้อยกว่า 4 สัปดาห์

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยมีโรคร่วมที่ทำให้มีอาการเหนื่อยง่ายโดยไม่ได้เกิดจากภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โรคตับวาย โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคปอด เช่น COPD, Asthma, Cor Pulmonale

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ ได้จากการคัดเลือกจากประชากรที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากการเปิดตาราง จากโพลิตและเบค (Polit & Beck, 2008) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบเท่ากับ 95% ($\alpha = 0.05$) อำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.80 กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Medium effect size) เท่ากับ 0.30 โดยมาจากบททวนงานวิจัยที่มีรูปแบบคล้ายคลึงกัน (Boontang, 2002; Buapan, 2008) เมื่อเปรียบเทียบกับตาราง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 88 ราย

แหล่งเก็บข้อมูล

การศึกษานี้เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลศิริราชซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิสังกัดคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ผลิตแพทย์และพยาบาล มีจำนวนเตียงรับผู้ป่วย 2,221 เตียง (สถิติฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช, 2553) มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโรคหัวใจและหลอดเลือด รักษาผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดรวมถึงผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและจากการส่งต่อจากโรงพยาบาลทั่วประเทศ สถานที่เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลศิริราชใน 2 หน่วยงานคือหน่วยตรวจโรคหัวใจ เด็กผู้ป่วยนอก และหน่วยตรวจพิเศษหัวใจและหลอดเลือด อาคารศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ชั้น 6 โรงพยาบาลศิริราช มีคลินิกโรคหัวใจให้บริการตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ สถิติของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการจากโรงพยาบาลศิริราชในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 - 2552 มีจำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอก เท่ากับ 1,704, 1,973, 2,138, 1,993, 1,985 ราย ตามลำดับ โดยเฉลี่ยปีละ 1,959 รายหรือ เดือนละ 163 ราย (งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลศิริราช, 2553) ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 09.00 น. ถึง 16.00 น.

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือ 4 ชุด ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ 1) ข้อมูลทั่วไปได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วย ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษา ลักษณะการอยู่อาศัย ข้อมูลส่วนนี้ให้ผู้ป่วยกรอกแบบสอบถามด้วยตนเอง 2) ข้อมูล

เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ได้แก่ โรคประจำตัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจตามการจำแนกของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association) ยาที่ใช้ประจำ ข้อมูลส่วนนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย (ภาคผนวก ค หน้า 167)

2. แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการ โดยใช้แบบประเมิน Memorial Symptom Assessment Scale - Heart Failure [MSAS - HF] ของ Zambroski และคณะ (Zambroski et al., 2004) ซึ่งได้พัฒนามาจากแบบประเมิน Memorial Symptom Assessment Scale [MSAS] ของพอร์ทีนอย และคณะ (Portenoy et al., 1994) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย และมีการแปลย้อนกลับ (Back translation) ตามกระบวนการแล้วโดย นางลักขณ์ สุวิสิทธิ์ (Suwisith, 2008) ประกอบด้วยคำถามที่เกี่ยวกับอาการ 32 อาการนำไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็ง ในการพัฒนาแบบประเมิน Memorial Symptom Assessment Scale-Heart Failure [MSAS - HF] ของ Zambroski และคณะ ได้ปรับอาการรายชื่อ 5 อาการ เพื่อความเหมาะสมไปใช้ศึกษาประสบการณ์การมีอาการในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยได้แปลเป็นภาษาไทยเพิ่ม 5 อาการ ประกอบด้วยอาการคือ 1) ตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน 2) เจ็บแน่นหน้าอก 3) ใจสั่น 4) น้ำหนักเพิ่ม 5) หายใจลำบากเหมือนนอนราบ) และซึ่งมีการแปลย้อนกลับ (Back translation) ตามกระบวนการแล้ว โดยประเมินการรับรู้การเกิดอาการ (Symptom occurrence) ในมิติของ ความถี่ (Frequency) ความรุนแรง (Severity) และความรู้สึกทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิต (Distress) โดยได้มีการนำแบบประเมิน Memorial Symptom Assessment Scale - Heart Failure [MSAS - HF] ไปใช้ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ในแต่ละหมวดย่อย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม เท่ากับ 0.87, 0.83 และ 0.73 ตามลำดับ (Zambroski et al., 2005) (ภาคผนวก ค หน้า 170)

การตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบตามการรับรู้ความผิดปกติหรือความรู้สึกไม่สบาย โดยให้ผู้ป่วยประเมินว่ามีอาการที่ระบุในแบบประเมินหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยตอบว่ามี ให้ผู้ป่วยประเมินในช่องความถี่ของอาการ ระดับความรุนแรง และความรู้สึกทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิตในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ถ้าหากไม่มีอาการก็ไม่ต้องประเมินต่อในช่องความถี่ของอาการ ระดับความรุนแรง และความรู้สึกทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิต รายละเอียด ดังนี้

การประเมินความถี่ของอาการ แบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ

- 1 คะแนน = น้อยมาก หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นประมาณสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง
- 2 คะแนน = บางครั้ง หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นระหว่าง 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์
- 3 คะแนน = บ่อยครั้ง หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นทุกวันไม่เกินวันละ 1 ครั้ง

4 คะแนน = เกิดตลอด หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นตลอดเวลา อาการยังคงมีอยู่ไม่เคย

การประเมินความรุนแรงของอาการ แบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ

- 1 คะแนน หมายถึง มีความรุนแรงน้อยที่สุด
- 2 คะแนน หมายถึง มีความรุนแรงน้อย
- 3 คะแนน หมายถึง มีความรุนแรงมาก
- 4 คะแนน หมายถึง มีความรุนแรงมากที่สุด

การประเมินความรู้สึกทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิตของอาการ หรืออาการที่รบกวนผู้ป่วยในรอบ 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ 0 - 4 โดยที่ 0 หมายถึง อาการนั้นไม่ทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน/ไม่รบกวนการดำเนินชีวิตผู้ป่วยเลย คะแนนยิ่งมาก หมายถึง อาการนั้นทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด (4 คะแนน) โดยมีวิธีการคำนวณคะแนนความรู้สึกทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิต แบ่งเป็นค่าคะแนนในระดับเท่าๆกัน ดังนี้ (Portenoy et al., 1994 cited in Suwisith, 2007)

ระดับ	ลักษณะการตอบ	คะแนน
0	ไม่เลย	0.8
1	เล็กน้อย	1.6
2	พอควร	2.4
3	ค่อนข้างมาก	3.2
4	มาก	4

3. แบบสัมภาษณ์วิธีการจัดการกับอาการโดยผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (Dodd et al., 2001) มีข้อคำถามทั้งที่เป็นคำถามปลายเปิดและคำถามปลายปิด ถึงวิธีการจัดการกับอาการที่ให้ผลดีที่สุดที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเลือกใช้เพื่อบรรเทาอาการที่เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานหรือรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันผู้ป่วยมากที่สุด 5 อันดับแรก โดยผู้ป่วยสรุปผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการ และสรุปผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการโดยรวม (ภาคผนวก ค หน้า 173)

อาการที่ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมากที่สุด 5 อันดับแรก ผู้วิจัยนำคะแนนสูงสุดในมิติความรู้สึกทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิต 5 อาการมาจากแบบประเมินประสบการณ์การมีอาการในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

4. แบบประเมินภาวะการทำหน้าที่ โดยใช้แบบสอบถามการใช้ชีวิตอยู่กับโรคหัวใจ

ลัมเหลวของมินเนโซตา สร้างโดย Rector และคณะ (Rector et al., 1987) จากการศึกษาของ Rector (2005b) ทำการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 181 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .94 ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ จำแนกเป็น 3 องค์ประกอบได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านเศรษฐกิจและสังคม ในแต่ละด้านประกอบด้วยข้อย่อยๆ คือ ด้านร่างกาย ประกอบด้วยคำถาม 8 ข้อ ด้านอารมณ์ ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ และด้านเศรษฐกิจและสังคม ประกอบด้วยคำถาม 8 ข้อ คำถามให้เลือกรับรองว่าในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาภาวะหัวใจล้มเหลวมีผลกระทบต่อภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด ลักษณะการตอบเป็น Likert scale โดยให้ผู้ป่วยตอบตามการรับรู้ความรู้สึก แบ่งคำตอบเป็น 6 ระดับ (6 point-Likert scale) ซึ่งค่าคะแนนที่เป็นไปได้คือ 0 ถึง 105 คะแนน ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบสอบถามการใช้ชีวิตอยู่กับโรคหัวใจล้มเหลวของมินเนโซตา ฉบับภาษาไทยได้รับการแปลโดย พรณทิพา สักดิ์ทอง (Tangsattikiat & Sakthong, 2009) (ภาคผนวก ค หน้า 175)

คำตอบแบ่งเป็น 6 ระดับ (6 point-Likert scale) ได้แก่

- | | | |
|-----------------|---------|--|
| 0 = ไม่มีเลย | หมายถึง | ไม่มีอาการเกิดขึ้นเลย |
| 1 = มีน้อยมาก | หมายถึง | มีอาการเกิดขึ้น 1 - 2 ครั้งต่อเดือน |
| 2 = มีเล็กน้อย | หมายถึง | มีอาการเกิดขึ้น 2 - 5 ครั้งต่อเดือน |
| 3 = มีปานกลาง | หมายถึง | มีอาการเกิดขึ้นมากกว่า 2 ครั้ง ถึง 3 ครั้งต่อสัปดาห์ |
| 4 = มีมาก | หมายถึง | มีอาการเกิดขึ้นมากกว่า 4 ครั้ง ถึง 6 ครั้งต่อสัปดาห์ |
| 5 = มีมากที่สุด | หมายถึง | มีอาการเกิดขึ้นทุกวัน |

ในการประเมินภาวะการทำหน้าที่ การคิดคะแนนโดยนำผลรวมของคะแนนแบบสอบถามทั้งฉบับ ซึ่งค่าคะแนนที่เป็นไปได้คือ 0 ถึง 105 คะแนน โดยที่คะแนนเท่ากับ 0 หมายถึง ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีภาวะการทำหน้าที่ดีมาก คะแนน 5 หมายถึง มีภาวะการทำหน้าที่ไม่ดีมาก ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำคะแนนมาเรียงใหม่ โดยที่คะแนน 0 หมายถึง มีภาวะการทำหน้าที่ไม่ดีมาก คะแนน 5 หมายถึง มีภาวะการทำหน้าที่ดีมาก และคิดคะแนนโดยนำผลรวมของคะแนนแบบสอบถามทั้งฉบับ นำมาปรับคะแนนเป็นค่าที่ได้คือ 0 ถึง 100 คะแนน

เมื่อนำคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ยทางสถิติ ใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1.00 - 5.00 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของ Best (Best, 1977: 14) การแปลผลภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ดังนี้

$$\frac{\text{Maximum} - \text{Minimum}}{\text{Interval}} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= \frac{5 - 1}{5} = 0.8$$

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
1.00 – 1.80	มีภาวะการทำหน้าที่ไม่ดีมาก
1.81 – 2.60	มีภาวะการทำหน้าที่ไม่ดี
2.61 – 3.40	มีภาวะการทำหน้าที่ปานกลาง
3.41 – 4.20	มีภาวะการทำหน้าที่ดี
4.21 – 5.00	มีภาวะการทำหน้าที่ดีมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ (Validity)

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือ 3 ชุดคือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 2) แบบประเมินประสบการณ์การมีอาการ 3) แบบสัมภาษณ์วิธีการจัดการกับอาการโดยผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ	1 ท่าน
อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ	2 ท่าน
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ	2 ท่าน

หลังจากได้รับการพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามดังกล่าวมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และนำคะแนนที่ได้มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 0.92, 0.96 และ 1.00 ตามลำดับ

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Instrument Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการแปลย้อนกลับ (Back translation) ตามกระบวนการแล้วจำนวน 2 ชุด คือ แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการ Memorial Symptom Assessment Scale -

Heart Failure [MSAS - HF] ของ Zambroski และคณะ (Zambroski et al., 2004) และแบบประเมินภาวะการทำหน้าที่ โดยใช้แบบสอบถามการใช้ชีวิตอยู่กับโรคหัวใจล้มเหลวของมินเนโซตา (Rector et al., 1987) นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะเดียวกับคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้จำนวน 30 ราย นำข้อมูลที่ได้ไปหาความเชื่อมั่นโดยสูตรการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.83 และ 0.67 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 88 ราย ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87 และ .70 ตามลำดับ กำหนดค่าความเชื่อมั่น > 0.7 (Polit & Beck, 2004)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช เพื่ออนุมัติในการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน และได้รับการอนุมัติในการเก็บข้อมูลแล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบแพทย์ หัวหน้าพยาบาล เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ณ. หน่วยตรวจโรคหัวใจ ตึกผู้ป่วยนอก และหน่วยตรวจพิเศษหัวใจและหลอดเลือด ชั้น 6 อาคารศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราชเพื่อแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียดถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

- 2.1 ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือจากพยาบาลในหน่วยตรวจโรคหัวใจ และหน่วยตรวจพิเศษหัวใจและหลอดเลือด ชั้น 6 อาคารศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราชเป็นผู้สอบถามความสนใจของผู้ป่วยในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้ป่วยสนใจผู้วิจัยจะคัดกรองผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้เป็นเลือกกลุ่มตัวอย่าง

- 2.2 ผู้วิจัยได้แนะนำตนเอง พูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย จากนั้นชี้แจงโครงการวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ในการเข้าร่วมวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามและการใช้ข้อมูลบางส่วนจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย ได้แก่ โรคประจำตัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจ และยาที่ใช้ การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย

ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยระหว่างเข้าร่วมการวิจัยสามารถยุติหรือถอนตัวได้ตลอดเวลา หากมีข้อสงสัย ผู้วิจัยตอบข้อสงสัยผู้ป่วยเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ จากนั้นสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ผู้ป่วยเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ดำเนินการเก็บข้อมูล

2.3 ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากที่ผู้ป่วยรับการตรวจจากแพทย์แล้ว ณ หน่วยตรวจโรคหัวใจ ตึกผู้ป่วยนอก และหน่วยตรวจพิเศษหัวใจและหลอดเลือด อาคารศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยสะดวก หรือเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยรอรับยา ขณะดำเนินการเก็บข้อมูลหากถึงเวลาที่ผู้ป่วยต้องไปรับยา ผู้ป่วยสามารถออกไปรับยาได้ทันที และผู้ป่วยสามารถกลับมาตอบแบบสอบถามได้อีกครั้งตามความสะดวกของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยอธิบายการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองให้เป็นที่น่าสนใจ โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามทั้งหมด 73 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 40 - 45 นาที โดยผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลตามลำดับดังนี้

1) แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีทั้งหมด 4 ส่วน ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 1 คือข้อมูลแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 คือแบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการ และส่วนที่ 4 คือแบบประเมินภาวะการทำหน้าที่ โดยใช้แบบสอบถามการใช้ชีวิตอยู่กับโรคหัวใจล้มเหลวของมินเนโซตาด้วยตัวผู้ป่วยเอง ตามลำดับ

2) ในระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะการทำหน้าที่ โดยใช้แบบสอบถามการใช้ชีวิตอยู่กับโรคหัวใจล้มเหลวของมินเนโซตาอยู่นั้น ผู้วิจัยจะนำส่วนที่ 2 คือแบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยที่ผู้ป่วยได้ตอบไปแล้วมาจัดเรียงลำดับคะแนนโดยนำอาการ 5 อันดับแรกที่มีคะแนนสูงสุดในมิติตามทุกขั้ว/ทรมา/รบกวนการดำเนินชีวิต เพื่อสัมภาษณ์ส่วนที่ 3 คือแบบสัมภาษณ์วิธีการจัดการกับอาการโดยผู้ป่วยต่อไป

3) ในแบบสอบถามส่วนที่ 1 ที่สอบถามเกี่ยวกับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ได้แก่ โรคประจำตัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจตามการจำแนกของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association) ยาที่ใช้ประจำ ข้อมูลส่วนนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย

3. เมื่อผู้ป่วยกรอกแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม และตรวจสอบความสมบูรณ์ และความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้ง หากพบว่าข้อมูลที่ได้รับไม่สมบูรณ์หรือไม่ครบถ้วนและผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยจะเก็บข้อมูลเพิ่มโดยนำแบบสอบถามชุดเดิมให้ผู้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามอีกครั้ง และผู้วิจัยดำเนินการจนได้กลุ่มตัวอย่างครบจำนวน 88 ราย

4. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

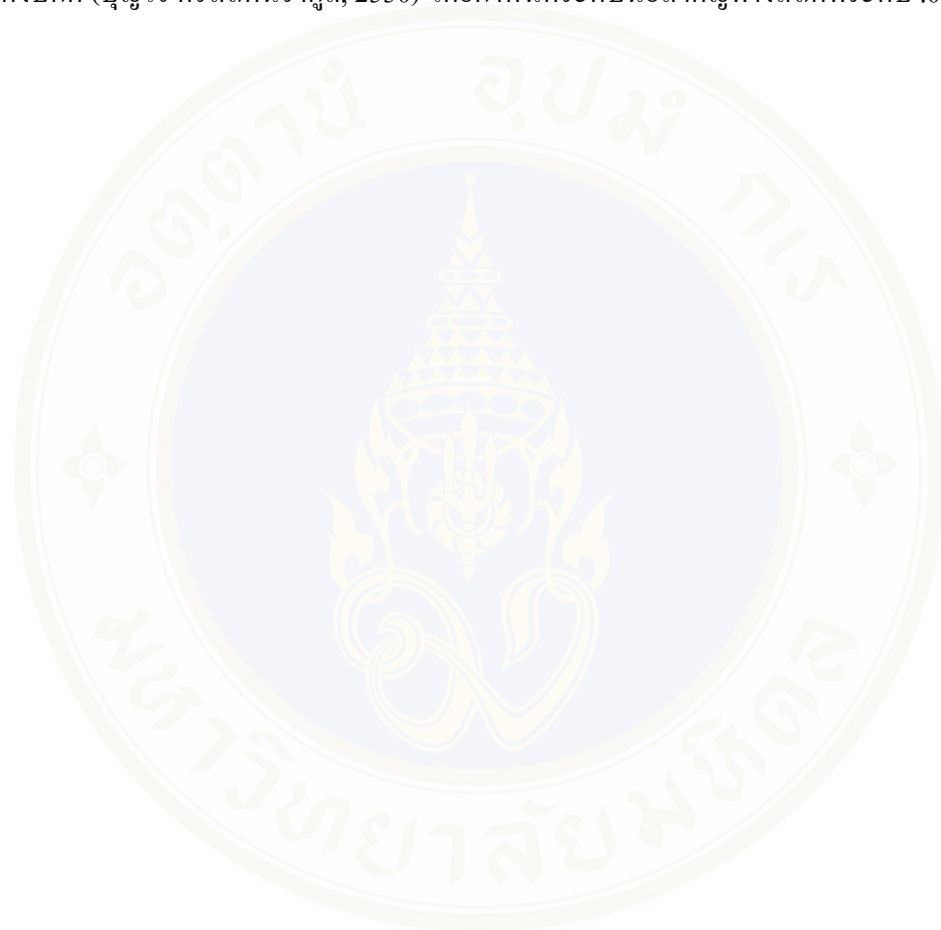
ในการทำวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยตระหนักและเห็นความสำคัญถึงจริยธรรมของการวิจัย เคารพในสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการเสนอโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลศิริราช ใช้หลักการเคารพในความเป็นบุคคล หลักผลประโยชน์ และหลักความยุติธรรม โดยผู้วิจัยแนะนำตัว และก่อนการดำเนินการเก็บข้อมูลได้บอกให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่ได้รับและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น โดยข้อมูลที่ได้รับจากผู้ป่วยจะถือเป็นความลับอย่างเคร่งครัด ไม่เปิดเผยชื่อ ที่อยู่ของผู้ร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้จะมีการระบุเป็นรหัสตัวเลข และข้อมูลที่ได้นำไปใช้เพื่อการวิเคราะห์ อภิปราย และเผยแพร่ผลในภาพรวมเท่านั้น นอกจากนี้ได้ชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบว่าผู้ป่วยมีสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่ เข้าร่วมการวิจัย และมีสิทธิที่จะยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรืออธิบายใดๆ และไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ เพียงแต่ทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องเสียเวลาในการให้ข้อมูลประมาณ 40 - 45 นาที ผู้วิจัยจัดสถานที่ในการให้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างให้มีความเป็นส่วนตัวมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าในขณะที่ผู้ป่วยให้ข้อมูลของอนุญาตฉบับนี้เพื่อความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป และข้อมูลการเจ็บป่วยวิเคราะห์ด้วยหาค่าความถี่ และร้อยละ
2. ข้อมูลประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยแต่ละมิติทั้ง 3 มิติ ได้แก่ ความถี่ของอาการ (frequency) ระดับความรุนแรงของอาการ (severity) และอาการที่รบกวนผู้ป่วย (distress) วิเคราะห์โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ข้อมูลการจัดการอาการโดยตัวผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลววิเคราะห์ด้วยหาค่าความถี่ และร้อยละ
4. ข้อมูลภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว วิเคราะห์โดย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรกกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์

สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) การหาความสัมพันธ์ในการศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน คือ 1) ตัวแปรต้นและตัวแปรตามเป็นตัวแปรที่มีค่าต่อเนื่อง มีค่าในมาตรวัดช่วงมาตรา (Interval scale) 2) ความสัมพันธ์ของตัวแปร 2 ตัวแปรมีความสัมพันธ์เชิงเส้น 3) ตัวแปรแต่ละตัวมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (บุญใจ ศรีสถิตนรากุล, 2550) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการ ภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรกกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 88 ราย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช ณ 2 หน่วยงานคือ หน่วยตรวจโรคหัวใจ ตึกผู้ป่วยนอก และหน่วยตรวจพิเศษหัวใจและหลอดเลือด อาคารศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ชั้น 6 ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2554 ผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนดคือ 88 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์และเสนอผลการวิจัยโดยใช้ตารางประกอบคำบรรยายเป็นลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.2 ข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์การมีอาการของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 การจัดการกับอาการของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 4 ภาวะการทำหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรกกับภาวะการทำหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 61- 75 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 62.13 (S.D. = 12.14) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 54.5) เกือบทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.7) สถานภาพสมรส โดยใช้ชีวิตคู่หรืออยู่ด้วยกัน/โดยไม่ได้แต่งงาน (ร้อยละ 90.9) การศึกษาสูงสุดระดับประถม (ร้อยละ 60.2) ส่วนใหญ่มีอาชีพก่อนการเจ็บป่วยคือ รับจ้าง (ร้อยละ 25.0) รองลงมาคือ ทำธุรกิจ/ค้าขาย (ร้อยละ 23.9) อาชีพปัจจุบันคือไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 63.6) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 15,000 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอทุกเดือน สำหรับสิทธิในการรักษา ส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 53.4) รองลงมาคือใช้สิทธิเบิกราชการหรือรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 39.8) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัวสามี/ภรรยา/บุตร/บิดา/มารดา (ร้อยละ 94.3) ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 88)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
ตั้งแต่ 18-30 ปี	2	2.3
31-45 ปี	5	5.7
46-60 ปี	28	31.8
61-75 ปี	41	46.6
มากกว่า 76 ปี	12	13.6
(Mean 62.13, S.D. 12.14, Min 24.00, Max 84.00)		
เพศ		
ชาย	48	54.5
หญิง	40	45.5
ศาสนา		
พุทธ	86	97.7
อิสลาม	2	2.3
สถานภาพสมรส		
โสด	6	6.8
คู่ (แต่งงานหรืออยู่ด้วยกัน/โดยไม่ได้แต่งงาน)	80	90.9
หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่	2	2.3
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	5	5.7
ระดับประถมศึกษา	53	60.2
ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	8	9.1
ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย	7	8.0
อนุปริญญา/ อาชีวศึกษา	5	5.7
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	8	9.1
อื่นๆ	2	2.3

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 88) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพก่อนการเจ็บป่วย		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	16	18.2
รับจ้าง	22	25.0
เกษตรกรกรรม	15	17.0
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	14	15.9
ธุรกิจ/ค้าขาย	21	23.9
อาชีพปัจจุบัน		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	57	64.8
รับจ้าง	9	10.2
เกษตรกรกรรม	4	4.5
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	7	8.0
ธุรกิจ/ค้าขาย	10	11.4
อื่นๆ	1	1.1
รายได้เฉลี่ย ต่อเดือน		
น้อยกว่า 15,000 บาท	70	79.5
มากกว่า 15,000 บาท	18	20.5
(Mean 16,131.82, S.D. 30,535.07)		
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอทุกเดือน	44	50.0
เพียงพอและมีเหลือเก็บ	28	31.8
ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน	10	11.4
ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	6	6.8
สิทธิการรักษา		
สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	35	39.8
เสียค่ารักษาพยาบาลเอง	1	1.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 88) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สิทธิการรักษา (ต่อ)		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	47	53.4
ประกันสังคม	4	4.5
อื่นๆ	1	1.1
ลักษณะการอยู่อาศัย		
อยู่คนเดียว	4	4.5
อยู่กับครอบครัว (สามี/ภรรยา/บุตร/บิดา/มารดา)	83	94.3
อื่นๆ	1	1.1

1.2 ข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 100% มีภาวะโรคร่วม แต่ละรายพบว่ามีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค โรคร่วมส่วนใหญ่ที่เป็นคือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 20.51) รองลงมาคือภาวะไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 15.02) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 14.29) ระยะเวลาการเจ็บป่วยต่ำกว่า 1 ปี (ร้อยละ 61.4) และเข้ารับการรักษาด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว 1-3 ครั้ง (ร้อยละ 82.95) ซึ่งส่วนใหญ่มีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจอยู่ในระดับ 2 (NYHA Functional class II) (ร้อยละ 97.7) และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดใช้ยาขับปัสสาวะมากที่สุด (ร้อยละ 100) รองลงมาคือ ยากลุ่มยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ที่ทำลายแองจิโอเทนซิน (ACEIs) (ร้อยละ 88.63) ดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (n=88)

ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
โรคความดันโลหิตสูง	56	20.51
ภาวะไขมันในเลือดสูง	41	15.02
โรคเบาหวาน	39	14.29
โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	29	10.62
ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ	29	10.62
โรคไตหัวใจ	25	9.16
โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	22	8.06
โรคอื่นๆ		
โรคเกาต์	6	2.20
ต่อมลูกหมากโต	3	1.10
โรคโลหิตจาง	3	1.10
โรคอ้วน	3	1.10
โรคหลอดเลือดสมอง	3	1.10
โรคข้อเข่าและกระดูก	2	0.73
ภาวะฮอร์โมนไทรอยด์สูง	2	0.73
ภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ต่ำ	2	0.73
โรคกระเพาะอาหารอักเสบ	2	0.73
โรคตับอักเสบ	2	0.73
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย		
ต่ำกว่า 1 ปี	54	61.4
1 ปีขึ้นไป-5 ปี	26	29.5
มากกว่า 5 ปี ขึ้นไป	8	9.1

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (n = 88) (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวใน 1 ปีที่ผ่านมา		
1-3 ครั้ง	73	82.95
4-6 ครั้ง	10	11.36
7 ครั้งขึ้นไป	5	5.68
ระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจ		
ระดับ 2 (NYHA FC II)	86	97.7
ระดับ 3 (NYHA FC III)	2	2.3
ยาที่ใช้ประจำ		
กลุ่มยาที่ใช้ในระบบหัวใจและหลอดเลือด		
-ยาขับปัสสาวะ	88	100
-ยากลุ่มยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ที่ทำลาย		
แองจิโอเทนซิน (ACEIs)	78	88.63
-ยาลดไขมันในเลือด	49	55.68
-ยากลุ่มปิดกั้นเบต้า อะดรีเนอร์จิก รีเซพเตอร์	32	36.36
-ยากลุ่มดิจิตาลิส	26	29.54
-ยากลุ่มขัดขวางการเคลื่อนที่แคลเซียมออก	23	26.13
-ยากลุ่มขยายหลอดเลือด (Nitrates)	19	21.59
-ยาลดความดันโลหิต	15	17.04
กลุ่มยาต้านการแข็งตัวของเลือด		
-ยาต้านการจับกลุ่มเกล็ดเลือด	50	56.81
-ยาต้านการแข็งตัวของเลือด	29	32.95
กลุ่มยารักษาเบาหวาน	29	32.95
ยากลุ่มอื่นๆ		
-ยานอนหลับ	16	18.18
-ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร	15	17.04

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (n = 88) (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ยาที่ใช้ประจำ (ต่อ)		
ยากลุ่มอื่นๆ (ต่อ)		
-วิตามินและเกลือแร่	13	14.77
-ยาระบาย	11	12.5
-ยารักษาโรคเกาต์	6	6.81
-ยาต้านไทรอยด์	2	2.27

ส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพการมีอาการของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์อาการที่พบบ่อยตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อาการจำนวนตั้งแต่ 6 - 26 อาการ เฉลี่ยเท่ากับ 13.93 อาการ (S.D. = 4.41) ส่วนใหญ่อาการที่เกิดขึ้นบ่อย 5 อันดับได้แก่ อาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น (ร้อยละ 97.7) รองลงมาคือ อ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง (ร้อยละ 93.2) นอนไม่หลับหรือหลับยาก (ร้อยละ 87.5) หายใจลำบากเมื่อนอนราบ (ร้อยละ 86.4) และชา/เจ็บแปลบปลายมือ/ปลายเท้า (ร้อยละ 62.5) ส่วนอาการที่พบน้อยที่สุด 3 อันดับได้แก่ ท้องเสีย (ร้อยละ 8.0) ลื่นรับรสอาหารเปลี่ยนแปลง (ร้อยละ 6.8) อาเจียน (ร้อยละ 5.7) ดังแสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของอาการที่เกิดขึ้นของกลุ่มตัวอย่าง (n = 88)

ประสบการณ์การมีอาการ	จำนวน	ร้อยละ
หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น	86	97.7
อ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง	82	93.2
นอนไม่หลับหรือหลับยาก	77	87.5
หายใจลำบากเมื่อนอนราบ	76	86.4
ชา/เจ็บแปลบปลายมือ/ปลายเท้า	55	62.5
รู้สึกอึดอัดเหมือนมีลมในท้อง	54	61.4
ไอ	53	60.2
กังวล/กลัวใจ	53	60.2
หงุดหงิด/โมโหง่าย	52	59.1
ตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน	51	58.0
ปากแห้ง	50	56.8
เจ็บแน่นหน้าอก	49	55.7
ใจสั่น	48	54.5
บวมบริเวณแขน/ขา	46	52.3
ไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร	43	48.9
เวียนศีรษะ/มึนศีรษะ	43	48.9
น้ำหนักลด	42	47.7
รู้สึกง่วงนอน/เซื่องซึม	34	38.6
ขาดสมาธิหรือมีความลำบากในการรวบรวมสมาธิ คิดซ้ำ	32	36.4
หลงลืม	32	36.4
ท้องผูก	32	36.4
เหงื่อออกผิดปกติ	29	33.0
คันตามร่างกาย	24	27.3
รู้สึกกระวนกระวาย	22	25.0
รู้สึกเศร้าใจ	21	23.9
คลื่นไส้	17	19.3

หมายเหตุ กลุ่มตัวอย่าง 1 คน รับรู้ประสบการณ์การมีอาการได้มากกว่า 1 อาการ

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของอาการที่เกิดขึ้นของกลุ่มตัวอย่าง (n = 88) (ต่อ)

ประสบการณ์การมีอาการ	จำนวน	ร้อยละ
มีปัญหาเวลาขับปัสสาวะ/ถ่ายปัสสาวะผิดปกติ	14	15.9
น้ำหนักเพิ่ม	14	15.9
ท้องเสีย	7	8.0
ลิ้นรับรสอาหารเปลี่ยนแปลง	6	6.8
อาเจียน	5	5.7

หมายเหตุ กลุ่มตัวอย่าง 1 คน รับรู้ประสบการณ์การมีอาการได้มากกว่า 1 อาการ

ด้านประสบการณ์การมีอาการของกลุ่มตัวอย่างในมิติความถี่พบว่า อาการที่เกิดขึ้นบ่อยที่สุด 5 อันดับ ได้แก่ 1) อาการนอนไม่หลับหรือหลับยาก (mean = 3.18, S.D. = 0.79) โดยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.18 หมายถึงรับรู้มีอาการเกิดขึ้นทุกวันไม่เกินวันละ 1 ครั้งแต่ไม่ถึงกับมีอาการเกิดขึ้นตลอดเวลา และกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความถี่ในการเกิดอาการนอนไม่หลับหรือหลับยากอยู่ในระดับ “เกิดตลอด” (ร้อยละ 40.3) และอยู่ในระดับ “บ่อยครั้ง” (ร้อยละ 39.0) รองลงมาคือ 2) อาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น (mean = 2.73, S.D. = 0.85) โดยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.73 หมายถึงรับรู้มีอาการเกิดขึ้นระหว่าง 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์แต่ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง และกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความถี่ในการเกิดอาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้นอยู่ในระดับ “บางครั้ง” (ร้อยละ 41.9) 3) อาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง (mean = 2.61, S.D. = 0.87) โดยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.61 หมายถึงรับรู้มีอาการเกิดขึ้นระหว่าง 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์แต่ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง และกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความถี่ในการเกิดอาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรงอยู่ในระดับ “บางครั้ง” (ร้อยละ 46.3) 4) อาการหายใจลำบากเมื่อนอนราบ (mean = 2.59, S.D. = 0.82) โดยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.59 หมายถึงรับรู้มีอาการเกิดขึ้นระหว่าง 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์แต่ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง และกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความถี่ในการเกิดอาการหายใจลำบากเมื่อนอนราบอยู่ในระดับ “บางครั้ง” (ร้อยละ 50.0) และ 5) อาการหงุดหงิด/โมโหง่าย (mean = 2.46, S.D. = 0.83) โดยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.46 หมายถึงรับรู้มีอาการเกิดขึ้นระหว่าง 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์แต่ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง และกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความถี่ในการเกิดอาการหายใจลำบากเมื่อนอนราบอยู่ในระดับ “บางครั้ง” (ร้อยละ 46.2) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและร้อยละของอาการที่พบ จำแนกตามความถี่ในการเกิดอาการ

อาการ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ความถี่ในการเกิดอาการ (%)			
			น้อยมาก	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เกิดตลอด
1. นอนไม่หลับหรือหลับยาก	3.18	0.79	1.3	19.5	39.0	40.3
2. หายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น	2.73	0.85	3.5	41.9	32.6	22.1
3. อ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง	2.61	0.87	6.1	46.3	28.0	19.5
4. หายใจลำบากเหมือนนอนราบ	2.59	0.82	3.9	50.0	28.9	17.1
5. หงุดหงิด/โมโหง่าย	2.46	0.83	9.6	46.2	32.7	11.5
6. รู้สึกอึดอัดเหมือนมีลมในท้อง	2.39	1.00	22.2	31.5	31.5	14.8
7. ตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน	2.31	0.79	5.9	70.6	9.8	13.7
8. มีปัญหาเวลาขับปัสสาวะ/ถ่ายปัสสาวะผิดปกติ	2.29	1.20	35.7	21.4	21.4	21.4
9. กังวล/กลัวใจ	2.19	0.79	19.2	46.2	30.8	3.8
10. ไอ	2.15	1.15	39.6	24.5	17.0	18.9
11. เจ็บแน่นหน้าอก	2.12	0.83	22.4	49.0	22.4	6.1
12. ไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร	2.12	0.97	31.0	35.7	23.8	9.5
13. รู้สึกเศร้าใจ	2.10	0.85	25.0	45.0	25.0	5.0
14. ชา/เจ็บแปลบปลายมือ/ปลายเท้า	2.06	1.08	39.6	30.2	15.1	15.1
15. ใจสั่น	2.06	0.76	20.8	56.2	18.8	4.2
16. รู้สึกง่วงนอน/เซื่องซึม	2.00	1.23	50.0	23.5	2.9	23.5
17. เหนื่อยออกผิดปกติ	2.00	0.93	34.5	37.9	20.7	6.9
18. บวมบริเวณแขน/ขา	2.00	1.00	35.6	42.2	8.9	13.3
19. เวียนศีรษะ/มีนศีรษะ	1.98	1.03	44.2	23.3	23.3	9.3
20. รู้สึกกระวนกระวาย	1.86	0.77	31.8	54.5	9.1	4.5
21. ปากแห้ง	1.82	0.94	46.0	34.0	12.0	8.0
22. น้ำหนักเพิ่ม	1.82	1.08	54.5	18.2	18.2	9.1

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและร้อยละของอาการที่พบ จำแนกตามความถี่ในการเกิดอาการ (ต่อ)

อาการ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ความถี่ในการเกิดอาการ (%)			
			น้อยมาก	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เกิดตลอด
23. ขาดสมาธิหรือมีความลำบากในการรวบรวมสมาธิ คิดช้า หลงลืม	1.72	0.81	46.9	37.5	12.5	3.1
24. ลื่นรับรสอาหารเปลี่ยนแปลง	1.67	0.82	50.0	33.3	16.7	0
25. น้ำหนักลด	1.64	0.74	51.3	33.3	15.4	0
26. ท้องผูก	1.63	0.79	53.1	34.4	9.4	3.1
27. อาเจียน	1.50	1.00	75.0	25.0	0	0
28. คันตามร่างกาย	1.43	0.73	69.6	17.4	13.0	0
29. ท้องเสีย	1.29	0.49	71.4	28.6	0	0
30. คลื่นไส้	1.19	0.40	81.2	18.8	0	0

ด้านประสบการณ์การมีอาการของกลุ่มตัวอย่างในมิติของความรุนแรง พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของอาการมากที่สุด 5 อันดับ ได้แก่ หายใจลำบากเหมือนนอนราบ (mean = 2.83, S.D. = 0.72) รองลงมา หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น และ ตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน มีสัดส่วนที่เท่ากันคือ (mean = 2.67, S.D. = 0.82, S.D. = 0.86 ตามลำดับ) นอนไม่หลับหรือหลับยาก (mean = 2.58, S.D. = 0.78) และอาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง (mean = 2.31, S.D. = 0.68) ในมิติของความรุนแรงในการเกิดอาการ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงในการเกิดอาการหายใจลำบากเหมือนนอนราบอยู่ในระดับ “ปานกลาง” (ร้อยละ 45.3) ส่วนอาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้นอยู่ในระดับ “มาก” (ร้อยละ 44.2) และอาการตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืนอยู่ในระดับ “ปานกลาง” (ร้อยละ 41.2) อาการนอนไม่หลับหรือหลับยากอยู่ในระดับ “มาก” (ร้อยละ 43.2) อาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรงอยู่ในระดับ “ปานกลาง” (ร้อยละ 59.3) ดังแสดงในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและร้อยละของอาการที่พบ จำแนกตามความรุนแรงในการเกิดอาการ

อาการ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ความรุนแรงในการเกิดอาการ (%)			
			น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. หายใจลำบากเหมือนนอนราบ	2.83	0.72	36.0	45.3	18.7	0
2. หายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น	2.67	0.82	7.0	33.7	44.2	15.1
3. ตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน	2.67	0.86	5.9	41.2	33.3	19.6
4. นอนไม่หลับหรือหลับยาก	2.58	0.78	6.8	39.2	43.2	10.8
5. อ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง	2.31	0.68	7.4	59.3	28.4	4.9
6. เจ็บแน่นหน้าอก	2.21	0.77	16.7	50.0	29.2	4.2
7. ใจสั่น	2.15	0.75	17.0	55.3	23.4	4.3
8. หงุดหงิด/โมโหง่าย	1.79	0.70	34.6	53.8	9.6	1.9
9. มีปัญหาเวลาขับปัสสาวะ/ถ่ายปัสสาวะผิดปกติ	1.71	0.99	57.1	21.4	14.3	7.1
10. กังวล/กลัวหัวใจ	1.75	0.63	33.3	60.8	3.9	2.0
11. บวมบริเวณแขน/ขา	1.67	0.84	53.5	27.9	16.3	2.3
12. รู้สึกอึดอัดเหมือนมีลมในท้อง	1.59	0.54	43.1	54.9	2.0	0
13. ไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร	1.58	0.55	45.0	52.5	2.5	0
14. น้ำหนักเพิ่ม	1.55	0.82	63.6	18.2	18.2	0
15. ไอ	1.50	0.73	63.5	23.1	13.5	0
16. รู้สึกเศร้าใจ	1.42	0.61	63.2	31.6	5.3	0
17. น้ำหนักลด	1.33	0.62	71.8	25.6	0	2.6
18. เวียนศีรษะ/มึนศีรษะ	1.31	0.57	74.4	20.5	5.1	0
19. รู้สึกกระวนกระวาย	1.29	0.56	76.2	19.0	4.8	0
20. ขา/เจ็บแปลบปลายมือ/ปลายเท้า	1.25	0.52	78.4	17.6	3.9	0

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและร้อยละของอาการที่พบ จำแนกตามความรุนแรง ในการเกิดอาการ (ต่อ)

อาการ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ความรุนแรงในการเกิดอาการ (%)			
			น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
21. อาเจียน	1.25	0.50	75.0	25.0	0	0
22. เหงื่อออกผิดปกติ	1.25	0.52	78.6	17.9	3.6	0
23. ท้องผูก	1.24	0.51	79.3	17.2	3.4	0
24. คันตามร่างกาย	1.17	0.39	79.2	20.8	0	0
25. ลื่นรับรสอาหารเปลี่ยนแปลง	1.17	0.41	83.3	16.7	0	0
26. ท้องเสีย	1.14	0.38	85.7	14.3	0	0
27. ขาดสมาธิหรือมีความลำบากในการรวบรวมสมาธิ คิดช้าหลงลืม	1.13	0.42	90.6	6.2	3.1	0
28. ปากแห้ง	1.10	0.31	89.8	10.2	0	0
29. รู้สึกง่วงนอน/เซื่องซึม	1.09	0.29	90.9	9.1	0	0
30. คลื่นไส้	1.00	0.00	100.0	0	0	0

ด้านประสบการณ์การมีอาการของกลุ่มตัวอย่าง ในมิติของความทุกข์ทรมาน/รบกวน การดำเนินชีวิตประจำวันใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าอาการที่รู้สึกทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมามากที่สุด 5 อันดับ ได้แก่ หายใจลำบากเมื่อนอนราบ (mean = 3.99, S.D. = 0.94) รองลงมาคือ หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น (mean = 3.78, S.D. = 0.89) ตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน (mean = 3.59, S.D. = 1.10) นอนไม่หลับหรือหลับยาก (mean = 3.52, S.D. = 0.93) และอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง (mean = 3.30, S.D. = 0.87) ตามลำดับ ในมิติของความทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันในการเกิดอาการ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันในการเกิดอาการหายใจลำบากเมื่อนอนราบอยู่ในระดับ “พอควร” (ร้อยละ 35.3) ส่วนอาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้นอยู่ในระดับ “เล็กน้อย” (ร้อยละ 34.1) และอาการตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืนอยู่ในระดับ “พอควร” (ร้อยละ 17.0) อาการนอนไม่หลับหรือหลับยากอยู่ในระดับ “เล็กน้อย” (ร้อยละ 39.7) อาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรงอยู่ในระดับ “พอควร” (ร้อยละ 50.6) ดังแสดงในตารางที่ 4.6

**ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและร้อยละของอาการที่พบ จำแนกตามความทุกข์
ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน**

อาการ	ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ความทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนิน ชีวิตประจำวัน ในการเกิดอาการ (%)				
			ไม่ เลย	เล็กน้อย	พอ ควร	ค่อนข้าง มาก	มาก
1. หายใจลำบากเมื่อนอน ราบ	3.19	0.75	0	5.9	35.3	34.1	24.7
2. หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น	3.02	0.71	5.7	34.1	33.0	23.9	5.7
3. ตื่นลุกขึ้นมาหอบตอน กลางคืน	2.87	0.88	0	21.6	23.5	29.4	25.5
4. นอนไม่หลับหรือ หลับยาก	2.82	0.73	12.3	39.7	31.5	16.4	0
5. อ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง	2.64	0.69	0	15.2	50.6	22.8	11.4
6. เจ็บแน่นหน้าอก	2.45	0.67	14.8	27.1	43.8	25.0	4.2
7. ใจสั่น	2.30	0.76	4.3	34.0	36.2	21.3	4.3
8. หงุดหงิด/โมโหง่าย	2.02	0.66	5.8	50.0	32.7	9.6	1.9
9. กังวล/กลัวหัวใจ	2.00	0.58	5.8	44.2	46.2	1.9	1.9
10. รู้สึกอึดอัดเหมือนมีลม ในท้อง	1.95	0.62	5.8	53.8	32.7	5.8	1.9
11. บวมบริเวณแขน/ขา	1.92	0.74	11.6	51.2	27.9	4.7	4.7
12. ไม่อยากอาหาร/ เบื่ออาหาร	1.74	0.47	4.9	78.0	12.2	4.9	0
13. ไอ	1.69	0.81	25.5	52.9	9.8	7.8	3.9
14. มีปัญหาเวลาขับ ปัสสาวะ /ถ่ายปัสสาวะ ผิดปกติ	1.66	0.86	28.6	50.0	14.3	0	7.1
15. รู้สึกเศร้าใจ	1.60	0.38	10.5	78.9	10.5	0	0
16. เวียนศีรษะ/มึนศีรษะ	1.58	0.50	20.0	62.5	17.5	0	0

**ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและร้อยละของอาการที่พบ จำแนกตามความทุกข์
ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน (ต่อ)**

อาการ	ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ความทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนิน ชีวิตประจำวันในการเกิดอาการ (%)				
			ไม่ เลย	เล็กน้อย	พอ ควร	ค่อนข้าง มาก	มาก
17. รู้สึกกระวนกระวาย	1.41	0.66	42.9	42.9	9.5	4.8	0
18. อาเจียน	1.40	0.77	50.0	25.0	25.0	0	0
19. น้ำหนักเพิ่ม	1.38	0.72	45.5	45.5	0	9.1	0
20. ท้องเสีย	1.37	0.60	42.9	42.9	14.3	0	0
21. ท้องผูก	1.32	0.75	55.2	31.0	10.3	0	3.4
22. เหงื่อออกผิดปกติ	1.29	0.70	53.6	39.3	3.6	0	3.6
23. น้ำหนักลด	1.25	0.51	51.3	41.0	7.7	0	0
24. ขาดสมาธิหรือมีความ ลำบากในการรวบรวม สมาธิ คิดช้า หลงลืม	1.24	0.49	51.5	42.4	6.1	0	0
25. ชา/เจ็บแปลบปลายมือ/ ปลายเท้า	1.14	0.43	60.0	38.0	2.0	0	0
26. ลิ้นรับรสอาหาร เปลี่ยนแปลง	1.07	0.41	66.7	33.3	0	0	0
27. รู้สึกง่วงนอน/เซื่องซึม	1.05	0.38	68.8	31.2	0	0	0
28. ปากแห้ง	0.98	0.41	81.6	14.3	4.1	0	0
29. คันตามร่างกาย	0.94	0.31	82.6	17.4	0	0	0
30. คลื่นไส้	0.86	0.22	92.3	7.7	0	0	0

ส่วนที่ 3 การจัดการกับอาการของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จากข้อมูลแบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการ โดยนำอาการที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิต 5 อันดับแรกของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย นำมาวิเคราะห์ร่วมกัน สรุปวิธีการจัดการกับอาการของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. หายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการกับอาการ โดยการนั่งหรือนอนพัก (ร้อยละ 76.31) รองลงมาใช้วิธีหายใจเข้าออก ช้าและลึก (ร้อยละ 21.05) โดยที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินว่าวิธีดังกล่าวช่วยให้อาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้นทุเลาลง (ร้อยละ 72.4)

2. นอนไม่หลับหรือหลับยาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการกับอาการ โดยรับประทานยานอนหลับ (ร้อยละ 54.92) รองลงมาใช้วิธีรอกั้หิ้ง่วงก่อนจึงนอน (ร้อยละ 42.25) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินว่าวิธีดังกล่าวช่วยให้อาการนอนไม่หลับหรือหลับยากที่เกิดขึ้นหายไป (ร้อยละ 54.9) และช่วยให้อาการนอนไม่หลับหรือหลับยากทุเลาลง (ร้อยละ 40.8)

3. หายใจลำบากเมื่อนอนราบ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการกับอาการ โดยนอนหนุนหมอนสูง 2 ใบ (ร้อยละ 60.29) รองลงมาใช้วิธีลุกขึ้นนั่งพัก (ร้อยละ 22.05) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินว่าวิธีดังกล่าวช่วยให้อาการหายใจลำบากเมื่อนอนราบทุเลาลง (ร้อยละ 86.8)

4. อ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการกับอาการ โดยการนั่งหรือนอนพัก (ร้อยละ 93.93) รองลงมาใช้วิธีการออกกำลังกาย (ร้อยละ 6.06) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินว่าวิธีดังกล่าวช่วยให้อาการอ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรงทุเลาลง (ร้อยละ 66.7)

5. ตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการกับอาการ โดยการลุกขึ้นนั่งพัก (ร้อยละ 95.0) รองลงมาใช้วิธีการดมออกซิเจน (ร้อยละ 5.0) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินว่าวิธีดังกล่าวช่วยให้อาการตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืนทุเลาลง (ร้อยละ 80.0)

จากการศึกษาผลลัพธ์ของวิธีการจัดการกับอาการโดยรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินว่าการจัดการกับอาการช่วยให้อาการที่เกิดขึ้นทุเลาลง (ร้อยละ 76.1) และช่วยให้อาการที่เกิดขึ้นหายไป (ร้อยละ 23.9) ดังแสดงในตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละของวิธีการจัดการกับอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน 5 อันดับแรกในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (n=88)

อาการ	จำนวน	ร้อยละ	ผลลัพธ์ของวิธีการจัดการ		
			หาย	ทุเลา	ไม่หาย/ คงเดิม
หายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น(n=76)					
นั่งหรือนอนพัก	58	76.31			
หายใจเข้าออก ช้าและลึก	16	21.05	25.0	72.4	2.6
ดมออกซิเจน	2	2.63			
นอนไม่หลับหรือหลับยาก (n=71)					
รับประทานยานอนหลับ	39	54.92			
รอให้่วงก่อนจึงนอน	30	42.25	54.9	40.8	4.2
ไม่นอนตอนกลางวัน	2	2.81			
หายใจลำบากเมื่อนอนราบ (n=68)					
นอนหนุนหมอนสูง 2 ใบ	41	60.29			
ลุกขึ้นนั่งพัก	15	22.05			
นอนตะแคงซ้ายขวาสลับกัน	10	14.70	11.8	86.8	1.4
ดมออกซิเจน	2	2.94			
อ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง (n=66)					
นั่งหรือนอนพัก	62	93.93	31.8	66.7	1.5
ออกกำลังกาย	4	6.06			
ตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน (n=40)					
ลุกขึ้นนั่งพัก	38	95.00	17.5	80.0	2.5
ดมออกซิเจน	2	5.00			
สรุปผลลัพธ์วิธีการจัดการกับอาการโดยรวม			23.9	76.1	0

ส่วนที่ 4 ภาวะการทำหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่าง

ภาวะการทำหน้าที่โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.69 (S.D. = 0.77) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ภาวะการทำหน้าที่ด้านร่างกาย อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.06 (S.D. = 0.86) ภาวะการทำหน้าที่ด้านอารมณ์ อยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.01 (S.D. = 0.99) ภาวะการทำหน้าที่ด้านเศรษฐกิจและสังคม อยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 (S.D. = 0.93) ดังแสดงในตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะการทำหน้าที่ จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม

ภาวะการทำหน้าที่	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลความหมายภาวะการทำหน้าที่
ด้านอารมณ์	4.01	0.99	ดี
ด้านเศรษฐกิจและสังคม	4.00	0.93	ดี
ด้านร่างกาย	3.06	0.86	ปานกลาง
ภาวะการทำหน้าที่รวมโดย	3.69	0.77	ดี

ภาวะการทำหน้าที่ด้านร่างกายโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง (mean = 3.06, S.D.= 0.86) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อคำถาม จากทั้งหมด 8 ข้อ พบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับไม่ดี 1 ข้อคือ ต้องนั่งหรือนอนพักในระหว่างวัน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.51 (S.D. = 1.03) และคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางมี 5 ข้อดังนี้ การทำงานบ้านหรืองานในสวนเป็นไปได้ยาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.77 (S.D. = 1.03) เหนื่อยล้า หรือไม่ค่อยมีแรง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.77 (S.D. = 1.01) มีอาการหายใจลำบาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.78 (S.D. = 1.05) การนอนหลับสนิทในตอนกลางคืนเป็นไปได้ยาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.85 (S.D. = 1.30) การสร้างความสัมพันธ์หรือการทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนฝูงหรือครอบครัวเป็นไปได้ยาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.27 (S.D. = 1.85) ดังแสดงในตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะการทำหน้าที่ด้านร่างกาย

ภาวะการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลความหมายภาวะการทำหน้าที่
การออกจากบ้านไปไหนมาไหนเป็นไปได้อย่าง	4.04	1.30	ดี
การเดินไปมาหรือเดินขึ้นบันไดเป็นไปได้อย่าง	3.60	1.42	ดี
การสร้างความสัมพันธ์หรือการทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อน			
ฝูงหรือครอบครัวเป็นไปได้อย่าง	3.27	1.85	ปานกลาง
การนอนหลับสนิทในตอนกลางคืนเป็นไปได้อย่าง	2.85	1.30	ปานกลาง
มีอาการหายใจลำบาก	2.78	1.05	ปานกลาง
เหนื่อยล้า หรือไม่ค่อยมีแรง	2.77	1.01	ปานกลาง
การทำงานบ้านหรืองานในสวนเป็นไปได้อย่าง	2.77	1.30	ปานกลาง
ต้องนั่งหรือนอนพักในระหว่างวัน	2.51	1.03	ไม่ดี
รวม	3.06	0.86	ปานกลาง

ภาวะการทำหน้าที่ด้านอารมณ์โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.01 (S.D. = 0.99) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อคำถาม จากทั้งหมด 5 ข้อ พบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี มี 4 ข้อดังนี้ มีความรู้สึกว่าเป็นภาระต่อครอบครัวหรือเพื่อนฝูง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.77 (S.D. = 1.48) มีความรู้สึกว่าคุณเสียความสามารถในการควบคุมอารมณ์ของตนเอง และมีความรู้สึกกังวล มีสัดส่วนคะแนนเฉลี่ยเท่ากันคือ เท่ากับ 3.98 (S.D. = 1.09, S.D. = 1.26 ตามลำดับ) มีความรู้สึกซึมเศร้า มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.10 (S.D. = 1.10) ดังแสดงในตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะการทำหน้าที่ด้านอารมณ์

ภาวะการทำหน้าที่ด้านอารมณ์	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลความหมายภาวะการทำหน้าที่
มีสมาธิหรือจดจำสิ่งต่างๆ ได้ยาก	4.21	1.11	ดีมาก
มีความรู้สึกซึมเศร้า	4.10	1.10	ดี
มีความรู้สึกละเลยความสามารถในการควบคุมอารมณ์ของตนเอง	3.98	1.09	ดี
มีความรู้สึกกังวล	3.98	1.26	ดี
มีความรู้สึกรู้ว่าเป็นภาระต่อครอบครัวหรือเพื่อนฝูง	3.77	1.48	ดี
รวม	4.01	0.99	ดี

ภาวะการทำหน้าที่ด้านเศรษฐกิจและสังคมโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี (mean = 4.00, S.D. = 0.93) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อคำถาม จากทั้งหมด 8 ข้อพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง 3 ข้อ ดังนี้ การมีกิจกรรมทางเพศเป็นไปได้ยาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.00 (S.D. = 2.00) การทำงานหาเลี้ยงชีพเป็นไปได้ยาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.20 (S.D. = 1.52) ได้รับผลข้างเคียงจากการรักษาหรือการใช้ยา มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.33 (S.D. = 1.53) มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก 4 ข้อ ดังนี้ ข้อเท้าหรือขาทั้ง 2 ข้างของท่านบวม น้ำ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.22 (S.D. = 1.01) รับประทานอาหารที่ชอบได้น้อยลง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.25 (S.D. = 1.06) การพักผ่อนยามว่าง การออกกำลังกายหรือการทำงานอดิเรกเป็นไปได้ยาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.31 (S.D. = 1.16) ต้องเสียเงินในการรักษาพยาบาล มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.33 (S.D. = 1.41) ดังแสดงในตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะการทำหน้าที่ด้านเศรษฐกิจและสังคม

ภาวะการทำหน้าที่ด้านเศรษฐกิจและสังคม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลความหมายภาวะการทำงานหน้าที่
ต้องเสียเงินในการรักษาพยาบาล	4.33	1.41	ดีมาก
การพักผ่อนยามว่าง การออกกำลังกายหรือการทำงานอดิเรกเป็นไปได้อย่าง	4.31	1.16	ดีมาก
รับประทานอาหารที่ชอบได้น้อยลง	4.25	1.06	ดีมาก
ข้อเท้าหรือขาทั้ง 2 ข้างของท่านบวม น้ำ	4.22	1.01	ดีมาก
ได้รับผลข้างเคียงจากการรักษาหรือการใช้ยา	3.33	1.53	ปานกลาง
การทำงานหาเลี้ยงชีพเป็นไปได้อย่าง	3.20	1.52	ปานกลาง
การมีกิจกรรมทางเพศเป็นไปได้อย่าง	3.00	2.00	ปานกลาง
รวม	4.00	0.93	ดี

ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรก กับภาวะการทำงานหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างประสบการณ์การมีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรกกับภาวะการทำงานหน้าที่โดยรวมในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่า ประสบการณ์การมีอาการประกอบด้วยอาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น หายใจลำบากเหมือนนอนราบ นอนไม่หลับหรือหลับยาก และตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำงานหน้าที่โดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.047, r = -.036, r = -.112, r = -.103$ ตามลำดับ, $p > 0.05$) โดยพบว่ามีเพียงประสบการณ์การมีอาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางกับภาวะการทำงานหน้าที่โดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.494^{**}, p < 0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ และภาวะการทำหน้าที่โดยรวมในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ประสบการณ์การมีอาการ	ภาวะการทำหน้าที่โดยรวม
หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น (n=85)	-.047
อ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง (n=79)	-.494**
หายใจลำบากเมื่อนอนราบ (n=75)	-.036
นอนไม่หลับหรือหลับยาก (n=73)	-.112
ตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน (n=51)	-.103

**p < .01

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการที่ครอบคลุมการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรกกับภาวะการทำหน้าที่ด้านร่างกายในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่า ประสบการณ์การมีอาการประกอบด้วยอาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น หายใจลำบากเมื่อนอนราบ นอนไม่หลับหรือหลับยาก และตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.182, r = -.121, r = -.229, r = -.073$ ตามลำดับ, $p > 0.05$) โดยพบว่ามีเพียงประสบการณ์การมีอาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางกับภาวะการทำหน้าที่ด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.486^{**}, p < 0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ และภาวะการทำหน้าที่ด้านร่างกายในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ประสบการณ์การมีอาการ	ภาวะการทำหน้าที่ด้านร่างกาย
หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น (n=85)	-.182
อ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง (n=79)	-.486**
หายใจลำบากเมื่อนอนราบ (n=75)	-.121
นอนไม่หลับหรือหลับยาก (n=73)	-.229
ตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน (n=51)	-.073

**p < .01

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรกกับภาวะการทำหน้าที่ด้านอารมณ์ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่า ประสบการณ์การมีอาการประกอบด้วยอาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น หายใจลำบากเมื่อนอนราบ นอนไม่หลับหรือหลับยาก และตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ด้านอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .021, r = -.041, r = -.058, r = -.125$ ตามลำดับ, $p > 0.05$) โดยพบว่า มีเพียงประสบการณ์การมีอาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางกับภาวะการทำหน้าที่ด้านอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.421^{**}$, $p < 0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 4.14

ตารางที่ 4.14 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ และภาวะการทำหน้าที่ด้านอารมณ์ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ประสบการณ์การมีอาการ	ภาวะการทำหน้าที่ด้านอารมณ์
หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น (n=80)	.021
อ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง (n=74)	-.421 ^{**}
หายใจลำบากเมื่อนอนราบ (n=71)	-.041
นอนไม่หลับหรือหลับยาก (n=68)	-.058
ตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน (n=49)	-.125

^{**} $p < .01$

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรกกับภาวะการทำหน้าที่ด้านเศรษฐกิจและสังคมในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่า ประสบการณ์การมีอาการประกอบด้วยอาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น หายใจลำบากเมื่อนอนราบ นอนไม่หลับหรือหลับยาก และตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .010, r = .028, r = .026, r = -.107$ ตามลำดับ, $p > 0.05$) โดยพบว่า มีเพียงประสบการณ์การมีอาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางกับภาวะการทำหน้าที่ด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.382^{**}$, $p < 0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 4.15

ตารางที่ 4.15 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ และภาวะการทำหน้าที่ด้านเศรษฐกิจและสังคมในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

อาการ	ภาวะการทำหน้าที่ด้านเศรษฐกิจและสังคม
หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น (n=84)	.010
อ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง (n=78)	-.382**
หายใจลำบากเมื่อนอนราบ (n=74)	.028
นอนไม่หลับหรือหลับยาก (n=72)	.026
ตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน (n=50)	-.107

**p < .01

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการ ภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรกกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ตามกรอบแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) อภิปรายผลการวิจัยดังนี้

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 54.5 และเป็นเพศหญิงร้อยละ 45.5 ที่มีอายุตั้งแต่ 24 - 84 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 62.13 ปี (S.D. = 12.14) ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุคือมีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 61 - 75 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.6 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มวัยกลางคนและวัยสูงอายุ (Buyukozturk et al., 2003; Hou et al., 2004; Jurgens et al., 2009) ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นตามอายุ และประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีอายุมากกว่า 65 ปี (Masoudi et al., 2002) ซึ่งใกล้เคียงกับอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย สรีรภาพ และการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะระบบไหลเวียนโลหิต (Smeltzer et al., 2008) และมีภาวะโรคร่วม โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค โดยพบโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 20.51) ภาวะไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 15.02) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 14.29) โรคหลอดเลือดหัวใจตีบและภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ในสัดส่วนที่เท่ากัน (ร้อยละ 10.62) สอดคล้องกับผลการศึกษาในต่างประเทศ (Arnold et al., 2003, Masoudi et al., 2002) และการศึกษาของอรุณประไพ บัวพันธุ์ (Buapan, 2008) พบว่ามีโรคร่วมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ การมีโรคร่วมที่เป็นโรคเรื้อรังทำให้เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ (Eliopoulos, 2001) ซึ่งโรคเรื้อรังดังกล่าวยังเป็นสาเหตุที่ทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้นและ

ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลง ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้น (DeWald et al., 2000; Francis et al., 2001) ก่อนการเจ็บป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 25.0) และทำธุรกิจ/ค้าขาย (ร้อยละ 23.9) โดยปัจจุบันส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 63.6) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 90.9) โดยอาศัยอยู่กับครอบครัวสามี/ภรรยา/บุตร/บิดา/มารดา (ร้อยละ 90.9) และมีการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 60.2) ซึ่งพบว่ามีระดับการศึกษาและลักษณะความสัมพันธ์ของครอบครัวที่ดี ในประเทศไทยสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (นิภาพร ประจัญบาน, 2550; เสาวลักษณ์ ท่ามาก, 2552; Buapan, 2008)

ด้านรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 16,131.82 บาท (S.D. = 30,535.07) ซึ่งสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่มีตั้งแต่้วยทำงานและผู้สูงอายุ โดยพบว่าร้อยละ 31.8 ของกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เพียงพอทุกเดือนและมีเหลือเก็บ ส่วนใหญ่ร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่างมีรายได้เพียงพอทุกเดือนแต่ไม่เหลือเก็บ สอดคล้องกับผลการศึกษาของอรุณ ประไพ บัวพันธุ์ (Buapan, 2008) และเสาวลักษณ์ ท่ามาก (2552) ที่พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอทุกเดือนและไม่เหลือเก็บ โดยพบว่าร้อยละ 18.2 มีรายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง และเข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่อง ทำให้รบกวนการทำงาน รายได้ลดลง และมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นด้วย ทำให้ประสบปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัว นอกจากนี้ในการศึกษาค้างนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 53.4) รองลงมาคือใช้สิทธิเบิกราชการหรือรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 39.8) โดยที่กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลจากกรมบัญชีกลาง หรือหน่วยงานรัฐวิสาหกิจได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุวิณา เบาะเปลี่ยน (สุวิณา เบาะเปลี่ยน, วันเพ็ญ ภิญญญาสกุล, เพ็ญจันทร์ เสรวิวัฒนา, วิชชุดา เจริญกิจการ, 2554) โดยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมการรักษาโรคหัวใจ ซึ่งช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายให้กลุ่มตัวอย่างได้อีกด้านหนึ่ง

ในส่วนของระยะเวลาการเจ็บป่วยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 1 ปี (ร้อยละ 61.4) และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวใน 1 ปีที่ผ่านมาเท่ากับ 1-3 ครั้ง (ร้อยละ 82.95) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจอยู่ในระดับ 2 (NYHA Functional class II) (ร้อยละ 97.7) และร้อยละ 2.3 มีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจอยู่ในระดับ 3 (NYHA Functional class III) และเป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงเกิดขึ้นแล้วมาเข้ารับการรักษาด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งแตกต่างกับผลการศึกษาของอรุณ ประไพ บัวพันธุ์ (Buapan, 2008) พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 2 ปี และผลการศึกษาของเกศรา โชนาชัยศิริ (2554) พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 3.5 ปี เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจ

อยู่ในระดับ 1-3 (NYHA Functional class I - III) อาจอธิบายได้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจอยู่ในระดับ 1 และ 3 เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เริ่มหรือมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว จนถึงผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จึงพบว่ามีระยะเวลาการเจ็บนานกว่าการศึกษาครั้งนี้

เมื่อพิจารณาความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวตามการจำแนกของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association [NYHA]) ตามระดับของกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้และอาการที่เกิดขึ้น (ACC/AHA, 2001) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจอยู่ในระดับ 2 (NYHA Functional class II) (ร้อยละ 97.7) และร้อยละ 2.3 มีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจอยู่ในระดับ 3 (NYHA Functional class III) โดยผู้ป่วยที่มีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจอยู่ในระดับ 2 หมายถึงผู้ที่เป็โรคหัวใจสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และทำกิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำได้มากพอควร เช่น ล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร ขับถ่าย เดินทางราบ เดินขึ้นบันได แต่จะมีอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก อ่อนเพลีย ใจสั่น หรือเจ็บหน้าอกเล็กน้อย แต่เมื่อได้พักแล้วจะรู้สึกสบายขึ้น และผู้ป่วยที่มีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจอยู่ในระดับ 3 หมายถึงผู้ที่เป็โรคหัวใจสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และทำกิจกรรมต่างๆ ได้เพียงเล็กน้อย เพราะจะมีอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก ใจสั่น หรือเจ็บหน้าอก แต่เมื่อได้พักแล้วจะรู้สึกสบายขึ้น (ACC/AHA, 2001) สอดคล้องกับ นิทยา ศรีสุข (2551) ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมารับการตรวจรักษาเป็นผู้ป่วยนอกที่มีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจอยู่ในระดับ 2 และ 3 สอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอกเช่นเดียวกัน

ด้านการใช้ยาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดยาขับปัสสาวะมากที่สุด (ร้อยละ 100) รองลงมาคือ ยากลุ่มยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ที่ทำลายแองจิโอเทนซิน (ACEIs) (ร้อยละ 88.63) และยากลุ่มปิดกั้นเบต้า อะดรีเนอร์จิก รีเซพเตอร์ (ร้อยละ 36.36) ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของจันทร์จิรา เกียรติสีสกุล (2551) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้ยาขับปัสสาวะมากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มปิดกั้นเบต้า อะดรีเนอร์จิก รีเซพเตอร์ และยากลุ่มยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ที่ทำลายแองจิโอเทนซิน (ACEIs) ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการบำบัดรักษาของ ACCF/AHA guidelines ที่แนะนำให้ยาขับปัสสาวะ (Diuretics) เป็นยาที่มีความสำคัญในการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีประสิทธิภาพ ช่วยในการขับน้ำและเกลือออกจากระบบไหลเวียนได้ดี (Oxberry & Johnson, 2008) และยากลุ่มยับยั้งเอนไซม์แองจิโอเทนซิน (Angiotensin converting enzyme inhibitor [ACEIs]) มีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดขยายตัว ลดแรงต้านทานของหลอดเลือดทั่วร่างกาย ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจดีขึ้นและเพิ่มปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจ ยากลุ่มนี้เสริมฤทธิ์ยาขับปัสสาวะทำให้การขับเกลือและน้ำดีขึ้น มีผลในการลดภาระด้านหน้า (Afterload) และความต้องการใช้ออกซิเจนของหัวใจ (พ่องพรรณ อรุณแสง, 2548)

ประสบการณ์การมีอาการในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์การมีอาการที่พบบ่อยตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อาการจำนวนตั้งแต่ 6 - 26 อาการ เฉลี่ย 13.93 อาการ (S.D. = 4.41) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำเสนออาการที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50 มีประสบการณ์การมีอาการดังกล่าวเกิดขึ้น ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าเป็นจำนวนที่สูงพอที่ให้นำเสนอข้อมูลทางคลินิกเกี่ยวกับอาการสำคัญที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (Pongthavornkamol, 2000; Zambroski et al., 2005) โดยพบว่าประสบการณ์การรับรู้อาการที่พบประกอบด้วยอาการ 14 อาการ ได้แก่ อาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น (ร้อยละ 97.7) รองลงมาคือ อ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง (ร้อยละ 93.2) นอนไม่หลับหรือหลับยาก (ร้อยละ 87.5) หายใจลำบากเมื่อนอนราบ (ร้อยละ 86.4) ชา/เจ็บแปลบปลายมือ/ปลายเท้า (ร้อยละ 62.5) รู้สึกอึดอัดเหมือนมีลมในท้อง (ร้อยละ 61.4) ไอ (ร้อยละ 60.2) กังวล/กลัว (ร้อยละ 60.2) หงุดหงิด/โมโหง่าย (ร้อยละ 59.1) ตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน (ร้อยละ 58) ปากแห้ง (ร้อยละ 56.8) เจ็บแน่นหน้าอก (ร้อยละ 55.7) ใจสั่น (ร้อยละ 54.5) และบวมบริเวณแขน/ขา (ร้อยละ 52.3) ตามลำดับ ใกล้เคียงกับผลการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีประสบการณ์การเกิดอาการเฉลี่ย 9 อาการก่อนมาโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ (Bekelman et al., 2007) และผลการศึกษาของ Zambroski และคณะ (2005) ที่พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องเผชิญกับอาการต่างๆ โดยกลุ่มตัวอย่างรับรู้ประสบการณ์การมีอาการภาวะหัวใจล้มเหลวตั้งแต่ 7 - 23 อาการ โดยเฉลี่ย 15 อาการ

ลักษณะอาการที่เกิดขึ้น สามารถอธิบายได้ดังนี้

1) อาการเกี่ยวกับการหายใจ กลุ่มตัวอย่างเกิดประสบการณ์การมีอาการเกี่ยวกับการหายใจ ประกอบด้วย 3 อาการ ได้แก่ 1) อาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น (Shortness of breathing) 2) อาการหายใจลำบากเมื่อนอนราบ (Orthopnea) 3) อาการตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน (Paroxysmal nocturnal dyspnea)

อาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น (Shortness of breathing) เป็นประสบการณ์มีอาการที่กลุ่มตัวอย่างรายงานการเกิดสูงเป็นอันดับแรกคือร้อยละ 97.7 รองลงมา ได้แก่อาการหายใจลำบากเมื่อนอนราบ (Orthopnea) เป็นประสบการณ์มีอาการที่กลุ่มตัวอย่างรายงานการเกิดร้อยละ 86.4 และอาการตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน (Paroxysmal nocturnal dyspnea) เป็นประสบการณ์มีอาการที่กลุ่มตัวอย่างรายงานการเกิดร้อยละ 58 อาการหายใจลำบากที่พบในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีหลายลักษณะแตกต่างกันออกไป โดยขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพและเวลาที่เกิดขึ้นว่าเกิดเมื่อออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อยหรือปานกลาง (Smeltzer et al., 2008) อาการที่พบในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นผลจากโครงสร้างและการทำหน้าที่ของหัวใจผิดปกติไป ทำให้หัวใจห้องล่างไม่

สามารถบีบตัวเอาเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้เพียงพอกับความต้องการในขณะพัก หรือเมื่อต้องออกกำลังกาย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545; ACC/AHA, 2005; Buyukozturk et al., 2003; Hunt et al., 2005; Stevenson et al., 2004) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ส่วนใหญ่มีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจอยู่ในระดับ 2 (NYHA Functional class II) ร้อยละ 97.7 และอีกร้อยละ 2.3 มีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจอยู่ในระดับ 3 (NYHA Functional class III) เนื่องจากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจอยู่ในระดับ 2 และ 3 เป็นกลุ่มที่มีอาการและอาการแสดงเกิดขึ้น (ACC/AHA, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของวันทนา มณีศิลป์ (Maneesilp, 2000) ศึกษาประสบการณ์การเหนื่อยหอบ ผลของการเหนื่อยหอบ และวิถีจัดการกับอาการเหนื่อยหอบของผู้ป่วยโรคหัวใจพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบทุกวัน เช่นเดียวกับผลการศึกษานุชรินทร์ ฉัตรวิชัย (Chatvichai, 2003) พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการหายใจลำบาก 2 - 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล เช่นเดียวกับผลการศึกษาอื่นๆ (Blinderman et al., 2008; Heo et al., 2008; Song et al., 2009) จากผลการศึกษาของ Zambroski และคณะ (2005) พบว่าอาการที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรู้สึกทุกข์ทรมาน และเป็นภาระอาการ คือ อาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น และอาการตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน

2) อ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การมีอาการอ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง (ร้อยละ 93.2) อาการอ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง (Fatigue) เป็นอาการที่เกิดจากหลายปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้องเช่น ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านพฤติกรรม เป็นต้น ประสบการณ์การมีอาการอ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรงมีความสัมพันธ์กับอาการทางร่างกาย เช่น อาการหายใจลำบาก เจ็บแน่นหน้าอก หรือถูกรบกวนการนอนหลับพักผ่อน (Falk et al., 2007) ปริมาตรเลือดที่สูบฉีดจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง ไม่สามารถไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่างๆให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ทำให้เนื้อเยื่อขาดออกซิเจนและขนถ่ายของเสียจากการเผาผลาญของร่างกายได้ช้าลง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง (Katz, 2000) หรือจากการที่ผู้ป่วยมีอาการปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืนทำให้รบกวนการนอนและพักผ่อนไม่เพียงพอ เกิดอาการอ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรงตามมา (ผ่องพรรณแสงอรุณ, 2548) รวมถึงความเครียด ความวิตกกังวล (รสสุคนธ์ วาริตสกุล, 2547) จากผลการศึกษาครั้งกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการรักษาด้วยยาขับปัสสาวะ กลุ่มยาขับปัสสาวะทำให้ร่างกายสูญเสียโซเดียมและโปตัสเซียมจากการขับถ่ายปัสสาวะ (Hunt et al., 2005) ร่วมกับผู้ป่วยได้รับยากดภูมิคุ้มกันตัวรับเบต้าอะดรีเนอร์จิก (Beta - adrenergic receptor antagonist [β - blocker]) (ร้อยละ 36.36) อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นคือ อาการอ่อนล้าได้ (รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์, 2547; Butler et al., 2003) นอกจากนี้เกิดจากการเพิ่มภาระงานของหัวใจและการเพิ่มงานในการหายใจทำให้ร่างกายมีความต้องการเมตาบอลิซึมเพิ่มมากขึ้น มีการคั่งของเลือดในระบบทางเดินอาหาร เป็นผลให้ระบบทางเดิน

อาหารบวม ผู้ป่วยเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด แน่นท้อง (ผ่องพรรณ แสงอรุณ, 2548; อภิชาติ สุคนธทรัพย์ และรังสฤษฎ์ กาญจนะวณิช, 2547; Smeltzer et al., 2008) ทำให้เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลงเป็นอีกสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดอาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง เนื่องจากได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรายงานเกิดประสบการณ์การมีอาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง (Bekelman et al., 2007; Blinderman et al., 2008; Friedman et al., 1995; Song et al., 2009; Zambroski et al., 2005) Friedman และคณะ (1995) ได้อธิบายเพิ่มเติมว่าอาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง จะเกิดขึ้นภายหลังจากมีภาวะหัวใจล้มเหลวก่อน 6 สัปดาห์

3) **นอนไม่หลับหรือหลับยาก** เป็นประสบการณ์มีอาการที่กลุ่มตัวอย่างรายงานการเกิดถึงร้อยละ 87.5 มีหลายสาเหตุเข้ามาเกี่ยวข้องเช่น ด้านร่างกาย และด้านจิตใจ เช่นอาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น อาการไอ เจ็บแน่นหน้าอก หัวใจเต้นผิดจังหวะ ความวิตกกังวล เป็นต้น (Parker et al., 2002; Riedinger et al., 2001) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Brostrom และคณะ (2004) พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจอยู่ในระดับ 2 - 4 (NYHA Functional class II - IV) มีปัญหานอนไม่หลับหรือนอนหลับยาก และเมื่อหลับไปแล้วก็ตื่นเร็ว รวมถึงปัจจัยอื่น เช่น อายุ โรคร่วม และผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มปิดกั้นตัวรับเบต้าอะดรีเนอร์จิก (Beta - adrenergic receptor antagonist [β - blocker]) อาการข้างเคียงที่อาจเกิดได้เช่น มึนงง เวียนศีรษะ คลื่นไส้ ท้องเสีย และด้านอารมณ์ เช่น วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น จากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีประสบการณ์การมีอาการนอนไม่หลับหรือหลับยาก มีอำนาจทำนายภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโดยตรง (Blinderman et al., 2008; Zambroski et al., 2005)

4) **ขา/เจ็บแปลบปลายมือ/ปลายเท้า** เป็นประสบการณ์มีอาการที่กลุ่มตัวอย่างรายงานการเกิดร้อยละ 62.5 อาการขา/เจ็บแปลบปลายมือ/ปลายเท้า อาจไม่ใช่อาการของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยตรง พบรายงานการเกิดในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และมีโรคร่วม คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูง จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ภาวะโรคร่วมดังกล่าวอาจจะเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการขา/เจ็บแปลบปลายมือ/ปลายเท้า เกิดจากระบบประสาทเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกได้รับความเสียหายจากพยาธิสภาพของโรค (Smeltzer et al., 2008) เช่นเดียวกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา พบว่ามีรายงานประสบการณ์การมีอาการขา/เจ็บแปลบปลายมือ/ปลายเท้า ประมาณร้อยละ 47 (Bekelman et al., 2007; Blinderman et al., 2008; Zambroski et al., 2005)

5) **รู้สึกอึดอัดเหมือนมีลมในท้อง** เป็นประสบการณ์มีอาการที่กลุ่มตัวอย่างรายงานการเกิดร้อยละ 61.4 สาเหตุมาจากการเพิ่มภาระงานของหัวใจและการเพิ่มงานในการหายใจทำให้

ร่างกายมีความต้องการเมตาบอลิซึมเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลง เนื่องมาจากการกั่งของเลือดในระบบทางเดินอาหาร เป็นผลให้ระบบทางเดินอาหารบวม ระบบย่อยอาหารทำงานลดลงผู้ป่วยเกิดอาการรู้สึกอึดอัดเหมือนมีลมในท้อง (ผ่องพรรณ แสงอรุณ, 2548; อภิชาติ สุคนธทรัพย์ และรังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์, 2547; Smeltzer et al., 2008) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Zambroski และคณะ (2005) พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกิดอาการรู้สึกอึดอัดเหมือนมีลมในท้อง

6) อาการไอ เป็นประสบการณ์มีอาการที่กลุ่มตัวอย่างรายงานการเกิดร้อยละ 60.2 เป็นอาการที่สำคัญที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยจะบอกว่ามีอาการไอแห้งๆ ระบายคอต้องใช้แรงไ้มักเกิดขึ้นเวลากลางคืน การไอเวลากลางคืนมักเกิดร่วมกับอาการเหนื่อยหอบ ทำให้รบกวนการนอนและพักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้เกิดอาการอ่อนล้า การไอเป็นเลือด เสมหะอาจมีสีชมพูเกิดจากภาวะน้ำท่วมปอดอย่างเฉียบพลัน หากมีการฉีกขาดของหลอดเลือดแดงภายในปอด อาการไอเป็นเลือดเป็นผลจากที่เอ็มโบลายไปอุดที่ปอด (Pulmonary embolism) พบในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545; Braunwald, 2005; Smeltzer et al., 2008) เกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับในยากลุ่มยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ที่ทำลายแองจิโอเทนซิน (ACEIs) เป็นจำนวนถึงร้อยละ 88.63 อาการข้างเคียงของการได้รับยากลุ่มนี้ คือ อาการไอ (Hunt et al., 2005) ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดอาการดังกล่าวได้ เช่นเดียวกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา พบว่ามีรายงานประสบการณ์การมีอาการไอเกิดขึ้น (Bekelman et al., 2007; Blinderman et al., 2008; Zambroski et al., 2005)

7) การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างรายงานประสบการณ์การมีอาการที่เกิดขึ้น 2 อาการได้แก่ 1) อาการกังวล/กลุ่มใจ เป็นประสบการณ์มีอาการด้านจิตใจอาการแรกในกลุ่มตัวอย่างรายงานการเกิดร้อยละ 60.2 และ 2) อาการหงุดหงิด/โมโหง่าย กลุ่มตัวอย่างรายงานการเกิดร้อยละ 59.1 ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายก็จะส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ อารมณ์ ผู้ป่วยรับรู้ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะที่ถูกคุกคามต่อชีวิต ได้รับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล/กลุ่มใจ และหงุดหงิด/โมโหง่าย (Blinderman et al., 2008) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา (นิตยา ศรีสุข, 2551; Krethong, Jirapaet, Jitpanya, & Sloan, 2008; Bekelman et al., 2007; Blinderman et al., 2008; Zambroski et al., 2005)

8) ปากแห้ง เป็นประสบการณ์มีอาการที่กลุ่มตัวอย่างรายงานการเกิดร้อยละ 56.8 อาการอื่นๆ ที่ไม่ได้เกิดจากภาวะหัวใจล้มเหลวโดยตรง แต่เกิดจากผลของการรักษา เช่นจากการที่ผู้ป่วยได้รับยาขับปัสสาวะ อาจมีการขับปัสสาวะออกมาเกินไป มีการสูญเสียความสมดุลของสารน้ำ และเกลือ (Smeltzer et al., 2008) จากข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

ได้รับยาขับปัสสาวะ ร่วมกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องจำกัดน้ำและเกลือตามแนวการรักษา ซึ่งอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการปากแห้งได้ เช่นเดียวกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา (Bekelman et al., 2007; Blinderman et al., 2008; Zambroski et al., 2005) ที่พบการเกิดอาการดังกล่าว ถึงประมาณร้อยละ 62

9) เจ็บแน่นหน้าอก เป็นประสบการณ์มีอาการที่กลุ่มตัวอย่างรายงานการเกิดร้อยละ 55.7 เป็นอาการของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยมักบ่นเหนื่อยหอบ เกิดจากปริมาตรของเลือดที่มากเกินไป เนื่องจากการดูดซึมกลับของน้ำจากการบวมแทนที่จึงหายใจไม่ออก (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545) อาการเจ็บแน่นหน้าอกเกิดขึ้นเนื่องมาจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งกระตุ้นให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ความสามารถในการสูบน้ำเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ไม่เพียงพอต่อความต้องการ ทำให้เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก (Smeltzer et al., 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของพงศกา กรีทอง (Krethong et al., 2008) และ Zambroski และคณะ (2005) พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก ร้อยละ 55.2 และร้อยละ 53.7 ตามลำดับ

10) ใจสั่น เป็นประสบการณ์มีอาการที่กลุ่มตัวอย่างรายงานการเกิดร้อยละ 54.5 ในผู้ป่วยภาวะหัวใจซีกซ้ายล้มเหลวซึ่งพบเร็ว เป็นการตอบสนองต่อการทำงานของประสาทอะดรีเนอร์จิก โดยที่อัตราการเต้นของหัวใจเร็วมากขึ้น และจะลดลงมาเท่าเดิมได้ช้าแม้ได้พักเนื่องจากการเพิ่มปริมาตรเลือดที่สูบน้ำจากหัวใจในหนึ่งนาที ในการตอบสนองต่อการออกแรงจะกระทำได้จากหัวใจต้องบีบตัวเร็วขึ้น อาจเกิดจากสาเหตุความผิดปกติของหัวใจเอง เช่น โรคลิ้นหัวใจ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด พืชจากยาต้านหัวใจเต้นผิดจังหวะในกลุ่มดิจิตาลิส (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545; Smeltzer et al., 2008) อาการใจสั่นที่ไม่ได้มีสาเหตุจากหัวใจ เช่น ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย จากข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างพบว่า 1 ใน 3 มีโรคร่วม คือ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หัวใจเต้นผิดจังหวะ และโรคลิ้นหัวใจ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของอาการใจสั่นได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Zambroski และคณะ (2005) พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกิดอาการใจสั่น ร้อยละ 48.1 และจากผลการศึกษาของวันทนา มณีศิลป์ (Maneesilp, 2000) พบว่า อาการใจสั่นมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ และอาการหายใจลำบากอีกด้วย

11) บวมบริเวณแขน/ขา เป็นประสบการณ์มีอาการที่กลุ่มตัวอย่างรายงานการเกิดร้อยละ 52.3 เป็นอาการหลักที่สำคัญของผู้ป่วยภาวะหัวใจซีกขวาล้มเหลว เกิดจากปริมาตรเลือดที่สูบน้ำจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง ทำให้เลือดไปเลี้ยงที่ไตน้อยลง อัตราการกรองที่ไตลดน้อยลง เกิดการคั่งของเกลือและน้ำ มีผลให้เกิดเลือดคั่งในหลอดเลือดของระบบ และบวมที่หลอดเลือดดำส่วนปลาย (Systemic venous system and peripheral edema) อาการบวมเริ่มจากบริเวณแขน/ขา (ผ่องพรรณแสงอรุณ, 2548; Smeltzer et al., 2008) ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา (Bekelman et al., 2007; Blinderman et al., 2008; Zambroski et al., 2005)

สำหรับในประเทศไทยการศึกษาประสบการณ์การมีอาการในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ตามแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) ที่ครอบคลุมทั้ง 3 มิติได้แก่ ความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันพบได้น้อย ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มอื่นเช่น ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ แต่ในการศึกษากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งเป็นภาวะที่มีการดำเนินของโรคอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกับผู้ป่วยเรื้อรังอื่นที่กล่าวมาข้างต้น ภาพรวมผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประสบการณ์การมีอาการในแต่ละมิติของกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกัน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ด้านประสบการณ์การมีอาการที่กลุ่มตัวอย่างประเมินในมิติของความถี่พบว่า อาการเกิดขึ้นบ่อยที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่อาการนอนไม่หลับหรือหลับยาก (mean = 3.18, S.D. = 0.79) รองลงมา หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น (mean = 2.73, S.D. = 0.85) อ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง (mean = 2.61, S.D. = 0.87) หายใจลำบากเมื่อนอนราบ (mean = 2.59, S.D. = 0.82) และหงุดหงิด/โมโหง่าย (mean = 2.46, S.D. = 0.83) ตามลำดับ ใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ Zambroski และคณะ (2005) พบว่าประสบการณ์การมีอาการในมิติของความถี่ ได้แก่อาการนอนไม่หลับหรือหลับยาก ปวดอื่นๆ และอาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง ตามลำดับ โดยต่างกับจากผลการศึกษาของนิตยา ศรีสุข (2551) พบว่าประสบการณ์การมีอาการในมิติความถี่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ อาการอ่อนล้า กังวลหรือเครียด และหายใจลำบาก ตามลำดับ การศึกษาของพวงผกา กริทอง และคณะ (2008) ในประสบการณ์การมีอาการในมิติความถี่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ อาการอ่อนล้า ใจสั่น และกังวลหรือเครียด ตามลำดับ

ด้านประสบการณ์การมีอาการที่กลุ่มตัวอย่างประเมินในมิติของความรุนแรงพบว่า มีการรับรู้ความรุนแรงของอาการมากที่สุด 5 อาการ ได้แก่อาการหายใจลำบากเมื่อนอนราบ (mean = 2.83, S.D. = 0.72) รองลงมา หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น และ ตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน มีสัดส่วนที่เท่ากันคือ (mean = 2.67, S.D. = 0.82, S.D. = 0.86 ตามลำดับ) นอนไม่หลับหรือหลับยาก (mean = 2.58, S.D. = 0.78) และอาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง (mean = 2.31, S.D. = 0.68) ตามลำดับ ใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ Zambroski และคณะ (2005) พบว่าประสบการณ์การมีอาการในมิติของความรุนแรง ได้แก่อาการนอนไม่หลับหรือหลับยาก ปวดอื่นๆ อ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรงและหายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้นในสัดส่วนเท่ากัน ตามลำดับ และจากผลการศึกษาของพวงผกา กริทอง และคณะ (2008) ประสบการณ์การมีอาการในมิติความรุนแรงของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ อาการอ่อนล้า อาการหายใจลำบาก และอาการเจ็บแน่นหน้าอก ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของ Blinderman และคณะ (2008) พบว่าประสบการณ์การมีอาการในมิติของความรุนแรง ได้แก่ ปัญหาเกี่ยวกับความต้องการทางเพศหรือกิจกรรมทางเพศ นอนไม่หลับหรือหลับยาก และท้องผูก ตามลำดับ

ด้านประสบการณ์การมีอาการในมิติของความทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าอาการที่รู้สึกทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาที่สุด 5 อันดับ ได้แก่ หายใจลำบากเหมือนนอนราบ (mean = 3.99, S.D. = 0.94) รองลงมา หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น (mean = 3.78, S.D. = 0.89) ตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน (mean = 3.59, S.D. = 1.10) นอนไม่หลับหรือหลับยาก (mean = 3.52, S.D. = 0.91) และอาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง (mean = 3.30, S.D. = 0.87) ตามลำดับ คล้ายคลึงกับผลการศึกษาของ Zambroski และคณะ (2005) ที่ศึกษาประสบการณ์การมีอาการในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในมิติความรู้สึกทุกข์ทรมาน ได้แก่ อ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง นอนไม่หลับหรือนอนหลับยาก และหายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น ตามลำดับ โดยแตกต่างจากผลการศึกษาของ Blinderman และคณะ (2008) ผู้ป่วยต้องเผชิญอาการในมิติความรู้สึกทุกข์ทรมาน ได้แก่ อาการปวดอื่นๆ อ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง และนอนไม่หลับหรือนอนหลับ ตามลำดับ เช่นเดียวกับผลการศึกษาอื่นๆ (Heo et al., 2008; Song et al., 2009)

จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการรับรู้อาการมีความแตกต่างกันในมิติความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน เนื่องจากประสบการณ์อาการเป็นกระบวนการรับรู้ของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการเช่น ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจ ระดับการศึกษา เป็นต้น รวมถึงความแตกต่างในสังคมและวัฒนธรรม (Jurgens, 2009) เมื่อเทียบกับหลายผลการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในต่างประเทศและประเทศไทย เช่น Zambroski และคณะ (2005) นิตยา ศรีสุข (2551) และพวงผกา กริทอง และคณะ (2008) ที่ศึกษาประสบการณ์การมีอาการในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และจากกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังอื่น เช่นการศึกษาของนงลักษณ์ สุวิสิษฐ์ (Suwisith, 2008) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประสบการณ์การมีอาการเกิดขึ้นมากหลายอาการ อาจไม่ใช่อาการที่มีความถี่ ความรุนแรง หรือรบกวนการดำเนินชีวิต เช่นเดียวกับผลการศึกษาของรติรส แผลงภูทอง และคณะ (2552) ผลการศึกษานี้สนับสนุนแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) กล่าวว่า ประสบการณ์การมีอาการมีหลายมิติ (Multidimension) อาจกล่าวได้ว่า ประสบการณ์การมีอาการที่พบรายงานการเกิด อาจไม่ใช่อาการที่มีความถี่ ความรุนแรง หรือทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าผลการศึกษาประสบการณ์การมีอาการในมิติต่างๆ ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ผ่านมา พบว่าการรับรู้ประสบการณ์การมีอาการในมิติต่างๆ ของผู้ป่วยเป็นการรับรู้ผลของการออกแรงต่อทำกิจกรรมต่างๆ และการรับรู้ประสบการณ์การมีอาการหลายๆอาการที่เกิดขึ้น นำไปสู่การรับรู้ความรุนแรง ความทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิต หรือเป็นการระอาการได้ (Cleeland, 2007)

วิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

การศึกษานี้ผู้วิจัยขออภิปรายผลวิธีการจัดการกับอาการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นอาการที่ทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรก โดยแบ่งเป็นวิธีการจัดการกับอาการเกี่ยวกับการหายใจ วิธีการจัดการกับอาการนอนไม่หลับ/หลับยาก และวิธีการจัดการกับอาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง อธิบายได้ดังนี้

วิธีการจัดการกับอาการเกี่ยวกับการหายใจ อาการเกี่ยวกับการหายใจ ประกอบด้วยอาการ 3 อาการดังนี้ 1) อาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการกับอาการโดยการนั่งหรือนอนพัก (ร้อยละ 76.31) รองลงมาใช้วิธีหายใจเข้าออก ช้าและลึก (ร้อยละ 21.05) โดยที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินว่าวิธีดังกล่าวช่วยให้อาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้นทุเลาลง (ร้อยละ 72.4) 2) อาการหายใจลำบากเหมือนนอนราบ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการกับอาการโดยนอนหนุนหมอนสูง 2 ใบ (ร้อยละ 60.29) รองลงมาใช้วิธีลุกขึ้นนั่งพัก (ร้อยละ 22.05) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินว่าวิธีดังกล่าวช่วยให้อาการหายใจลำบากเหมือนนอนราบทุเลาลง (ร้อยละ 86.8) และ 3) อาการตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดใช้วิธีการจัดการกับอาการ โดยการลุกขึ้นนั่งพัก (ร้อยละ 95.00) รองลงมาใช้วิธีการดมออกซิเจน (ร้อยละ 5.00) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินว่าวิธีดังกล่าวช่วยให้อาการตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืนทุเลาลง (ร้อยละ 80.0) จากผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการกับอาการเกี่ยวกับการหายใจสรุปได้ 3 วิธีคือ 1) การจัดทำ เช่น นั่งหรือนอนพัก นอนหนุนหมอนสูง 2 ใบ หรือนอนตะแคงซ้ายขวาสลับกัน 2) การควบคุมการหายใจ เช่น ตั้งสมาธิแล้วหายใจเข้าออก ช้าและลึก และ 3) การใช้ออกซิเจน

อาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น (Shortness of breathing) เป็นอาการหายใจลำบากเกิดขึ้นเมื่อออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อยหรือปานกลาง เป็นอาการที่ไม่รุนแรงโดยผู้ป่วยบอกว่ามีลักษณะการหายใจสั้นๆ หายใจไม่อิ่ม และจะหายไปเมื่อได้พัก อาการหายใจลำบากเมื่อออกกำลังกายที่รุนแรงจะจำกัดความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน (ผ่องพรรณ แสงอรุณ, 2548; สมจิต หนูเจริญกุล, 2545; Smeltzer et al., 2008) การมีกิจกรรมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น การเดิน การอาบน้ำ/แต่งตัว การเคลื่อนไหวเร็วๆ เดินขึ้นบันได เป็นกิจกรรมที่ใช้พลังงานมาก ทำให้แสดงอาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น วิธีจัดการกับอาการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นด้วยการสงวนพลังงาน โดยการสูดหายใจเข้าออก ช้าและลึก และจำกัดกิจกรรม โดยการนั่งพักหรือนอนพัก (Hunt et al., 2005; Indilicato, 2006; Oguz & Enç, 2008; Oxberry & Johnson, 2008) ส่วนอาการหายใจลำบากเหมือนนอนราบ (Orthopnea) และอาการหายใจลำบากกำเริบตอนกลางคืน (Paroxysmal nocturnal dyspnea) จะเกิดเมื่ออยู่ในท่าราบ โดยเฉพาะนอนหงาย อาการจะหายไปหรือทุเลาเมื่อยกส่วนศีรษะและลำตัวส่วนบนให้สูงขึ้น หรือการลุกนั่ง เป็นอาการที่เกิดจากความดันหลอดเลือดดำของปอดเพิ่มมากขึ้น

เกิดปอดบวมน้ำและขยายตัวไม่ดี จึงต้องออกแรงเพิ่มขึ้นช่วยในการหายใจ และเป็นการเพิ่มแรงต้านทานการหายใจ ทำให้หายใจไม่ออกราบหรือหายใจลำบากเหมือนนอนราบ การจัดท่าผู้ป่วยให้อยู่ในท่าศีรษะสูง (Fowler's position) หรือท่านั่งจะช่วยลดการคั่งของเลือดดำในปอด ลดอาการหายใจลำบาก ส่วนขาต้องจัดให้ต่ำไว้เสมอแม้ว่าจะบวม ทั้งนี้เพราะว่าการยกขาจะทำให้เลือดกลับเข้าสู่หัวใจได้เร็วมาก (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548; Indilicato, 2006., Oxberry & Johnson, 2008) หากเมื่ออาการดังกล่าวรุนแรงมากขึ้นผู้ป่วยใช้วิธีการดมออกซิเจน การให้ออกซิเจนเป็นการเพิ่มออกซิเจนในลมหายใจเข้า ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้น มีผลต่อการได้รับออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้การทำหน้าที่ของหัวใจดีขึ้น การให้ออกซิเจนทางหน้ากากหรือแคนนูลาจะลดภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ ลดอาการหายใจลำบาก และเพิ่มการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจน - คาร์บอนไดออกไซด์ ในภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548; Indilicato, 2006; Jessup et al., 2009; Oxberry & Johnson, 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของนุชรรัตน์ ฉัตรวิชัย (Chatvichai, 2003) หลังใช้โปรแกรมการบรรเทาอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวด้วยเทคนิคควบคุมการหายใจ ทำให้อาการหายใจลำบากลดลง และผลการศึกษาของสุกานดา บุญคง (Bunkong, 2009) ที่ศึกษาวิธีการจัดการกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยที่ร่อผัดตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจโดยใช้วิธีการพัก และการจัดท่า เช่นเดียวกับการศึกษาของรติรส แผลงภูทอง และคณะ (2552) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามมีวิธีการจัดการกับอาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น โดยการนั่ง/นอนพัก ร้อยละ 75 เนื่องมาจากการนั่งหรือนอนพักเป็นวิธีที่ปฏิบัติได้ง่าย จึงเป็นเหตุผลที่ผู้ป่วยเลือกใช้วิธีนี้ และจากการศึกษาของมยุรี บุญทัด (Boontad, 2004) พบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ใช้วิธีการจัดการกับอาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น โดยการนอนพักซึ่งวิธีทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ร่างกายเกิดการผ่อนคลาย

วิธีการจัดการกับอาการนอนไม่หลับ/หลับยาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการกับอาการ โดยการรับประทานยานอนหลับ (ร้อยละ 54.92) รองลงมาคือ รอให้ง่วงก่อนจึงนอน (ร้อยละ 42.25) โดยที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินว่าวิธีดังกล่าวช่วยให้อาการนอนไม่หลับ/หลับยากหายไป (ร้อยละ 54.9) และช่วยให้การนอนไม่หลับ/หลับยากทุเลาลง (ร้อยละ 40.8) อาการนอนไม่หลับ/หลับยาก เกิดจากปริมาตรเลือดที่สูบฉีดจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง ทำให้ออกซิเจนไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ (Cerebral hypoxia) หรือเกิดจากการระบายอากาศไม่เพียงพอ ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้และความรู้สึก (ผ่องพรรณ แสงอรุณ, 2548; Rains, 2002) หรือ เกิดจากการถูกรบกวนจากอาการด้านร่างกาย เช่น อาการอาการหายใจลำบากเหมือนนอนราบ อาการหายใจลำบากกำเริบตอนกลางคืน ใจสั่น เป็นต้น อาการด้านจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล เป็นต้น (Brostrom et al., 2001) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วมหรือโรคประจำตัวคือโรคหัวใจ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคเส้นหัวใจ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด นอกจากได้รับการรักษาด้วยยาในกลุ่มยาระบบหัวใจและหลอดเลือดแล้ว

และได้รับยาในกลุ่มยานอนหลับด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหัวใจได้นอนหลับพักผ่อนเป็นลดการทำงานหนักของหัวใจ อาจเป็นเหตุผลที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกใช้วิธีการจัดการกับอาการนอนไม่หลับหรือหลับยากโดยการรับประทานยานอนหลับ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Oguz & Enç (2008) ที่ศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่เลือกใช้วิธีการจัดการกับอาการนอนไม่หลับหรือหลับยากโดยการรับประทานยานอนหลับ รองลงมาคือ รอให้่วงก่อนจึงนอน อาจเป็นวิธีที่เลือกลองปฏิบัติแล้วได้ผล ไม่มีเหตุจำเป็นที่ต้องรับประทานยานอนหลับ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ สุกานดา บุญคง (Bunkong, 2009) แต่ในขณะที่ผลการศึกษาของรติรส แผลงภูทอง และคณะ (2552) และมาศอุบล วงศ์พรหมชัย (2548) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีวิธีจัดการกับอาการนอนไม่หลับหรือหลับยาก โดยการสวดมนต์/ทำสมาธิมากที่สุด ซึ่งเป็นวิธีที่ทำให้จิตใจสงบ ร่างกายเกิดการผ่อนคลาย ซึ่งการใช้วิธีดังกล่าวอาจนำมาใช้ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนแต่อย่างใด

วิธีการจัดการกับอาการอ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้วิธีจัดการกับอาการ โดยการนั่งหรือนอนพัก (ร้อยละ 93.93) รองลงมาคือ ออกกำลังกาย (ร้อยละ 6.06) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินว่าอาการอ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรงทุเลาลง (ร้อยละ 66.7) อาการอ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรงเป็นอาการที่เกิดจากหลายปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้องเช่น ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการอ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการกับอาการอ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง โดยการนั่งหรือนอนพัก เป็นวิธีที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้โดยไม่มีข้อจำกัด เพื่อให้ทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองโดยไม่เหนื่อยล้า หรือมีอาการผิดปกติที่รุนแรงตามมา รวมถึงใช้วิธีการออกกำลังกาย เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องแนวทางการบำบัดรักษาของ Hunt และคณะ (2005) และ ACCF/AHA guidelines ได้ให้แนวทางการจัดการกับอาการโดยการไม่ใช้ยา คือให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวพักผ่อนและออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Oguz และ Enç (2008) และสอดคล้องกับผลการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ เช่น สิริ นุช บูรณะเรืองโรจน์ (Buranaruangrote, 2006) และการศึกษาของธีระนุช เพชรรุ่ง (Petchrungs, 2004) ที่ศึกษาวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และผู้ป่วยไตวายเรื้อรังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการอาการโดยการนอนพักผ่อน และออกกำลังกาย

ภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะการทำหน้าที่เป็นผลลัพธ์ตามแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) ผลลัพธ์เป็นผลที่เกิดจากประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการ ผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพการจัดการกับอาการของแต่ละคน เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะการทำหน้าที่ที่ดีต่อไป

ผลการศึกษาพบว่า ภาวะการทำหน้าที่โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.69 (S.D. = 0.77) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าภาวะการทำหน้าที่ด้านร่างกาย อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.06 (S.D. = 0.86) ภาวะการทำหน้าที่ด้านอารมณ์อยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.01 (S.D. = 0.99) ภาวะการทำหน้าที่ด้านเศรษฐกิจและสังคมอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 (S.D. = 0.93) สอดคล้องกับผลการศึกษาของนิคยา ศรีสุข (2551) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร โดยพบว่าภาวะการทำหน้าที่โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 69.39 (S.D. = 0.93) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าอยู่ในระดับเดียวกับการศึกษาในครั้งนี้คือ ภาวะการทำหน้าที่ด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ภาวะการทำหน้าที่ด้านอารมณ์อยู่ในระดับดี และภาวะการทำหน้าที่ด้านเศรษฐกิจและสังคมอยู่ในระดับดี

โดยสามารถอภิปรายภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับส่งผลให้ผลลัพธ์ภาวะการทำหน้าที่โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี ดังนี้

จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (ร้อยละ 60.6) และมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 62.13 ปี (S.D. = 12.14) อายุเป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งบอกถึงความแตกต่างของพัฒนาการ ทั้งในด้านร่างกายและวุฒิภาวะ เกี่ยวข้องกับการรับรู้ ความเข้าใจและความรู้สึนึกคิด รวมถึงการตัดสินใจและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ กล่าวได้ว่าผู้ป่วยสูงอายุมีการรับรู้ประสบการณ์การมีอาการ มีความเข้าใจและตัดสินใจวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ดี ส่งผลให้มีการรับรู้ภาวะการทำหน้าที่อยู่ในระดับดี สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Hou และคณะ (2004) พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปีมีภาวะการทำหน้าที่โดยรวมต่ำกว่าผู้ป่วยที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี และจากผลการศึกษาของ Falk และคณะ (2008) พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพศหญิงวัยกลางคนมีประสบการณ์อาการอ่อนล้าและมีความรุนแรงมากกว่าหญิงสูงอายุ และส่งผลให้ภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพศหญิงวัยกลางคนต่ำกว่าหญิงสูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอทุกเดือน รายได้เป็นการบ่งบอกฐานะทางเศรษฐกิจชีวิตความเป็นอยู่ รวมถึงการเข้าถึงการบริการทางสุขภาพ เป็นปัจจัยที่สำคัญในการดำรงชีวิตของคนเพราะเป็นสิ่งที่ตอบสนองความต้องการพื้นฐานอื่นๆ เช่น อาหาร ที่อยู่อาศัย และการรักษาพยาบาล สอดคล้องกับการผลศึกษาที่ผ่าน เช่น จัตุรลย์ ใจอารีย์ (2533) พบว่ารายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา (นิคยา ศรีสุข, 2551; Clark et al., 2003; Evangelista et al., 2001) และจากผลการศึกษาของอรุณประไพ บัวพันธ์ (Buapan, 2008) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีรายได้เพียงพอทุกเดือน

สอดคล้องกับผลการศึกษารั้งนี้ และจากการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านรายได้มีอำนาจทำนายการปรับตัวของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในด้านร่างกายได้ดี

กลุ่มตัวอย่างมีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจอยู่ระดับ 2 (ร้อยละ 97.7) และระดับ 3 (ร้อยละ 2.3) ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่ำกว่า 1 ปี (ร้อยละ 61.4) และเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว 1-3 ครั้ง (ร้อยละ 82.95) โดยผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีประสบการณ์การมีอาการ และมีวิธีการจัดการอาการด้วยตนเองมาแล้ว ทำให้สามารถปรับตัวใช้ชีวิตร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลวได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของอรุณประไพ บัวพันธุ์ (Buapan, 2008) พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยมีอำนาจทำนายการปรับตัวของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวด้านร่างกายและจิตใจ และผลการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่าระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจมีอำนาจทำนายภาวะการทำหน้าที่ด้านร่างกายในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ (Heo, et al., 2008; Westlake et al., 2002) เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Lee และคณะ (2005) พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจสูงขึ้นมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ด้านร่างกาย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษารั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับครอบครัวสามี/ภรรยา/บุตร/บิดา/มารดา (ร้อยละ 94.3) และมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 90.9) เป็นการสนับสนุนทางสังคมอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและมีบทบาทที่สำคัญในการฟื้นฟูสภาพภายหลังการเจ็บป่วย เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมมีส่วนช่วยส่งเสริมในเรื่องการดูแลสุขภาพหลังการเจ็บป่วย รวมถึงช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตดีขึ้น โดยสามารถเผชิญหรือควบคุมเหตุการณ์ต่างอันเนื่องจากความเจ็บป่วยส่งผลต่อผลลัพธ์คือภาวะการทำหน้าที่ได้ เช่นกับหลายผลการศึกษาที่ผ่านมา (Bennett et al., 1998; Riedinger et al., 2002) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ด้านร่างกายในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง สอดคล้องการศึกษานักตรวถัย ใจอารีย์ (2533) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง ผลการศึกษพบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีอำนาจทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 โดยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 46.36 จากผลการศึกษาของเขวภา บุญเที่ยง (Boonteang, 2002) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลทางลบกับการกลับเข้ามาพักรักษาในโรงพยาบาลในผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง รวมถึงผลการศึกษาของนันทา ขวัญดี (2553) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการฟื้นตัวด้านภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักภายหลังทำการผ่าตัด

จากผลการศึกษาที่กล่าวมาแล้วข้างต้นพบว่า ภาวะการทำหน้าที่โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.69 เมื่อแยกพิจารณาเป็นรายด้าน จะพบว่า ภาวะการทำหน้าที่ด้านอารมณ์ และภาวะการทำหน้าที่ด้านเศรษฐกิจและสังคมอยู่ในระดับดีเช่นเดียวกันคือ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.01 และ 4.00 ตามลำดับ (ช่วงคะแนนเฉลี่ยระดับดี เท่ากับ 3.41 – 4.20) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าภาวะการทำหน้าที่ด้านร่างกายซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง คือมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.06 (ช่วงคะแนนเฉลี่ยระดับปานกลาง เท่ากับ 2.61 – 3.40) กล่าวได้ว่าภาวะการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ส่งผลกระทบต่อภาวะการทำหน้าที่โดยรวมมากกว่าด้านอารมณ์ และด้านเศรษฐกิจและสังคม หากพิจารณาเป็นรายข้อคำถามในด้านร่างกาย ข้อคำถามดังกล่าวต้องการถามว่าภาวะหัวใจล้มเหลวมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาอย่างน้อยเพียงใด จากการศึกษาพบว่า ข้อคำถามในด้านร่างกายที่กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบว่า ภาวะหัวใจล้มเหลวส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตอย่างมาก 5 ข้อคำถาม ได้แก่ 1) ทำให้ต้องนั่งหรือนอนพักในระหว่างวัน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.51 กล่าวคือมีภาวะการทำหน้าที่ด้านร่างกายอยู่ในระดับไม่ดี (ช่วงคะแนนเฉลี่ยระดับไม่ดี เท่ากับ 1.81 – 2.60) 2) การทำงานบ้านหรืองานในสวนเป็นไปได้ยาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.77 3) เหนื่อยล้า หรือไม่ค่อยมีแรง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.77 4) มีอาการหายใจลำบาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.78 และ 5) การนอนหลับสนิทในตอนกลางคืนเป็นไปได้ยาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.85 ซึ่งมีภาวะการทำหน้าที่ด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง (ช่วงคะแนนเฉลี่ยระดับปานกลาง เท่ากับ 2.61 – 3.40) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Blinderman et al., 2008; Heo et al., 2008; Song et al., 2009; Zambroski et al., 2005) พบว่าประสบการณ์การมีอาการทางร่างกาย เช่น หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น ตื่นลูกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน และอ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง มีผลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือต้องสูญเสียภาวะการทำหน้าที่ด้านร่างกายไปจากอาการดังกล่าว เป็นเหตุให้ผู้ป่วยต้องหยุดหรือพักขณะทำกิจกรรมต่างๆ เพราะเกรงว่าจะส่งผลให้เกิดอาการหรือเกิดความรุนแรงเพิ่มขึ้นตามมา (ชานพิศ ทำนอง, 2527) อธิบายได้ว่าประสบการณ์การมีอาการทางร่างกายเป็นอาการที่คุกคามการดำเนินชีวิตประจำวันในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยมีผลต่อภาวะการทำหน้าที่ด้านร่างกายมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องการศึกษาครั้งที่พบว่ากับค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะการทำหน้าที่ด้านร่างกายในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าด้านอารมณ์ และด้านเศรษฐกิจและสังคม

ภาวะการทำหน้าที่ด้านอารมณ์โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.01 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อคำถาม จากทั้งหมด 5 ข้อ พบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมี 4 ข้อ ดังนี้ 1) มีความรู้สึกว่าเป็นภาระต่อครอบครัวหรือเพื่อนฝูง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.77 2) มีความรู้สึกสูญเสียความสามารถในการควบคุมอารมณ์ของตนเอง 3) มีความรู้สึกกังวล มีสัดส่วน

คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.98 ตามลำดับ 4) มีความรู้สึกรู้สึกซึมเศร้า มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.10 และมี 1 ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก มีสมาธิหรือจดจำสิ่งต่างๆ ได้ยาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.21 (ช่วงคะแนนเฉลี่ยระดับดีมาก เท่ากับ 4.21 - 5.00) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบว่าภาวะหัวใจล้มเหลวมีผลกระทบต่อด้านอารมณ์ โดยทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดความวิตกกังวล รู้สึกว่าสูญเสียความสามารถในการควบคุมอารมณ์ เช่น หงุดหงิด/โมโหง่าย หรือภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่าน (Krethong et al., 2008; Bekelman et al., 2007; Blinderman et al., 2008; Zambroski et al., 2005) ทั้งนี้สภาพทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ยิ่งส่งผลย้อนกลับทำให้เกิดอาการทางด้านร่างกายเกิดขึ้นมากมายและรุนแรงตามมา ผู้ป่วยจะสูญเสียหน้าที่และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ส่งผลต่อภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Bekelman et al., 2007; Friedman & Griffin, 2001)

ภาวะการทำหน้าที่ด้านเศรษฐกิจและสังคมโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อคำถาม จากทั้งหมด 8 ข้อพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง 3 ข้อ ดังนี้คือ 1) การมีกิจกรรมทางเพศเป็นไปได้ยาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.00 2) การทำงานหาเลี้ยงชีพเป็นไปได้ยาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.20 และ 3) ได้รับผลข้างเคียงจากการรักษาหรือการใช้ยา มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.33) กล่าวได้ว่า ข้อคำถามในด้านเศรษฐกิจและสังคมทั้ง 3 ข้อ ที่กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบว่าภาวะหัวใจล้มเหลวส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตอย่างมาก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และการดำเนินของโรคของภาวะหัวใจล้มเหลว ส่งผลกระทบต่อภาวะการทำหน้าที่ด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยคำถามการมีกิจกรรมทางเพศเป็นไปได้ยาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.00 ปัญหาเกี่ยวกับความต้องการทางเพศหรือกิจกรรมทางเพศ ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยซึ่งส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย เนื่องจากกิจกรรมดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยเกิดการเหนื่อย หอบมากขึ้น (อภิชาติ สุคนธสรณ์ และ รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิช, 2547; Zambroski et al., 2005) และหากมองในแง่ผลกระทบด้านสังคม ปัญหาเกี่ยวกับความต้องการทางเพศหรือกิจกรรมทางเพศ ส่งผลทำให้ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลคือคู่สมรสลดลง สอดคล้องกับจากผลการศึกษาอื่นๆ (Blinderman et al., 2008; Zambroski et al., 2005) พบว่าปัญหาเกี่ยวกับความต้องการทางเพศหรือกิจกรรมทางเพศโดยเฉพาะในเพศชาย มีความรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน และเป็นอาการที่เป็นภาระ เช่นเดียวกับผลการศึกษานิตยา ศรีสุข (2551) พบปัญหาเกี่ยวกับความต้องการทางเพศหรือกิจกรรมทางเพศมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ในข้อคำถามการทำงานหาเลี้ยงชีพเป็นไปได้ยาก และได้รับผลข้างเคียงจากการรักษาหรือการใช้ยา มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.20 และ 3.33 จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างกล่าวว่า จากการที่ตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและโรคประจำตัวอีกหลายโรค ทำให้ทำงานหาเลี้ยงชีพได้น้อย หรือทำไม่ได้เลย และจากการรับประทานยาโรคหัวใจ ทำให้เกิด

อาการข้างเคียง เช่น อ่อนเพลีย มีน เวียนศีรษะ ปัสสาวะบ่อย เป็นต้น ทำให้ลดบทบาทตนเองในด้านเศรษฐกิจและสังคมลง หรือไม่สามารถทำตามบทบาทในครอบครัวในฐานะสามีหรือภรรยา พ่อ แม่ และไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์ร่วมในสังคมได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีอัตราการกลับมาโรงพยาบาลซ้ำบ่อยๆ มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ลดลง ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น จึงทำให้มีการแยกตัวออกจากสังคมมากขึ้น ร่วมกับผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวได้รับการรักษาด้วยยาขับปัสสาวะ ผู้ป่วยต้องปัสสาวะบ่อยๆ จึงเป็นเหตุให้ผู้ป่วยแยกตัวออกจากสังคม (Stanley & Prasun, 2002)

ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรกกับภาวะการทำหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่าง

ภาวะการทำหน้าที่เป็นผลลัพธ์ตามแนวคิดนี้ ผลลัพธ์เป็นผลที่เกิดจากความสัมพันธ์ของประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการ มีลักษณะความสัมพันธ์ 2 ทาง ตามแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) จากผลการศึกษารั้งนี้พบว่า ประสบการณ์การมีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรก ประกอบด้วยอาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น อาการหายใจลำบากเมื่อนอนราบ อาการนอนไม่หลับหรือหลับยาก อาการตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน และอาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง โดยพบว่ามีประสบการณ์การมีอาการ 4 อาการ ได้แก่อาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น หายใจลำบากเมื่อนอนราบ นอนไม่หลับหรือหลับยาก และตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่โดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.047$, $r = -.036$, $r = -.112$, $r = -.103$ ตามลำดับ, $p > 0.05$) และพบว่ามีประสบการณ์การมีอาการเพียงอาการเดียว คืออาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางกับภาวะการทำหน้าที่โดยรวม (ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านเศรษฐกิจและสังคม)อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.494^{**}$, $r = -.486^{**}$, $r = -.421^{**}$, $r = -.382^{**}$ ตามลำดับ, $p < 0.01$) กล่าวคือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีประสบการณ์การมีอาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรงมาก จะมีภาวะการทำหน้าที่โดยรวมในระดับต่ำ โดยมีการอภิปรายผลตามลำดับดังนี้

การที่ประสบการณ์การมีอาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น หายใจลำบากเมื่อนอนราบ และตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.047$, $r = -.112$, $r = -.103$ ตามลำดับ, $p > 0.05$) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีจัดการกับอาการเกี่ยวกับการหายใจได้อย่างเหมาะสม สรุปได้ 3 วิธี คือ 1) การจัดทำ เช่น นั่งหรือนอนพัก นอนหนุนหมอน 2 ใบ หรือนอนตะแคงซ้าย ขวาสลับกัน

2) ควบคุมการหายใจ เช่น ตั้งสมาธิแล้วหายใจเข้าออก ช้าและลึก 3) การใช้ออกซิเจน ซึ่งผลลัพธ์ของวิธีการจัดการกับอาการโดยรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินว่าการจัดการกับอาการช่วยให้อาการที่เกิดขึ้นทุเลาลง (ร้อยละ 72.4 – 86.8) และช่วยให้อาการที่เกิดขึ้นหายไป (ร้อยละ 11.8 – 25.0) โดยที่อาการหายใจลำบากดังกล่าวไม่คงอยู่ไปตลอด ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาอื่นๆ เช่น การศึกษาของ Heo และคณะ (2008) พบว่าร้อยละ 94 ของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว มีอาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น ต้องสูญเสียภาวะการทำงานที่ด้านร่างกายไป จากการรักษาของ Zambroski และคณะ (2005) ศึกษาอาการที่เป็นภาระต่อภาวะการทำงานที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง พบว่าอาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น เป็นอาการที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรับรู้ว่าเป็นภาระอาการ (symptom burden) จำนวนประสบการณ์การมีอาการและภาระอาการยิ่งมากส่งผลให้ภาวะการทำงานของผู้ป่วยต่ำลง และการศึกษาของวันทนา มณีศิลป์ (2543) ศึกษาประสบการณ์การเหนื่อยหอบ ผลของการเหนื่อยหอบ และวิธีการจัดการกับอาการเหนื่อยหอบของผู้ป่วยโรคหัวใจ พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจมีอาการเหนื่อยหอบแต่ละครั้งนานครั้งถึงหนึ่งชั่วโมง ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

ประสบการณ์การมีอาการนอนไม่หลับหรือหลับยาก พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำงานที่โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.112, p > 0.05$) อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยใช้วิธีการจัดการกับอาการนอนไม่หลับหรือหลับยากได้อย่างเหมาะสม โดยการรับประทานยานอนหลับ และรอให้่วงก่อนจึงนอน ซึ่งผลลัพธ์ของวิธีการจัดการกับอาการ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินว่าวิธีดังกล่าวช่วยให้อาการนอนไม่หลับหรือหลับยากช่วยให้อาการที่เกิดขึ้นหายไป (ร้อยละ 54.9) และช่วยให้อาการที่เกิดขึ้นทุเลาลง (ร้อยละ 40.8) โดยที่อาการนอนไม่หลับหรือหลับยากเป็นอาการที่ไม่คงอยู่ไปตลอด ซึ่งผู้ป่วยสามารถหลับได้ ซึ่งแตกต่างจากหลายผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าอาการนอนไม่หลับหรือนอนหลับยาก เป็นอาการที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรับรู้ว่าเป็นภาระอาการ (symptom burden) ส่งผลให้ภาวะการทำงานที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยต่ำลง (Katz, 2002; Zambroski et al., 2005) และแตกต่างกับผลการศึกษาของ Redeker และคณะ (2010) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการนอนไม่หลับหรือหลับยากกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 173 ราย พบว่า อาการนอนไม่หลับหรือหลับยากทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวบกพร่อง

ประสบการณ์การมีอาการอ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางกับภาวะการทำงานที่โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.494^{**}, p < 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Bekelman et al., 2007; Blinderman et al., 2008; Evangelista et al., 2008; Song et al., 2009; Yu et al., 2004; Zambroski et al., 2005) พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มี

ประสบการณ์การมีอาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะการทำหน้าที่ จากผลการศึกษาของ Hägglund และคณะ (2007) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของอาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรงกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 49 ราย พบว่ามีผลกระทบเชิงลบในด้านภาวะการทำหน้าที่ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Heo และคณะ (2008) ที่ศึกษาถึงปัจจัยด้านประสบการณ์การมีอาการทำนายนภาวะการทำหน้าที่ด้านร่างกายในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 94 ของผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การมีอาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง ต้องสูญเสียภาวะการทำหน้าที่ไป สอดคล้องกับการศึกษาของ Friedman (1995) พบว่าอาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะการทำหน้าที่ในทุกด้าน เช่นเดียวกับ Dodd และคณะ (2001b) พบว่าประสบการณ์การมีอาการดังกล่าวและสามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงภาวะการทำหน้าที่ได้ 7.3% เนื่องจากประสบการณ์การมีอาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหมดแรง ไม่สบาย เหนื่อยหน่าย ไม่มีชีวิตชีวา ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ลดลง (Stephen, 2008) ซึ่งประสบการณ์การมีอาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรงในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีสาเหตุเกิดขึ้นจากหลายปัจจัย ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ เป็นประสบการณ์อาการที่เกิดขึ้นและคงอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา (persistent symptom) และเป็นประสบการณ์การมีอาการที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรของผู้ป่วย (Blinderman et al., 2008; Ekman et al., 2002; Friedman et al., 1995; Oka et al., 1993)

จากแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) ภาวะการทำหน้าที่ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการ จึงมีความสัมพันธ์กับวิธีการจัดการกับอาการและประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วย จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรกกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าประสบการณ์การมีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิต ได้แก่อาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น หายใจลำบากเมื่อนอนราบ นอนไม่หลับหรือหลับยาก และตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ พบประสบการณ์การมีอาการเพียงอาการเดียว คืออาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางกับภาวะการทำหน้าที่ ผลการศึกษาดังกล่าวสนับสนุนแนวคิดการจัดการกับอาการบางส่วนของ Dodd และคณะ (2001) อธิบายได้ว่าถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้การเกิดอาการทั้งในมิติความถี่ ความรุนแรง หรือทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิต อาจส่งผลกระทบต่อภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น ผู้ป่วยจะมีวิธีการจัดการกับอาการต่างๆ โดยมีเป้าหมายเพื่อเป็นการเบี่ยงเบนหรือชะลอผลลัพธ์ทางลบ ซึ่งวิธีการจัดการกับอาการเกิดจากการรับรู้ของผู้ป่วยเอง เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เป็นการเปลี่ยนแปลงตามความยินยอมหรือไม่ยินยอมของผู้ป่วย เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยต่อไป (Dodd et al., 2001a) โดยวิธีการจัดการกับอาการที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้เป็น

วิธีที่ผู้ป่วยเองประเมินว่ามีประสิทธิภาพที่ช่วยบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นที่ดีที่สุด ประสบการณ์การมีอาการดังกล่าวเกิดขึ้นในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งหรือเกิดขึ้นเมื่อเมื่อออกกำลังหรือทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย หากผู้ป่วยใช้วิธีการจัดการกับอาการที่มีประสิทธิภาพดังที่กล่าวมาแล้วจะช่วยบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นได้หรือช่วยให้อาการหายไป

นอกจากนี้ แนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) (Symptom management model) ซึ่งกล่าวถึงมโนทัศน์หลัก 3 มโนทัศน์ คือ 1) ประสบการณ์อาการ (Symptom experience) ประกอบด้วย การรับรู้อาการ (Perception of symptoms) การประเมินอาการ (Evaluation of symptoms) การตอบสนองต่ออาการ (Response to symptoms) 2) การจัดการกับอาการ (Symptom management) 3) ผลลัพธ์ (Outcomes) คือ ภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์ทั้ง 3 มโนทัศน์เป็นลักษณะความสัมพันธ์ 2 ทาง ผลการศึกษากครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) สามารถอธิบายได้ว่า ประสบการณ์การมีอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยอาการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าจะเกิดขึ้นมาก อาจไม่ใช่อาการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ในมิติความถี่ ความรุนแรง หรือทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิตมากขึ้นด้วย กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าจะเกิดขึ้นมาก 5 อันดับแรกได้แก่ อาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น อ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง นอนไม่หลับหรือหลับยาก หายใจลำบากเหมือนนอนราบ และขา/เจ็บแปลบปลายมือ/ปลายเท้า ตามลำดับ แต่อาการที่กลุ่มตัวอย่างประเมินในมิติความถี่ 5 อันดับแรกได้แก่ นอนไม่หลับหรือหลับยาก รองลงมา หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น อ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง อาการหายใจลำบากเหมือนนอนราบ และหงุดหงิด/โมโหง่าย ตามลำดับ อาการที่กลุ่มตัวอย่างประเมินในมิติความรุนแรงและทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิต 5 อันดับแรกได้แก่ หายใจลำบากเหมือนนอนราบ รองลงมา หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น ตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน นอนไม่หลับหรือหลับยาก และอาการอ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง ตามลำดับ สำหรับวิธีการจัดการกับอาการที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้ เป็นวิธีที่ผู้ป่วยเองประเมินว่า มีประสิทธิภาพที่ช่วยบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นที่ดีที่สุด วิธีการจัดการกับอาการที่ใช้นั้นมีความแตกต่างกันไป ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนมีองค์ประกอบที่แตกต่างกัน ทั้งในด้านบุคคล ด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย หรือด้านสิ่งแวดล้อม องค์ประกอบเหล่านี้มีผลต่อประสบการณ์การมีอาการทั้ง 3 มิติ ได้แก่ การรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการ รวมถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการจัดการกับอาการ ซึ่งก็คือภาวะการทำหน้าที่ จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ประสบการณ์การมีอาการอ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรงมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ (ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านเศรษฐกิจและสังคม) กล่าวคือหากผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรงมากขึ้น จะส่งผลให้ภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวลดลง ดังนั้น ประสบการณ์การมีอาการจึงเป็นประเด็นสุขภาพที่สำคัญ และหากมีการดูแลแก้ไขที่เหมาะสม ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะการทำหน้าที่ที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการ ภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรกกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยศึกษาตามแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) ศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช 2 หน่วยงาน ได้แก่ หน่วยตรวจโรคหัวใจ ตึกผู้ป่วยนอก และหน่วยตรวจพิเศษหัวใจและหลอดเลือด อาคารศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ชั้น 6 จำนวน 88 ราย อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ และดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม - พฤศจิกายน พ.ศ. 2554

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 4 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการ 3) แบบสัมภาษณ์วิธีการจัดการกับอาการโดยผู้ป่วย และ 4) แบบประเมินภาวะการทำหน้าที่ ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการ และแบบประเมินภาวะการทำหน้าที่ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83 และ .67 ตามลำดับ และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 88 ราย ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87 และ .70 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ SPSS/Windows version 17 ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการหาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรกกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว วิเคราะห์โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สรุปผลการวิจัยมีดังนี้

6.1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 61- 75 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 62.13 (S.D. = 12.14) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 54.5) เกือบทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนา พุทธ (ร้อยละ 97.7) สถานภาพสมรส โดยใช้ชีวิตคู่หรืออยู่ด้วยกัน/โดยไม่ได้แต่งงาน (ร้อยละ 90.9) การศึกษาสูงสุดระดับประถม (ร้อยละ 60.2) ส่วนใหญ่มีอาชีพก่อนการเจ็บป่วยคือ รับจ้าง (ร้อยละ 25.0) รองลงมาคือ ทำธุรกิจ/ค้าขาย (ร้อยละ 23.9) อาชีพปัจจุบันคือไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 63.6) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 15,000 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอทุกเดือน สำหรับสิทธิ ในการรักษา ส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 53.4) รองลงมาคือใช้สิทธิเบิก ราชการหรือรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 39.8) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัวสามี/ภรรยา/บุตร/บิดา/มารดา (ร้อยละ 94.3)

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 100% มีภาวะโรคร่วม แต่ละรายพบว่ามีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค โรคร่วมส่วนใหญ่ที่เป็นคือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 20.51) รองลงมาคือภาวะไขมันในเลือด สูง (ร้อยละ 15.02) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 14.29) ระยะเวลาการเจ็บป่วยต่ำกว่า 1 ปี (ร้อยละ 61.4) และเข้ารับการรักษาด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว 1-3 ครั้ง (ร้อยละ 82.95) ส่วนใหญ่มีระดับ สมรรถภาพการทำงานของหัวใจอยู่ในระดับ 2 (NYHA Functional Class II) (ร้อยละ 97.7) และกลุ่ม ตัวอย่างทั้งหมดใช้ยาขับปัสสาวะมากที่สุด (ร้อยละ 100) รองลงมาคือ ยากลุ่มยับยั้งการทำงานของ เอนไซม์ที่ทำลายแองจิโอเทนซิน (ACEIs) (ร้อยละ 88.63)

6.2 ประสพการณ์การมีอาการ

6.2.1 ประสพการณ์การมีอาการที่พบบ่อยตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างใน 1 สัปดาห์ที่ ผ่านมา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อาการจำนวนตั้งแต่ 6 - 26 อาการ เฉลี่ย 13.93 อาการ (S.D. = 4.41) โดยรายงานอาการที่มีกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50 ที่รับรู้ประสพการณ์การมีอาการดังกล่าว เกิดขึ้น ประสพการณ์การรับรู้อาการที่พบได้แก่ อาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น (ร้อยละ 97.7) รองลงมาคือ อ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง (ร้อยละ 93.2) นอนไม่หลับหรือหลับยาก (ร้อยละ 87.5) หายใจลำบากเหมือนนอนราบ (ร้อยละ 86.4) ชา/เจ็บแปลบปลายมือ/ปลายเท้า (ร้อยละ 62.5) รู้สึกอึดอัด เหมือนมีลมในท้อง (ร้อยละ 61.4) ไอ (ร้อยละ 60.2) กังวล/กลัว (ร้อยละ 60.2) หงุดหงิด/โมโห ง่าย (ร้อยละ 59.1) ตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน (ร้อยละ 58) ปากแห้ง (ร้อยละ 56.8) เจ็บแน่น หน้าอก (ร้อยละ 55.7) ใจสั่น (ร้อยละ 54.5) และบวมบริเวณแขน/ขา (ร้อยละ 52.3) ตามลำดับ

6.2.2 ประสิทธิภาพการมีอาหารที่รบกวนการดำเนินชีวิต 5 อันดับแรก และวิธีการจัดการกับอาการที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรับรู้ว่ารบกวนการดำเนินชีวิต 5 อันดับแรก ดังนี้

- 1) หายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการกับอาการ โดยการนั่งหรือนอนพัก (ร้อยละ 76.31) รองลงมาใช้วิธีหายใจเข้าออก ช้าและลึก (ร้อยละ 21.05)
 - 2) นอนไม่หลับหรือหลับยาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการกับอาการ โดยรับประทานยานอนหลับ (ร้อยละ 54.92) รองลงมาใช้วิธีรอให้่วงก่อนจึงนอน (ร้อยละ 42.25)
 - 3) หายใจลำบากเมื่อนอนราบ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการกับอาการ โดยนอนหนุนหมอนสูง 2 ใบ (ร้อยละ 60.29) รองลงมาใช้วิธีลุกขึ้นนั่งพัก (ร้อยละ 22.05)
 - 4) อ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการกับอาการ โดยการนั่งหรือนอนพัก (ร้อยละ 93.93) รองลงมาใช้วิธีการออกกำลังกาย (ร้อยละ 6.06)
 - 5) ตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการกับอาการ โดยการลุกขึ้นนั่งพัก (ร้อยละ 95.0) รองลงมาใช้วิธีการดมออกซิเจน (ร้อยละ 5.0)
- กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินว่าการจัดการกับอาการช่วยให้อาการที่เกิดขึ้นทุเลาลง (ร้อยละ 76.1)

6.3 ภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะการทำหน้าที่โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.69 (S.D. = 0.77) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ภาวะการทำหน้าที่ด้านร่างกาย อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.06 (S.D. = 0.86) ภาวะการทำหน้าที่ด้านอารมณ์ อยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.01 (S.D. = 0.99) ภาวะการทำหน้าที่ด้านเศรษฐกิจและสังคม อยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 (S.D. = 0.93)

6.4 ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพการมีอาหารที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรกกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ประสิทธิภาพการมีอาหารที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรกกับภาวะการทำหน้าที่โดยรวมในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่า ประสิทธิภาพการมีอาหารประกอบด้วยอาการ หายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น หายใจลำบากเมื่อนอนราบ นอนไม่หลับหรือหลับยาก และตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่โดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.047$,

$r = -.036$, $r = -.112$, $r = -.103$ ตามลำดับ, $p > 0.05$) โดยพบว่ามีเพียงประสบการณ์การมีอาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางกับภาวะการทำหน้าที่โดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.494^{**}$, $p < 0.01$)

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. จากผลการวิจัยพบว่า อาการที่ผู้ป่วยรับรู้และรายงานการเกิดอาการ อาจไม่ใช่อาการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่ารุนแรงหรือทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิต พยาบาลจึงไม่เพียงแต่เข้าใจอาการความเจ็บป่วยเท่านั้น พยาบาลต้องเข้าใจถึงองค์ประกอบพื้นฐานของแต่ละบุคคลที่มีความแตกต่างกัน ก่อให้เกิดการรับรู้อาการในมิติต่างๆที่แตกต่างกัน ดังนั้นพยาบาลควรมีการประเมินอาการในมิติต่างๆ เพื่อให้ครอบคลุมลักษณะปัญหาที่เกิดขึ้น
2. ผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์การมีอาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรงมีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จึงควรมีการวางแผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ร่วมกับทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัวในการจัดการกับอาการ โดยให้คำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อบรรเทาอาการดังกล่าว ซึ่งเป็นวิธีการจัดการกับอาการตามบริบทของผู้ป่วยแต่ละบุคคล เพื่อส่งเสริมและคงไว้ซึ่งภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยต่อไป
3. จากผลการวิจัยพบว่า ภาวะหัวใจล้มเหลวส่งผลกระทบต่อภาวะการทำหน้าที่ด้านร่างกายในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในระดับไม่ดีขึ้นเรื่องทำให้ผู้ป่วยต้องนั่งหรือนอนพักในระหว่างวัน ดังนั้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีภาวะการทำหน้าที่ที่ดี พยาบาลควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรับรู้อาการและอาการแสดง เพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวที่ถูกต้อง จึงควรจัดสอนผู้ป่วยเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว และแนวทางการจัดการกับอาการที่ถูกต้องและเหมาะสม

ด้านการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินประสบการณ์การมีอาการใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นการประเมินประสบการณ์การมีอาการครั้งเดียว และในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา อาจทำให้ผลการศึกษาประสบการณ์การมีอาการน้อยหรือมากแตกต่างกับงานวิจัยที่ผ่านมา จึงควรมีการศึกษาประสบการณ์การมีอาการในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในเชิงการศึกษาระยะยาว (Longitudinal study) หรือศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research)

2. จากผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีประสบการณ์การมีอาการเกิดขึ้นหลายอาการ จึงควรมีการศึกษาในลักษณะของกลุ่มอาการ (Symptom cluster) ที่สำคัญในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อไป
3. จากผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อการศึกษาวิจัยในเรื่องการพัฒนาโปรแกรมหรือรูปแบบการจัดการกับอาการในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวด้วยตนเองต่อไป

ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดในการอ้างอิงประชากรที่ศึกษา สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิธีการเลือกตัวอย่างตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) เนื่องจากศึกษาจากประชากรและสถานที่เก็บข้อมูลเพียงแห่งเดียว และการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจตามการจำแนกของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก Functional class II ทำให้ไม่อาจสะท้อนภาพรวมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จึงควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจตามการจำแนกของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์กอื่นๆ และมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ได้ผลวิจัยที่สะท้อนตัวแทนของกลุ่มประชากรอย่างเหมาะสม

ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
SYMPTOM EXPERIENCES, SYMPTOM MANAGEMENT, AND FUNCTIONAL STATUS
IN PATIENTS WITH HEART FAILURE

วาสนา สุวรรณรัตน์ 5136749 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: วันเพ็ญ ภิญ โณภาสกุล, Ph.D. (NUSING), วิชชุดา เจริญกิจการ,
Ph.D. (NUSING), ฉัตรกนก ทุมวิภาต, พ.บ., ว.ว. อายุรศาสตร์โรคหัวใจ

บทสรุปแบบสมบูรณ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart Failure) เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของหัวใจ ทำให้ไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะและเนื้อเยื่อต่างๆ ได้เพียงพอ (Smeltzer, 2008) เป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการตายในประเทศแถบโลกตะวันตก (WHO, 2011) และมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้น (Jurgens, 2006) มีอัตราการตายและอัตราการกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก ภายใน 3 - 6 เดือนมากถึงร้อยละ 30 - 60 (Varughese, 2007) ประชากรประมาณ 15 ล้านคนในโลกได้รับความทุกข์ทรมานจากภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (Sharon et al., 2002) ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวประมาณ 6,000,000 ราย เป็นผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้นประมาณ 500,000 รายต่อปี ในขณะที่ทั่วโลกมีผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวรายใหม่เกิดขึ้น 2,000,000 รายต่อปี ทำให้สหรัฐอเมริกาต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา 10 - 38 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ (AHA, 2011) ภาวะหัวใจล้มเหลวจึงเป็นปัญหาหลักที่มีความสำคัญทั้งทางด้านสาธารณสุขและด้านเศรษฐกิจ จากข้อมูลสถิติจากกระทรวงสาธารณสุขที่รวบรวมอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหัวใจ ซึ่งรวมถึงภาวะหัวใจล้มเหลว ในช่วงปี พ.ศ. 2546 - 2550 พบว่ามีอัตราการตาย 27.7, 26.8, 28.2, 28.4, 27.5 ต่อประชากรแสนราย ตามลำดับ โดยในปี พ.ศ. 2552 ได้เริ่มมีการเก็บรวบรวมสถิติจำนวนและอัตราผู้ป่วยในของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งประเทศ พบว่ามีจำนวน 142,743 ราย

และมีอัตราผู้ป่วยใน 224.94 ต่อประชากรแสนราย (กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2550) สำหรับโรงพยาบาลศิริราชสถิติผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 - 2552 มีจำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้น เท่ากับ 1,704, 1,973, 2,138, 1,993, 1,985 ราย ตามลำดับ และมีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยใน เท่ากับ 1,122, 1,159, 1,421, 1,503, 1,494 ราย ตามลำดับ (งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลศิริราช, 2553)

ภาวะหัวใจล้มเหลว มีสาเหตุจากการสูญเสียหน้าที่การบีบตัวของหัวใจ ความผิดปกติของการเผาผลาญในระดับเซลล์เนื่องจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงลดลง และความผิดปกติในการทำหน้าที่ของระบบการไหลเวียนและอวัยวะต่างๆรวมทั้งการตอบสนองไวต่อความผิดปกติของระบบฮอร์โมนเรนินแองจิโอเทนซิน - อัลโดสเตอโรน ส่งผลให้เกิดอาการและอาการแสดงต่างๆเกิดขึ้นกับผู้ป่วย จากมีการกั่งของของเหลวในระบบไหลเวียนโลหิต เช่น อาการหายใจลำบาก อาการอ่อนล้า บวม ชีพจรเร็ว เจ็บแน่นหน้าอก วิตกกังวล (The Heart Failure Society of America [HFSA], 2006) เป้าหมายการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวในปัจจุบัน มุ่งเน้นการลดและควบคุมความรุนแรง ความถี่ และความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวคงไว้ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Boyde, et al., 2009; Grady et al., 2000; Strömberg, 2002)

Dodd และคณะ (2001) ได้พัฒนาแบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom management model) ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลักคือ ประสบการณ์การมีอาการ วิธีการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ ซึ่งประสบการณ์อาการครอบคลุมใน 3 มิติ ได้แก่ การรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการ โดยอธิบายว่าถ้าบุคคลเชื่อว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่คุกคามต่อตนเอง บุคคลนั้นก็จะรับรู้ความรุนแรงของอาการสูงขึ้น ทำให้มีการตอบสนองต่ออาการมากขึ้น โดยอาการที่รุนแรงจะมีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลง เนื่องจากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมักมีการดำเนินของโรคอย่างต่อเนื่อง การศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการที่เกี่ยวข้องกับภาวะหัวใจล้มเหลว จะช่วยให้ได้ข้อมูลปัญหาอาการที่เกิดขึ้น รวมทั้งความรุนแรงของปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้น เพื่อหาแนวการจัดการกับอาการที่เหมาะสมต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่ทำในต่างประเทศ โดยพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่ต้องเผชิญกับอาการหลากหลายอาการพร้อมๆกัน ส่งผลต่อภาวะการทำหน้าที่ที่แตกต่างกันทั้งในมิติของความถี่ ความรุนแรง และความรู้สึกละอายหรือรบกวนการดำเนิน

ชีวิตประจำวัน โดยผู้ป่วยเหล่านี้จะมีวิธีการจัดการกับอาการที่แตกต่างกันไป จากผลการศึกษาของ Bekelman และคณะ (2007) ที่ทำการศึกษาผู้ป่วยจำนวน 60 รายที่คลินิกโรคหัวใจ 2 แห่ง พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีประสบการณ์การเกิดอาการขึ้นหลายอาการ เฉลี่ยประมาณ 9 อาการในหนึ่งสัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล การศึกษาของ Zambroski และคณะ (2005) พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจตามการจำแนกของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก FC II - IV จำนวน 53 รายต้องเผชิญกับอาการต่างๆ โดยเฉลี่ย 15 อาการ ทั้งในมิติของความถี่ ความรุนแรง และความรู้สึกรบกวนรำคาญ คืออาการอ่อนล้า อาการหายใจลำบาก และอาการนอนไม่หลับหรือนอนหลับยากเป็นส่วนใหญ่ ความถี่และความรุนแรงของอาการเหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรับรู้ว่าเป็นความรบกวนรำคาญรบกวนการดำเนินชีวิตตลอดระยะเวลาที่มีอาการ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทำให้ถูกจำกัดกิจกรรม (อุดมลักษณ์ สุภาวงศ์, 2548; Blinderman et al., 2008; Jurgens et al., 2009)

จากการทบทวนเอกสารและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย พบว่า การศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการ และการจัดการกับอาการในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวยังมีจำนวนน้อย การศึกษาส่วนใหญ่มักกระทำในผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ เช่นในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง (รติรส แมลงภูทอง และคณะ, 2552) และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ไพรวลัย โคตรตะ, 2547) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวพบการศึกษาของนุชรรัตน์ ฉัตรวิชัย (Chatvichai, 2003) ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการบรรเทาอาการหายใจลำบากและความรู้เพื่อควบคุมอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างไรก็ตามผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวก็ต้องเผชิญกับอาการหลากหลายอาการที่เกิดขึ้นพร้อมๆ กัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการกับภาวะการทำหน้าที่ ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ตามกรอบแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และเพื่อใช้ในการวางแผนการจัดการกับอาการในการลดความรุนแรง ความถี่ หรือความรู้สึกรบกวนรำคาญที่เกิดขึ้น เพื่อบรรเทาความไม่สุขสบายหรือการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมทั้งส่งเสริมและคงไว้ซึ่งภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการต่างๆ ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

2. เพื่อศึกษาวิธีการจัดการกับอาการต่างๆ โดยตัวผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
3. เพื่อศึกษาภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรกกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

สมมุติฐานการวิจัย

ประสบการณ์การมีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรก มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการ ภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรกกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มารับการตรวจรักษาที่หน่วยตรวจโรคหัวใจ ดึกผู้ป่วยนอก และหน่วยตรวจพิเศษหัวใจและหลอดเลือด อาการศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ชั้น 6 โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 88 ราย อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากการเปิดตาราง จากโพลิตและเบค (Polit & Beck, 2008) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบเท่ากับ 95% ($\alpha = 0.05$) อำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.80 กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Medium effect size) เท่ากับ 0.30 โดยมาจากทบทวนงานวิจัยที่มีรูปแบบคล้ายคลึงกัน (Boontang, 2002; Buapan, 2008) เมื่อเปรียบเทียบกับตาราง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 88 ราย

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย
2. แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการ โดยใช้แบบประเมิน Memorial Symptom Assessment Scale - Heart Failure [MSAS - HF] ของ Zambroski และคณะ (2004) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย และมีการแปลย้อนกลับ (Back translation) ตามกระบวนการ เพื่อประเมินการรับรู้การเกิดอาการในมิติของ ความถี่ ความรุนแรง และความรู้สึกทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิต ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอาการ 32 อาการ และได้มีการนำแบบประเมิน MSAS - HF หาค่าความ

เชื่อมั่นโดยสูตรการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าความเชื่อมั่นด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม เท่ากับ 0.87, 0.83 และ 0.73 ตามลำดับ (Zambroski et al., 2005)

3. แบบสัมภาษณ์วิธีการจัดการกับอาการโดยผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) มีข้อคำถามทั้งที่เป็นคำถามปลายเปิดและคำถามปลายปิด ถึงวิธีการจัดการกับอาการที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวใช้เพื่อบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น ความรู้สึกทุกข์ทรมานหรือรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันผู้ป่วยมากที่สุด 5 อันดับแรก โดยผู้ป่วยสรุปผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการ และสรุปผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการโดยรวม

4. แบบประเมินภาวะการทำหน้าที่ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามการใช้ชีวิตอยู่กับโรคหัวใจล้มเหลวของมินเนโซตา สร้างโดย Rector และคณะ (1987) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ จำแนกเป็น 3 องค์ประกอบได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านเศรษฐกิจและสังคม คำถามให้เลือกตอบว่าในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาภาวะหัวใจล้มเหลวมีผลกระทบต่อภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด ได้รับการแปลโดย พรณทิพา ศักดิ์ทอง (Tangsattitkiat & Sakthong, 2009) ค่าความเชื่อมั่นโดยสูตรการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .94 (Rector, 2005b)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลศิริราช ใช้หลักการเคารพในความเป็นบุคคล หลักผลประโยชน์ และหลักความยุติธรรม โดยผู้วิจัยแนะนำตัว และก่อนการดำเนินการเก็บข้อมูลต้องบอกให้ผู้ป่วยทราบดังต่อไปนี้ คือ วัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับ วิธีการดำเนินการวิจัยไม่มีอันตรายต่อผู้ร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้รับจากผู้ป่วยจะถือเป็นความลับอย่างเคร่งครัด ไม่เปิดเผยชื่อ ที่อยู่ของผู้ร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้จะมีการระบุเป็นรหัสตัวเลข โดยที่ข้อมูลที่ได้เพื่อนำไปวิเคราะห์เท่านั้น อภิปรายและเผยแพร่ในภาพรวม ชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบอย่างชัดเจนว่าตนเองมีสิทธิอย่างสมบูรณ์ในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัย และมีสิทธิที่จะยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรืออธิบายใดๆ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ SPSS/Windows version 17 ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการหาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรกกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว วิเคราะห์โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 61- 75 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 62.13 (S.D. = 12.14) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 54.5) เกือบทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.7) สถานภาพสมรส โดยใช้ชีวิตคู่หรืออยู่ด้วยกัน/โดยไม่ได้แต่งงาน (ร้อยละ 90.9) การศึกษาสูงสุดระดับประถม (ร้อยละ 60.2) ส่วนใหญ่มีอาชีพก่อนการเจ็บป่วยคือ รับจ้าง (ร้อยละ 25.0) รองลงมาคือ ทำธุรกิจ/ค้าขาย (ร้อยละ 23.9) อาชีพปัจจุบันคือไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 63.6) ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอทุกเดือน สำหรับสิทธิในการรักษาส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 53.4) รองลงมาคือใช้สิทธิเบิกการรักษาหรือรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 39.8) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัวสามี/ภรรยา/บุตร/บิดา/มารดา (ร้อยละ 94.3) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีภาวะโรคร่วม แต่ละรายพบว่ามีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค โรคร่วมส่วนใหญ่ที่เป็นคือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 20.51) รองลงมาคือภาวะไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 15.02) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 14.29) ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 1 ปีครึ่ง (ร้อยละ 18.18) และเข้ารับการรักษาด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว เฉลี่ย 2.36 ครั้ง (S.D. = 2.35) ส่วนใหญ่มีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจอยู่ในระดับ 2 (NYHA Functional Class II) (ร้อยละ 97.7) และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดใช้ยาขับปัสสาวะมากที่สุด (ร้อยละ 100) รองลงมาคือ ยากลุ่มยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ที่ทำลายแองจิโอเทนซิน (ACEIs) (ร้อยละ 88.63)

ประสบการณ์การมีอาการ

1) ประสบการณ์การมีอาการที่พบบ่อยตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อาการจำนวนตั้งแต่ 6 - 26 อาการ เฉลี่ย 13.93 อาการ (S.D. = 4.41) โดยรายงานอาการที่มีกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50 ที่รับรู้ประสบการณ์การมีอาการดังกล่าวเกิดขึ้น ประสบการณ์การรับรู้อาการที่พบประกอบด้วยอาการ 14 อาการ ได้แก่ อาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น (ร้อยละ 97.7) รองลงมาคือ อ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง (ร้อยละ 93.2) นอนไม่หลับหรือ

หลับยาก (ร้อยละ 87.5) หายใจลำบากเหมือนนอนราบ (ร้อยละ 86.4) ชา/เจ็บแปลบปลายมือ/ปลายเท้า (ร้อยละ 62.5) รู้สึกอึดอัดเหมือนมีลมในท้อง (ร้อยละ 61.4) ไอ (ร้อยละ 60.2) กังวล/กลัวใจ (ร้อยละ 60.2) หงุดหงิด/โมโหง่าย (ร้อยละ 59.1) ตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน (ร้อยละ 58) ปากแห้ง (ร้อยละ 56.8) เจ็บแน่นหน้าอก (ร้อยละ 55.7) ใจสั่น (ร้อยละ 54.5) และบวมบริเวณแขน/ขา (ร้อยละ 52.3) ตามลำดับ

2) ประสิทธิภาพการมีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิต 5 อันดับแรก และวิธีการจัดการกับอาการที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรับรู้ว่ารบกวนการดำเนินชีวิต 5 อันดับแรก ดังนี้

2.1) หายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการกับอาการ โดยการนั่งหรือนอนพัก (ร้อยละ 76.31) รองลงมาใช้วิธีหายใจเข้าออก ช้าและลึก (ร้อยละ 21.05)

2.2) นอนไม่หลับหรือหลับยาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการกับอาการ โดยรับประทานยานอนหลับ (ร้อยละ 54.92) รองลงมาใช้วิธีรอให้่วงก่อนจึงนอน (ร้อยละ 42.25)

2.3) หายใจลำบากเหมือนนอนราบ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการกับอาการ โดยนอนหนุนหมอนสูง 2 ใบ (ร้อยละ 60.29) รองลงมาใช้วิธีลุกขึ้นนั่งพัก (ร้อยละ 22.05)

2.4) อ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการกับอาการ โดยการนั่งหรือนอนพัก (ร้อยละ 93.93) รองลงมาใช้วิธีการออกกำลังกาย (ร้อยละ 6.06)

2.5) ตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการกับอาการ โดยการลุกขึ้นนั่งพัก (ร้อยละ 95.0) รองลงมาใช้วิธีการดมออกซิเจน (ร้อยละ 5.0)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินว่าการจัดการกับอาการช่วยให้อาการที่เกิดขึ้นทุเลาลง (ร้อยละ 76.1)

ภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะการทำหน้าที่โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.69 (S.D. = 0.77) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ภาวะการทำหน้าที่ด้านร่างกาย อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.06 (S.D. = 0.86) ภาวะการทำหน้าที่ด้านอารมณ์ อยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.01 (S.D. = 0.99) ภาวะการทำหน้าที่ด้านเศรษฐกิจและสังคม อยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 (S.D. = 0.93)

การอภิปรายผล

ประสบการณ์การมีอาการที่พบบ่อยตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา พบได้ตั้งแต่ 6 - 26 อาการ เฉลี่ย 13.93 อาการ ผู้วิจัยนำเสนออาการที่มีกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50 ที่รับรู้ประสบการณ์การมีอาการดังกล่าวเกิดขึ้น ประกอบด้วยอาการ 14 อาการ ได้แก่

1) อาการเกี่ยวกับการหายใจ กลุ่มตัวอย่างรับรู้ประสบการณ์การมีอาการเกี่ยวกับการหายใจ ประกอบด้วย 3 อาการ ได้แก่ 1) อาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น 2) อาการหายใจลำบากเมื่อนอนราบ 3) อาการตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน อาการที่พบในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นผลจากโครงสร้างและการทำหน้าที่ของหัวใจผิดปกติไป ทำให้หัวใจห้องล่างไม่สามารถบีบตัวเอาเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้เพียงพอกับความต้องการในขณะพักหรือเมื่อต้องออกกำลังกาย (ACC/AHA, 2005) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ส่วนใหญ่มีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจอยู่ในระดับ 2 - 3 (NYHA FC II - III) เนื่องจากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจอยู่ในระดับ 2 และ 3 เป็นกลุ่มที่มีอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดขึ้น (ACC/AHA, 2001) สอดคล้องกับผลการศึกษาของนุชรรัตน์ ฉัตรวิชัย (Chatvichai, 2003) พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการหายใจลำบาก 2 - 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล เช่นเดียวกับผลการศึกษาอื่นๆ (Heo et al., 2008; Song et al., 2009)

2) อ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง ปริมาตรเลือดที่สูบฉีดจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง ไม่สามารถไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่างๆ ให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ทำให้เนื้อเยื่อขาดออกซิเจนและขนถ่ายของเสียจากการเผาผลาญของร่างกายได้ช้าลง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง (Katz, 2000) หรือจากการที่ผู้ป่วยมีอาการปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืนทำให้รบกวนการนอนและพักผ่อนไม่เพียงพอ เกิดอาการอ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรงตามมา รวมถึงความเครียด ความวิตกกังวล (รสสุคนธ์ วาริตสกุล, 2547) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา (Song et al., 2009; Zambroski et al., 2005)

3) นอนไม่หลับหรือหลับยาก มีหลายสาเหตุเข้ามาเกี่ยวข้องเช่น ด้านร่างกาย และด้านจิตใจ เช่นอาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น อาการไอ เจ็บแน่นหน้าอก หัวใจเต้นผิดจังหวะ ความวิตกกังวล เป็นต้น (Parker et al., 2002) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Brostrom และคณะ (2004) พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจอยู่ในระดับ 2 - 4 (NYHA FC II - IV) รวมถึงปัจจัยอื่น เช่น อายุ โรคร่วม ทำให้ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับหรือหลับยาก สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีประสบการณ์การมีอาการนอนไม่หลับหรือหลับยาก มีอำนาจทำนายภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโดยตรง (Blinderman et al., 2008; Zambroski et al., 2005)

4) ชา/เจ็บแปลบปลายมือ/ปลายเท้า อาจไม่ใช่อาการของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยตรง เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และมีโรคร่วม คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูง และมีภาวะโรคร่วมดังกล่าวอาจจะเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการชา/เจ็บแปลบปลายมือ/ปลายเท้า ซึ่งเกิดจากระบบประสาทเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกได้รับความเสียหายจากพยาธิสภาพของโรค (Smeltzer et al., 2008) เช่นเดียวกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา (Blinderman et al., 2008; Zambroski et al., 2005)

5) รู้สึกอึดอัดเหมือนมีลมในท้อง สาเหตุมาจากการเพิ่มภาระงานของหัวใจและการเพิ่มงานในการหายใจทำให้ร่างกายมีความต้องการเมตาบอลิซึมเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลงเนื่องมาจากการคั่งของเลือดในระบบทางเดินอาหาร เป็นผลให้ระบบทางเดินอาหารบวม ระบบย่อยอาหารทำงานลดลงผู้ป่วยเกิดอาการรู้สึกอึดอัดเหมือนมีลมในท้อง (อภิชาติ สุคนธสรณ์ และรังสฤษฎ์ กาญจนะวณิช, 2547) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Zambroski และคณะ (2005) พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกิดอาการรู้สึกอึดอัดเหมือนมีลมในท้อง

6) อาการไอ พบได้บ่อยในผู้ป่วยภาวะหัวใจซีกซ้ายล้มเหลว ผู้ป่วยจะบอกว่ามีอาการไอแห้งๆ ระคายคอต้องใช้แรงไอมากขึ้นเวลากลางคืน การไอเวลากลางคืนมักเกิดร่วมกับอาการเหนื่อยหอบ ทำให้รบกวนการนอนและพักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้เกิดอาการอ่อนล้า การไอเป็นเลือด เสมหะอาจมีสีชมพูเกิดจากภาวะน้ำท่วมปอดอย่างเฉียบพลัน หากมีการฉีกขาดของหลอดเลือดแดงภายในปอด อาการไอเป็นเลือดเป็นผลจากที่เอมโบลัสไปอุดที่ปอด (Braunwald, 2005; Smeltzer et al., 2008) เกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับในยากลุ่มยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ที่ทำลายแองจิโอเทนซิน (ACEIs) เป็นจำนวนถึงร้อยละ 88.63 อาการข้างเคียงของการได้รับยากลุ่มนี้ คือ อาการไอ (Hunt et al., 2005) ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดอาการดังกล่าวได้ เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมา (Bekelman et al., 2007; Blinderman et al., 2008; Zambroski et al., 2005)

7) การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างรายงานประสบการณ์การมีอาการที่เกิดขึ้น 2 อาการได้แก่ 1) อาการกังวล/กลัวใจ และ 2) อาการหงุดหงิด/โมโหง่าย ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายก็จะส่งผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ ผู้ป่วยรับรู้ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิต ได้รับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล/กลัวใจ และหงุดหงิด/โมโหง่าย (Blinderman et al., 2008) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา (นิตยา ศรีสุข, 2551; Krethong et al., 2008)

8) ปากแห้ง เป็นอาการที่ไม่ได้เกิดจากภาวะหัวใจล้มเหลวโดยตรง แต่เกิดจากผลของการรักษาจากการที่ผู้ป่วยได้รับยาขับปัสสาวะ อาจมีการขับปัสสาวะออกมาเกินไป มีการสูญเสียความสมดุลของสารน้ำและเกลือ (Smeltzer et al., 2008) พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับยาขับ

ปัสสาวะร่วมกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องจำกัดน้ำและเกลือตามแนวการรักษา ซึ่งอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการปากแห้งได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Blinderman et al., 2008; Zambroski et al., 2005)

9) เจ็บแน่นหน้าอก อาการเจ็บแน่นหน้าอกเกิดขึ้นเนื่องมาจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งกระตุ้นให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ความสามารถในการสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ไม่เพียงพอต่อความต้องการ ทำให้เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก (Smeltzer et al., 2008) สอดคล้องกับผลการศึกษาอื่นๆ (Krethong et al., 2008; Zambroski et al., 2005)

10) ใจสั่น เป็นการตอบสนองต่อการทำงานของประสาทอะดรีนอร์จิก โดยมีอัตราการเต้นของหัวใจเร็วมากขึ้น และจะลดลงมาเท่าเดิมได้ช้าแม้ได้พักเนื่องจากการเพิ่มปริมาตรเลือดที่สูบน้ำออกจากหัวใจในหนึ่งนาที ในการตอบสนองต่อการออกแรงจะกระทำได้จากหัวใจต้องบีบตัวเร็วขึ้น อาจเกิดจากสาเหตุความผิดปกติของหัวใจเอง เช่น โรคลิ้นหัวใจ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด พืชจากยาต้านหัวใจเต้นผิดจังหวะในกลุ่มดิจิตาลิส (Smeltzer et al., 2008) สอดคล้องกับผลการศึกษาของวันทนา มณีศิลป์ (Maneesilp, 2000) พบว่าอาการใจสั่นมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ และอาการหายใจลำบากอีกด้วย

11) บวมบริเวณแขน/ขา เกิดจากปริมาตรเลือดที่สูบน้ำออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง ทำให้เลือดไปเลี้ยงที่ไตน้อยลง อัตราการกรองที่ไตลดน้อยลง เกิดการคั่งของเกลือและน้ำ มีผลให้เกิดเลือดคั่งในหลอดเลือดของระบบ และบวมที่หลอดเลือดดำส่วนปลาย อาการบวมเริ่มจากบริเวณแขน/ขา (ผ่องพรรณ แสงอรุณ, 2548; Smeltzer et al., 2008) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา (Bekelman et al., 2007; Blinderman et al., 2008 Zambroski et al., 2005)

ด้านประสบการณ์การมีอาการในกลุ่มตัวอย่างประเมินในมิติของความถี่ พบว่าอาการเกิดขึ้นบ่อยที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่อาการนอนไม่หลับหรือหลับยาก รองลงมา หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น อ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง อาการหายใจลำบากเหมือนนอนราบ และหงุดหงิด/โมโหง่าย ตามลำดับ ใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ Zambroski และคณะ (2005) พบว่าประสบการณ์การมีอาการในมิติของความถี่ ได้แก่ นอนไม่หลับหรือหลับยาก ปวดอื่นๆ และอาการอ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง ตามลำดับ

ด้านประสบการณ์การมีอาการในกลุ่มตัวอย่างประเมินในมิติของความรุนแรง พบว่า มีการรับรู้ความรุนแรงของอาการมากที่สุด 5 อาการ ได้แก่อาการหายใจลำบากเหมือนนอนราบ รองลงมา หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้นและตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืนมีสัดส่วนที่เท่ากัน นอนไม่หลับหรือหลับยาก และอาการอ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของ Blinderman

และคณะ (2008) พบว่าประสบการณ์การมีอาการในมิติของความรุนแรง ได้แก่ ปัญหาเกี่ยวกับความต้องการทางเพศหรือกิจกรรมทางเพศ นอนไม่หลับหรือหลับยาก และท้องผูก ตามลำดับ

ด้านประสบการณ์การมีอาการในมิติของความทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าอาการที่รู้สึกทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมามากที่สุด 5 อันดับ ได้แก่ อาการหายใจลำบากเมื่อนอนราบ รองลงมา หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น ตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน นอนไม่หลับหรือหลับยาก และอาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง ตามลำดับ คล้ายคลึงกับผลการศึกษาของ Zambroski และคณะ (2005) ที่ศึกษาประสบการณ์การมีอาการในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในมิติความรู้สึกรู้สึกทุกข์ทรมาน ได้แก่ อ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง นอนไม่หลับหรือนอนหลับยาก และหายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น ตามลำดับ

จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการรับรู้ประสบการณ์การมีอาการมีความแตกต่างกันในมิติความถี่ ความรุนแรง ความทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน สนับสนุนแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) กล่าวว่า ประสบการณ์การมีอาการมีหลายมิติ (Multidimension) อาจกล่าวได้ว่า ประสบการณ์การมีอาการที่พบรายงานการเกิดอาจไม่ใช่อาการที่มีความถี่ ความรุนแรง หรือทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าผลการศึกษาประสบการณ์การมีอาการในมิติต่างๆ ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ผ่านมา พบว่าการรับรู้ประสบการณ์การมีอาการในมิติต่างๆ ของผู้ป่วยเป็นการรับรู้ผลของการออกแรงต่อทำกิจกรรมต่างๆ และการรับรู้ประสบการณ์การมีอาการหลายๆอาการที่เกิดขึ้น นำไปสู่การรับรู้ความรุนแรง ความทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิต หรือเป็นภาระอาการได้ (Cleeland, 2007)

วิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

วิธีการจัดการกับอาการเกี่ยวกับการหายใจ อาการเกี่ยวกับการหายใจ ประกอบด้วยอาการ 3 อาการดังนี้ 1) อาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจ 2) อาการหายใจลำบากเมื่อนอนราบ 3) อาการตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน สรุปวิธีการจัดการกับอาการเกี่ยวกับการหายใจได้ 3 วิธี คือ 1) การจัดทำเช่น นึ่งหรือนอนพัก นอนหนุนหมอนสูง 2 ใบ หรือนอนตะแคงซ้าย ขวาสลับกัน 2) การควบคุมการหายใจ เช่น ตั้งสมาธิแล้วหายใจเข้าออก ช้าและลึก 3) การใช้ออกซิเจน การมีกิจกรรมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น การเดิน การอาบน้ำ/แต่งตัว การเคลื่อนไหวเร็วๆ เดินขึ้นบันได เป็นกิจกรรมที่ใช้พลังงานมาก ทำให้แสดงอาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น วิธีจัดการกับอาการหลักเลี้ยงสิ่งกระตุ้นด้วยการสว่นพลังงาน โดยการสูดหายใจเข้าออก ช้าและลึก และจำกัดกิจกรรม โดยการนั่งพักหรือนอนพัก (Hunt et al., 2005; Indilicato, 2006; Oxberry & Johnson, 2008) ส่วนอาการหายใจลำบากเมื่อนอนราบ และอาการตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืนจะเกิดเมื่ออยู่ในท่าราบ

โดยเฉพาะนอนหงาย อาการจะหายไปหรือทุเลาเมื่อยกส่วนศีรษะและลำตัวส่วนบนให้สูงขึ้น หรือการลุกนั่ง เป็นอาการที่เกิดจากความดันหลอดเลือดดำของปอดเพิ่มมากขึ้น เกิดปอดบวมน้ำและขยายตัวไม่ดี จึงต้องออกแรงเพิ่มขึ้นช่วยในการหายใจ และเป็นการเพิ่มแรงต้านทานการหายใจ ทำให้หายใจไม่ออกราบหรือหายใจลำบากเหมือนนอนราบ การจัดทำผู้ป่วยให้อยู่ในท่าศีรษะสูง หรือท่านั่งจะช่วยลดการคั่งของเลือดดำในปอด ลดอาการหายใจลำบาก (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548; Indilicato, 2006., Oxberry & Johnson, 2008) หากเมื่ออาการดังกล่าวรุนแรงมากขึ้นผู้ป่วยใช้วิธีการดมออกซิเจน การให้ออกซิเจนเป็นการเพิ่มออกซิเจนในลมหายใจเข้า ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้น มีผลต่อการได้รับออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้การทำหน้าที่ของหัวใจดีขึ้น (Jessup et al., 2009; Oxberry & Johnson, 2008)

วิธีการจัดการกับอาการนอนไม่หลับ/หลับยาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการกับอาการโดยรับประทานยานอนหลับ รองลงมาคือ รอให้่วงก่อนจึงนอน อาการนอนไม่หลับ/หลับยาก เกิดจากปริมาตรเลือดที่สูบน้ำออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง ทำให้ออกซิเจนไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ หรือเกิดจากการระบายอากาศไม่เพียงพอ ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้และความรู้สึก (ผ่องพรรณ แสงอรุณ, 2548; Rains, 2002) หรือเกิดจากการถูกรบกวนจากอาการด้านร่างกาย และจิตใจ (Brostrom et al., 2001) ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วมหรือโรคประจำตัวคือโรคหัวใจ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคลิ้นหัวใจ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด นอกจากได้รับการรักษาด้วยยาในกลุ่มยาระบบหัวใจและหลอดเลือดแล้วยังได้รับยาในกลุ่มยานอนหลับด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหัวใจได้นอนหลับพักผ่อนเป็นลดการทำงานหนักของหัวใจ อาจเป็นเหตุผลที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกใช้วิธีการจัดการกับอาการนอนไม่หลับหรือหลับยากโดยการรับประทานยานอนหลับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Oguz & Enç (2008)

วิธีการจัดการกับอาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการกับอาการ โดยการนั่งหรือนอนพัก รองลงมาใช้วิธีการออกกำลังกาย อาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง เกิดจากหลายปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้องเช่น ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการกับอาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง โดยการนั่งหรือนอนพัก รองลงมาใช้วิธีการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นวิธีที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้โดยไม่มีข้อจำกัด เพื่อให้ทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองโดยไม่เหนื่อยล้า หรือมีอาการผิดปกติที่รุนแรงตามมา ซึ่งสอดคล้องแนวทางการบำบัดรักษาของ ACCF/AHA guidelines คือให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวพักผ่อนและออกกำลังกาย (Jessup et al., 2009)

ภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ผลการศึกษาพบว่า ภาวะการทำหน้าที่โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.69 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าภาวะการทำหน้าที่ด้านร่างกาย อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.06 ภาวะการทำหน้าที่ด้านอารมณ์อยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.01 ภาวะการทำหน้าที่ด้านเศรษฐกิจและสังคมอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 สอดคล้องกับผลการศึกษานิตยา ศรีสุข (2551) อธิบายได้ว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับส่งผลให้ผลลัพธ์ ภาวะการทำหน้าที่โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี ดังนี้

จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (ร้อยละ 60.6) และมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 62.13 ปี (S.D. = 12.14) อายุเป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งบอกถึงความแตกต่างของพัฒนาการ ทั้งในด้านร่างกายและวุฒิภาวะ เกี่ยวข้องกับการรับรู้ ความเข้าใจและความรู้สึนึกคิด รวมถึงการตัดสินใจและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ กล่าวได้ว่าผู้ป่วยสูงอายุมีการรับรู้ประสบการณ์ การมีอาการ มีความเข้าใจและตัดสินใจวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ดี ส่งผลให้มีการรับรู้ ภาวะการทำหน้าที่อยู่ในระดับดี สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Hou และคณะ (2004) พบว่าผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปีมีภาวะการทำหน้าที่โดยรวมต่ำกว่าผู้ป่วยที่อายุมากกว่า หรือเท่ากับ 65 ปี

กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เพียงพอทุกเดือน รายได้เป็นการบ่งบอกฐานะทางเศรษฐกิจชีวิต ความเป็นอยู่ รวมถึงการเข้าถึงการบริการทางสุขภาพ เป็นปัจจัยที่สำคัญในการดำรงชีวิตของคน เพราะเป็นสิ่งที่ตอบสนองความต้องการพื้นฐานอื่นๆ เช่น อาหาร ที่อยู่อาศัย และการรักษาพยาบาล สอดคล้องกับการผลศึกษาที่ผ่าน เช่น นัตถวลัย ไจอรีย์ (2533) พบว่ารายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความ สัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดกั่ง สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา (นิตยา ศรีสุข, 2551; Clark et al., 2003; Evangelista et al., 2001)

กลุ่มตัวอย่างมีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจอยู่ระดับ 2 (ร้อยละ 97.7) และ ระดับ 3 (ร้อยละ 2.3) ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวน้อยกว่า 1 ปี (ร้อยละ 61.4) และ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว 1-3 ครั้ง (ร้อยละ 82.95) อาจทำให้ผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลวมีประสบการณ์การมีอาการ และมีวิธีการจัดการอาการด้วยตนเองมาแล้ว ทำให้ สามารถปรับตัวใช้ชีวิตร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลวได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่าระดับ สมรรถภาพการทำงานของหัวใจมีอำนาจทำนายภาวะการทำหน้าที่ด้านร่างกายในผู้ป่วยภาวะหัวใจ ล้มเหลวได้ (Heo, et al., 2008; Westlake et al., 2002)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยอาศัยอยู่กับครอบครัวสามี/ ภรรยา/บุตร/บิดา/มารดา (ร้อยละ 94.3) และมีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 90.9) เป็นการสนับสนุน ทางสังคมอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและมี

บทบาทที่สำคัญในการฟื้นฟูสภาพภายหลังการเจ็บป่วย เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมมีส่วนช่วยส่งเสริมในเรื่องการดูแลสุขภาพหลังการเจ็บป่วย รวมถึงช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตดีขึ้น โดยสามารถเผชิญหรือควบคุมเหตุการณ์ต่างอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยส่งผลต่อผลลัพธ์คือภาวะการทำหน้าที่ได้ เช่นกับหลายผลการศึกษาที่ผ่านมา (Bennett et al., 1998; Riedinger et al., 2002) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ด้านร่างกายในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรกกับภาวะการทำหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ประสบการณ์การมีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรก ประกอบด้วยอาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น อาการหายใจลำบากเหมือนนอนราบ อาการนอนไม่หลับหรือหลับยาก อาการตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน และอาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง โดยพบว่ามีความสัมพันธ์กับอาการ 4 อาการ ได้แก่อาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น หายใจลำบากเหมือนนอนราบ นอนไม่หลับหรือหลับยาก และตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่โดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.047, r = -.036, r = -.112, r = -.103$ ตามลำดับ, $p > 0.05$) และพบว่ามีความสัมพันธ์กับอาการเดี่ยว คืออาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางกับภาวะการทำหน้าที่โดยรวม (ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านเศรษฐกิจและสังคม) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.494^{**}, r = -.486^{**}, r = -.421^{**}, r = -.382^{**}$ ตามลำดับ, $p < 0.01$) กล่าวคือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีประสบการณ์การมีอาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรงมาก จะมีภาวะการทำหน้าที่โดยรวมในระดับต่ำ โดยมีการอภิปรายผลตามลำดับดังนี้

การที่ประสบการณ์การมีอาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น หายใจลำบากเหมือนนอนราบ และตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.047, r = -.112, r = -.103$ ตามลำดับ, $p > 0.05$) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการจัดการกับอาการเกี่ยวกับการหายใจ สรุปได้ 3 วิธี คือ 1) การจัดทำ เช่น นั่งหรือนอนพัก นอนหนุนหมอน 2 ใบ หรือนอนตะแคงซ้าย ขวาสลับกัน 2) ควบคุมการหายใจ เช่น ตั้งสมาธิแล้วหายใจเข้าออก ช้าและลึก 3) การใช้ออกซิเจน ซึ่งผลลัพธ์ของวิธีการจัดการกับอาการโดยรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินว่าการจัดการกับอาการช่วยให้อาการที่เกิดขึ้นทุเลาลง (ร้อยละ 72.4 – 86.8) และช่วยให้อาการที่เกิดขึ้นหายไป (ร้อยละ 11.8 – 25.0) โดยที่อาการหายใจลำบากดังกล่าวไม่คงอยู่ไปตลอด ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาอื่นๆ เช่นการศึกษาของ Heo และคณะ (2008) พบว่าร้อยละ 94 ของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว มีอาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น ต้องสูญเสีย

ภาวะการทำหน้าที่ด้านร่างกายไป จากการศึกษาของ Zambroski และคณะ (2005) ศึกษาอาการที่เป็นภาระต่อภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง พบว่าอาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้นเป็นอาการที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรับรู้ว่าเป็นภาระอาการ (symptom burden) จำนวนและภาระอาการยิ่งมากส่งผลให้ภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยต่ำลง

ประสบการณ์การมีอาการนอนไม่หลับหรือหลับยาก พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.112, p > 0.05$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยใช้วิธีการจัดการกับอาการโดยการรับประทานยานอนหลับ และรอให้่วงก่อนจึงนอน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินว่าวิธีดังกล่าวช่วยให้อาการนอนไม่หลับหรือหลับยากช่วยให้อาการที่เกิดขึ้นหายไป (ร้อยละ 54.9) และช่วยให้อาการที่เกิดขึ้นทุเลาลง (ร้อยละ 40.8) โดยที่อาการนอนไม่หลับหรือหลับยากไม่คงอยู่ไปตลอด ผู้ป่วยยังหลับได้ ซึ่งแตกต่างจากหลายผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าอาการนอนไม่หลับหรือนอนหลับยาก เป็นอาการที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรับรู้ว่าเป็นภาระอาการ (symptom burden) ส่งผลให้ภาวะการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยต่ำลง (Katz, 2002; Zambroski et al., 2005)

ประสบการณ์การมีอาการอ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางกับภาวะการทำหน้าที่โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.494^{**}, p < 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Bekelman et al., 2007; Blinderman et al., 2008; Evangelista et al., 2008; Song et al., 2009; Yu et al., 2004; Zambroski et al., 2005) พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีประสบการณ์การมีอาการอ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะการทำหน้าที่ จากผลการศึกษาของ Hägglund และคณะ (2007) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของอาการอ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรงกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 49 ราย พบว่ามีผลกระทบเชิงลบในด้านภาวะการทำหน้าที่ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Heo และคณะ (2008) ที่ศึกษาถึงปัจจัยด้านประสบการณ์การมีอาการทำนายนภาวะการทำหน้าที่ด้านร่างกายในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 94 ของผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การมีอาการอ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง ต้องสูญเสียภาวะการทำหน้าที่ไป ซึ่งประสบการณ์การมีอาการอ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรงในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีสาเหตุเกิดขึ้นจากหลายปัจจัย ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ จึงเป็นประสบการณ์อาการที่เกิดขึ้นและคงอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา (persistent symptom) และเป็นประสบการณ์การมีอาการที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรของผู้ป่วยได้ (Blinderman et al., 2008; Ekman et al., 2002; Friedman et al., 1995; Oka et al., 1993)

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษา ผู้วิจัยเสนอแนะว่า พยาบาลควรมีการประเมินประสิทธิภาพการมีอาการอย่างครอบคลุม และเลือกวิธีการจัดการกับอาการที่เหมาะสมในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยมีการวางแผนการดูแลและจัดการอาการร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมและคงไว้ซึ่งภาวะหน้าที่ของผู้ป่วย โดยควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการมีอาการ และพัฒนาโปรแกรมหรือรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับการจัดการกับอาการด้วยตนเองเพื่อส่งเสริมภาวะหน้าที่ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ดียิ่งขึ้น

ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดในการอ้างอิงประชากรที่ศึกษา สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิธีการเลือกตัวอย่างตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) เนื่องจากศึกษาจากประชากรและสถานที่เก็บข้อมูลเพียงแห่งเดียว ทำให้ไม่อาจสะท้อนภาพรวมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จึงควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจตามการจำแนกของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์กอื่นๆ และมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ได้ผลวิจัยที่สะท้อนตัวแทนของกลุ่มประชากรอย่างเหมาะสม

SYMPTOM EXPERIENCES, SYMPTOM MANAGEMENT, AND FUNCTIONAL STATUS IN PATIENTS WITH HEART FAILURE**WASANA SUWANRATSAMEE 5136749 NSAN/M****M.N.S. (ADULT NURSING)****THESIS ADVISORY COMMITTEE: WANPEN PINYOPASAKUL, Ph.D. (NURSING), VISHUDA CHAROENKITKARN, Ph.D. (NURSING), CHATKANOK DUMAVIBHAT, M.D.****EXTENDED SUMMARY****Background and Significance**

Heart failure is a complex condition that resulting from disorders in cardiac structure and functioning, results in the inability of the heart delivery enough oxygenated blood to meet the metabolic needs of the body. (Smeltzer, 2008) Heart failure is the first leading cause of death in the western countries (WHO, 2011), and its incidence tends to increase (Jurgens, 2006). The rates of mortality and re-hospitalization within three to six months are as high as 30% to 60% (Varughese, 2007). At present, approximately 15 million people all over the world are suffering from chronic heart failure (Sharon et al., 2002). In the United States, the number of patients with heart failure is about 6,000,000, and the number of newly diagnosed cases is 500,000 each year, while the number of newly diagnosed patients around the world is 2,000,000 per year. The United States has to spend 10-38 billion dollars on medical care of patients with heart failure each year (AHA, 2011). Thus, heart failure is considered major public health and economic problem. According to the statistics of the Ministry of Public Health, the rates of mortality caused by patients with heart disease including heart failure between 2003 and 2007 were 27.7, 26.8, 28.2, 28.4, and 27.5 per 100,000 persons, respectively. In 2009, the statistics on patients with heart

failure all over Thailand was first recorded. The total number of patients with heart failure in the country was equal to 142,743, and the rate of inpatients was 224.94 per 100,000 persons (Health Information Group, Strategy and Policy Office, B.E. 2550). As for Siriraj Hospital, between 2005 and 2009, the numbers of patients with heart failure who sought outpatient treatment were equal to 1,704, 1,973, 2,138, 1,993, and 1,985, respectively, and the numbers of patients with heart failure who were admitted into the hospital were 1,122, 1,159, 1,421, 1,503, and 1,494, respectively (Registration and Statistics, Siriraj Hospital, B.E. 2553).

Heart failure results from ventricles fail (such as pump, abnormality of metabolism on the cellular level due to a decrease in low cardiac output, and abnormality in the functioning of the circulation system and other organs) leading to activation of the rennin angiotensin-aldosterone hormonal system, causing generalized signs and symptoms experienced by the patients due to fluid retention in the blood circulation system such as difficulty breathing, fatigue, swelling, depression, chest pain, and anxiety (The Heart Failure Society of America [HFSA], 2006). At present, the aim of treatment of heart failure is to reduce and control severity and frequency of symptoms and sufferings from the symptoms and possible complications to enable patients to maintain ability to perform daily living activities, and quality of life (Boyde, et al., 2009; Grady et al., 2000; Strömberg, 2002).

Dodd et al. (2001) have developed the symptom management model which consists of three principle concepts of symptom experience, symptom management strategies, and outcomes. Symptom experience encompasses three dimensions of perception of symptoms, assessment of symptoms, and responses to symptoms. It is explained that if individuals believe that the symptoms are threats to their life, they will have a higher level of perception of symptoms, hence more responses to symptoms. Severe symptoms have an effect on the body's functioning, hence a decrease in patients' self-care efficacy. As patients with heart failure have to live with ongoing prognosis of the disease, a study on perception of symptoms, assessment of symptoms, and responses to symptoms related to heart failure will shed light on problems caused by symptoms, severity of symptoms, and their impacts so as to subsequently develop appropriate symptom management guidelines for patients.

From a review of related literature, there are a number of studies being conducted on symptom experience in patients with heart failure abroad. Most of the patients with heart failure have to simultaneously endure a number of symptoms which affect their functioning status and which vary in terms of frequency, severity, distress on their daily living. These patients have different methods to manage their symptoms. A study of Bekeman et al. (2007) carried out with 60 patients with heart failure who sought treatment at two heart disease clinics has indicated that patients with heart failure had experience with nine symptoms on average in one month before coming to the hospital. In another study, Zambroski et al. (2005) reported that 53 patients with heart failure with a functional class of II-IV according to New York Heart Association (NYHA) had to endure 15 symptoms on average in the frequency, severity, and distress dimensions including fatigue, difficulty breathing, and difficulty sleeping. The frequency and severity of these symptoms made patients with heart failure perceive the symptoms as distress on their living. In brief, symptoms of heart failure affect the patients' physical, mental, emotional, social, and economic well-being, particularly their ability to perform activities of daily living (Udomluck Supawong, B.E. 2548; Blinderman et al., 2008; Jurgens et al., 2009).

A review of literature and research in Thailand has revealed that there are few studies on symptom experience and symptom management in patients with heart failure. Most of the studies on symptom experience and symptom management strategies were conducted with patients with other chronic illnesses such as cancer patients (Ratiros Malangputhong et al., B.E. 2552) and patients with chronic obstructive pulmonary disease (Praiwal Koteta, B.E. 2547). As for patients with heart failure in particular, Nucharat Chatvichai (B.E. 2546) investigated the effects of a program to relieve difficulty breathing and knowledge to control difficulty breathing in patients with heart failure. However, patients with heart failure generally suffer from a variety of symptoms that take place at the same time. Therefore, the researcher was interested in investigating symptom experience, symptom management strategies, and functioning status in patients with heart failure as well as to determine the relationship between symptom experience and functional status in patients with heart failure. In the present study, the symptom management model proposed by Dodd et al. (2001) was used as a conceptual framework of the study. It was anticipated that the

findings of this study would yield baseline data on symptom experience of patients with heart failure and would be used to develop a guideline on symptom management to reduce frequency, severity, and distress to relieve the symptoms' effects on daily life and to promote and maintain functional status in patients with heart failure.

Objectives of the Study

1. To study symptom experience in patients with heart failure.
2. To investigate symptom management strategies in patients with heart failure.
3. To examine functional status in patients with heart failure.
4. To determine the relationship between symptom experience of the five most distress symptoms and functional status in patients with heart failure.

Research Hypothesis

There is a relationship between symptom experience of the five most distress symptoms and functional status in patients with heart failure.

Methodology

This study was descriptive correlational research which investigated symptom experience, symptom management, and functional status in patients with heart failure and determining the relationship between symptom experience of the five most distress symptoms and functional status in patients with heart failure. The sample consisted of 88 patients with heart failure aged 18 years old and older who sought medical treatment at the heart disease clinic, Outpatient Building, and the special cardiovascular examination unit, Queen Sirikit's Heart Disease Center, 6th floor, Siriraj Hospital. The subjects were selected by means of convenience sampling. The sample size was determined based on the table of Polit and Beck (2008). The confidence level was set at 95% ($\alpha = 0.05$), the Power of Test at 0.80, and the medium effect size at 0.30, as derived from a review of similar research studies (Boonteang, 2002; Buapan, 2008). When the table was consulted, the sample size was equal to 88.

Research Instruments

1. Demographic questionnaire consisted of general information and information related to the sickness of the subjects.

2. Symptom experience questionnaire was taken from the Memorial Symptom Assessment Scale-Heart Failure [MSAS-HF] developed by Zambroski et al. (2004) and translated into Thai and back-translated for validation. The questionnaire assessed perception of symptoms in terms of frequency, severity, and distressful in life. It consisted of 32 items. The MSAS-HF was validated and Cronbach's alpha coefficient of the physical, mental, and social domains was equal to 0.87, 0.83, and 0.73, respectively (Zambroski et al., 2005).

3. Symptom management strategies interview protocol was developed by the researcher based on the symptom management model of Dodd et al. (2001). It consisted of both open-ended and closed-ended questions which elicited data regarding methods the patients with heart failure used to relieve the five leading symptoms that caused feelings or disturbances in daily life. The patients were asked to conclude the overall outcomes of symptom management.

4. Functional status questionnaire was taken from a questionnaire on Minnesota's living with heart failure questionnaire developed by Rector et al. (1987). It consisted of 21 items which were divided into three components of physical, mental, and socioeconomic components. The patients were asked to choose the responses to indicate how much heart failure had affected their functioning in the past month. The questionnaire was translated into the Thai language by Tangsatitkiat & Sakthong (2009). Cronbach's alpha coefficient was equal to 0.94 (Rector, 2005b).

Protection of the Rights of Human Subjects

The research proposal was submitted to the Institutional Review Board on Research Involving Human Subjects of Siriraj Hospital. The researcher respected the patients' individuality, benefits, and fairness. The researcher introduced herself to the subjects and before data collection commenced gave them explanations on research objectives, expected outcomes and benefits, and data collection procedures. The subjects were assured that the data collected from them would be kept strictly confidential, would be coded, and would be reported only as group data without any

information that would identify who the subjects were or where they lived. They were also informed that they had the rights to decide to participate or refuse to participate in the study and to withdraw from the study anytime if they wished without having to give any reasons or explanations and their decision would not affect the treatment they would receive from the hospital in any way. The researcher also gave the subjects the opportunity to ask questions anytime if they had any doubts or misunderstanding.

Data Analysis

The SPSS Windows version 17 was used to analyze the data. Descriptive statistics of frequency, percentage, mean, and standard deviation were used. Pearsons' product moment correlation coefficient was also employed to analyze the relationship between symptom experience of the five most distress symptoms and functional status in patients with heart failure, with the significance level set at .05.

Findings

The findings showed that the subjects ranged in age between 61 and 75 years old, with mean age of 62.13 years (SD = 12.14). More than half of the subjects, or 54.5%, were male, and almost all, or 97.7%, were Buddhists. Most of the subjects, or 90.0%, were married or lived with their unmarried partners. Moreover, 60.2% completed elementary education. In terms of occupation before they became stricken with heart failure, a quarter of the subjects, or 25%, were wage earners and 23.9% were traders. Close to two-thirds, or 63.6%, were currently unemployed. Most of them had sufficient monthly income. As for rights to reimbursement, more than half, or 53.4%, used the universal health coverage, and 39.8% had reimbursements from the government offices or public enterprises. Furthermore, almost all of the subjects, or 94.3%, lived with their family/ spouse/children/parent. All of the subjects had more than one co-morbidity, particularly hypertension (20.51%), dyslipidemia (15.02%), and diabetes mellitus (14.29%). The mean duration of the illness was one and a half year (18.18%), and they were hospitalized due to heart disease 2.36 times on average (SD = 2.35). Finally, almost all of them, or 97.7%, had heart functioning capacity at level 2 (NYHA Functional Class II), and all of them (100%) used diuretics, followed by angiotensin enzyme inhibitor (ACEIs) (88.63%).

Symptom experiences

1. Symptom experiences revealed frequently perceived symptoms in the past week of the subjects. In this study, it was found that the subjects perceived 6 to 26 symptoms, with the mean of 13.93 symptoms (SD = 4.41). There were 14 symptoms that more than half of the subjects perceived including shortness of breath (97.7%), fatigue (93.2%), difficulty sleeping (87.5%), difficulty breathing when lying flat (86.4%), numbness or tingling in hands or feet (62.5%), feeling bloated (61.4%), cough (60.2%), worrying (60.2%), feeling nervous (59.1%), waking breathless at night (58%), dry mouth (56.8%), chest pain (55.7%), palpitations (54.5%), and swelling of arms or legs (52.3%).

2. Symptom experience of the five most distress symptoms and self-management strategies of the five most distress symptoms were as follows:

2.1) Shortness of breath: Most of the subjects managed their symptom by sitting or resting (76.31%), followed by breathing slowly and deeply (21.05%).

2.2) Difficulty sleeping: Most of the subjects managed their symptom by taking sleeping pills (54.92%), followed by waiting to feel sleepy before going to bed (42.25%).

2.3) Difficulty breathing when lying flat: Most of the subjects managed their symptom by lying down and resting their head on two pillows (60.29%), followed by sitting to rest (22.05%).

2.4) Fatigue: Most of the subjects managed their symptom by sitting or resting (93.93%), followed by exercises (6.06%).

2.5) Waking breathless at night: Most of the subjects managed their symptom by sitting to rest (95%), followed by oxygen therapy (5%).

A little more than three-fourths of the subjects, or 76.1%, assessed that such symptom management strategies could help relieve their symptoms.

Functional status in patients with heart failure

According to the study findings, overall functional status of the subjects was at a good level, with the mean score of 3.69. When considering each aspect of functional status, it was found that physical functional status was at a moderate level,

with the mean score of 3.06 (SD = 0.86), emotional functional status was at a good level, with the mean score of 4.01 (SD = 0.99), and socioeconomic functional status was at a good level, with the mean score of 4.00 (SD = 0.93).

Discussion

The findings showed that there were 6 to 26 symptoms that the sample in this study perceived in the past week, with the mean of 13.93 symptoms. There were 14 symptoms which more than half of the subjects perceived as follows:

1. Respiratory symptoms: The subjects perceived symptom experience of three respiratory symptoms: shortness of breath, difficulty breathing when lying flat, and waking up breathless at night. The symptoms found in patients with heart failure generally result from abnormal structures and functioning of the heart, so the ventricles are unable to send the blood to sufficiently nurture different organs in the body during rest or exercise (ACC/AHA, 2005). In the present study, most of the subjects had the NYHA FC II-III. These groups of patients have signs and symptoms of heart failure (ACC/AHA, 2001). The findings of this study were consistent with the finding of Nucharat Chatvichai (B.E. 2546) who found that heart failure patients distress from difficulty breathing for two to three hours before coming to the hospitals. Other studies also reported the same finding (Heo et al., 2008; Song et al., 2009).

2. Fatigue: In heart failure patients, low cardiac output, so there is not enough blood to go to all the tissues in the body. Thus, the tissues suffer from oxygen deprivation and it takes longer to get rid of the metabolic waste in the body. Thus, the patients experience fatigue (Katz, 2000). Moreover, the patients get up often during the night to urinate, so their sleep is disturbed and they do not have sufficient rest, hence the feeling of fatigue. Patients with heart failure can also suffer from anxiety and stress (Rossukon Varitsakul, B.E. 2547). Similar findings have also been reported by previous studies (Song et al., 2009; Zambroski et al., 2005).

3. Difficulty sleeping: There are various physical and psychological causes of difficulty sleeping in patients with heart failure including shortness of breath, cough, chest pain, palpitations, and anxiety (Parker et al., 2002). Likewise, Brostrom et al. (2004) found that patients with heart failure whose NYHA FC II-IV and who had other factors such as age or co-morbidity suffered from difficulty

sleeping. Previous studies have also reported that the symptom experience of difficulty sleeping in patients with heart failure could directly predict functional status of the patients (Blinderman et al., 2008; Zambroski et al., 2005).

4. Numbness and tingling in hands or feet: This may not directly be a symptom of patients with heart failure because most of the patients were elderly persons with co-morbidities such as hypertension, diabetes mellitus, and dyslipidemia, which may have contributed to the numbness or tingling in the hands or feet. In other words, numbness and tingling in hands or feet may have resulted from damage of the sensory system due to the pathology of these diseases (Smelzer et al., 2008). Such findings yielded support to the findings of previous studies (Blinderman et al., 2008; Zambroski et al., 2005).

5. Bloating feeling: This may result from increased workload of the heart and breathing, which makes the body requires more metabolism, while the patients can eat less food due to retention of blood in the gastrointestinal system. Therefore, the gastrointestinal tract becomes swollen and the functioning of the digestive system decreases, so the patients feel bloated as if there is gas in the abdomen (Apichart Sukhonthasan & Rangsarit Kanchanavanich, B.E. 2547). Zambroski et al. (2005) also found that patients with heart failure felt bloated in their stomach.

6. Cough: Cough is commonly found in patients with failure of the left ventricles. The patients explained that they had dry coughing which required energy exertion, particularly in the middle of the night. Nighttime coughing tends to occur with panting, so the patients' sleep and rest is disturbed, and this can lead to fatigue. Some patients may have blood in their phlegm when they are coughing, and their phlegm may be pink in color due to acute pulmonary edema. If there is a tear in the pulmonary arteries, the blood-tainted cough results from the emboli that obstruct the lungs (Braunwald, 2005; Smeltzer et al., 2008) when the patients with heart failure receive medication that inhibits the enzymes that destroy angiotensin (ACEIs). In the present study, most of the patients, or 88.63%, of the patients had been taking this drug, so they suffered from its side effects including coughing (Hunt et al., 2005). Similar findings have been reported in previous studies conducted by Bekelman et al. (2007), Blinderman et al. (2008), and Zambroski et al. (2005).

7. Emotional and psychological changes: The subjects in the present study reported two symptom experiences of 1) worry/concern and 2) moodiness/irritability. When patients with heart failure experience physical changes, their psychological and emotional well-being can be affected. They feel that heart failure is a threat to their life, and they suffer from the symptoms of heart failure, so they develop worry/concern and moodiness/irritability (Blinderman et al., 2008). Previous studies have also reported the same findings (Nittaya Srisuk, B.E. 2551; Krethong et al., 2008).

8. Dry mouth: Dry mouth may not be directly caused by heart failure, but it results from the diuretics that the patients take. If the patients have too much urination, they may lose balance in fluids and sodium (Smeltzer et al., 2008). In this study, all of the patients were prescribed with diuretics, and they had to restrict their water and sodium intake as specified in their treatment plan, so they could experience dry mouth. A similar finding has been reported in previous studies (Blinderman et al., 2008; Zambroski et al., 2005).

9. Chest pain: Chest pain results from myocardial infarction, which leads to heart failure. When the heart loses its capacity and the heart muscles receive less blood, chest pain can result (Smeltzer et al. 2008). A similar finding has been reported in previous studies (Krethong et al., 2008; Zambroski et al., 2005).

10. Palpitations: Palpitation is a response to the adrenergic functioning. The heart rate increases, and it takes longer to slow down because of an increase in the blood volume that leaves the heart in one minute. In order to respond to this, the heart has to beat faster. This may be due to abnormality of the heart itself such as heart valve disease, coronary heart disease, myocardial infarction, and the negative side effects of the antiarrhythmic drug (Smeltzer et al., 2008). Likewise, Wantana Maneesilp (B.E. 2543) found that trembling heart was associated with difficulty sleeping and difficulty breathing.

11. Swelling of arms or legs: This results from the decrease in the volume of blood that is squeezed out of the heart in one minute, hence a lower volume of blood that goes to the kidney and less filtration rate. This causes retention of sodium and fluids, which in turn brings about retention of blood in the veins, causing swelling in the peripheral of the veins. As a result, the arms and legs become swollen

(Phongpan Sangarun, B.E. 2548; Smetlzer et al., 2008). Similar findings have been reported in previous studies conducted by Bekelman et al. (2007), Blinderman et al. (2008), and Zambroski et al. (2005).

As for frequency of symptoms experienced by the subjects, the five leading symptoms reported by the subjects were difficulty sleeping, shortness of breath, fatigue, difficulty breathing when lying flat, and moodiness/irritability, respectively. Likewise, Zambroski et al. (2005) found that symptom experience in terms of frequency included difficulty sleeping, pain, and fatigue, respectively.

In addition, severity of symptoms experienced by the subjects, the five leading symptoms reported by the subjects were difficulty breathing when lying flat, shortness of breath, and waking up breathless at night, which were reported at the same percentage. The other symptoms were difficulty breathing when lying flat and fatigue. However, Blinderman et al. (2008) have found that symptom experience in terms of severity included problems with sexual desires and sexual activities, difficulty sleeping, and constipation, respectively.

Finally, when it came to symptoms experience that caused distress in the subjects' daily living in the past week, it was found that the five leading symptoms reported by the subjects were difficulty breathing when lying flat, shortness of breath, waking up breathless at night, difficulty breathing when lying flat, and fatigue, respectively. Similarly, Zambroski et al. (2005) conducted a study with patients with heart failure and found that symptom experience that caused sufferings included fatigue, difficulty sleeping, and shortness of breath, respectively.

Based on the study findings, it could be seen that symptom experience varied in terms of frequency, severity, and distress in daily life. Such findings yielded support to the model of symptom management proposed by Dodd et al. (2001). According to them, symptom experience is multidimensional. It could be stated that symptom experience reported by the patients may not be the symptoms that are frequent, severe, or disturbing daily living. However, it is noticeable that the findings on symptom experience in different dimensions in patients with heart failure as reported in previous studies are patients' perception of the outcomes of energy exertion to perform various activities. Also, perception of a variety of symptom

experiences can lead to perception of severity, distress in life, as well as symptom burdens (Cleeland, 2007).

Symptom management strategies of patients with heart failure

Management strategies of respiratory symptoms: Respiratory symptoms consisted of three symptoms as follows: 1) shortness of breath, 2) difficult breathing when lying flat, 3) waking up breathless at night. There were three methods that the subjects used to manage their symptoms: 1) repositioning such as sitting or resting, lying down and resting their head on two pillows, lying down on the left and right side alternately, 2) controlling breathing such as breathing slowly and deeply and concentrating, and 3) using oxygen therapy. Activities of patients with heart failure such as walking, taking a shower/getting dressed, walking fast, and walking up the stairs are activities which require energy exertion, so they experience shortness of breath. They manage this symptom by avoiding energy exertion and trying to save energy, breathing deeply and slowly, and restricting activities by resting or sitting down (Hunt et al., 2005; Indilicato, 2006; Oxberry & Johnson, 2008). Furthermore, the other two symptoms-difficulty breathing when lying flat and waking up breathless at night occur when they are in the supine position. The symptoms will be relieved when they raise their head and upper body or getting up. These symptoms result from an increase in the pressure of the pulmonary veins due to fluid retention in the lungs, so they have to exert more energy when breathing. If they are lying down, the resistance force is increased, thus making it difficult to breathe. Therefore, raising the head and sitting up will help decrease the retention of the blood in the pulmonary veins, hence relieving difficulty breathing (Phongpan Sangarun, B.E. 2548; Indilicato, 2006; Oxberry & Johnson, 2008). However, if the symptoms are severe, the patients can use oxygen therapy to increase oxygen during inhalation and improve gas exchange. Once the heart muscles gets more oxygen, the heart functioning is better (Jessup et al., 2009; Oxberry & Johnson, 2008).

Management strategies of difficulty sleeping: Most of the subjects managed this symptom by taking sleeping pills, followed by waiting until feeling sleep before going to bed. Difficulty sleeping results from the decrease in the blood volume from the heart in one minute, causing the brain to be deprived of oxygen. It can also

result from poor air ventilation, leading to retention of carbon dioxide gas, which affects changes in perceptions and feelings (Phongpan Sangarun, B.E. 2548; Rains, 2002). Difficulty sleeping can also result from disturbance of the body or the mind (Brostrom et al., 2001). In this study, most of the subjects had co-morbidities such as cardiovascular disease, heart valve disease, or myocardial infarction. In addition to cardiovascular medication, the subjects also took sleeping pills to ensure that they had sufficient rest to reduce the workload of the heart. This may explain why most subjects managed their difficulty sleeping by taking sleeping pills. A similar finding was reported by Oguz & Enc (2008).

Management strategies of fatigue: Most of the subjects managed their symptom of fatigue by sitting or resting, followed by exercises. Fatigue results from various factors including physical and psychological factors. The patients could easily manage their fatigue by sitting or lying down, followed by exercises without any restrictions so as to be able to carry out their daily living activities without exhaustion or severe abnormalities. According to the treatment guideline of ACCF/AHA, patients with heart failure should rest and exercise (Jessup et al., 2009).

Functional status of patients with heart failure

The study findings showed that the overall functional status of patients with heart disease was at a good level, with the mean score of 3.69. When considering each aspect of functional status, it was found that physical functional status was at a moderate level, with the mean score of 3.06, emotional functional status was at a good level, with the mean score of 4.01, and socioeconomic functional status was at a good level, with the mean score of 4.00. Such findings were consistent with the findings of Nittaya Srisuk (B.E. 2551). The factors related to overall functional status of patients with heart failure in this study could be explained as follows:

Close to two-thirds of the subjects, or 60.6%, were elderly persons, and their mean age was 62.13 years (SD = 12.14). Age is a fundamental factor which indicates differences in physical developmental stages and maturity related to perception, understanding, thinking, decision making, and ability to carry out activities. It could be stated that elderly patients had good perception of symptom experience, understanding, and decision for symptom management, so they had a good

level of functioning. Similarly, Hou et al. (2004) have reported that patients with heart failure who were younger than 65 years of age had lower overall functioning than those who were 65 years old or older.

Most of them also had sufficient income. Generally, income is an indicator of economic status and standard of living, as well as access to health care. Income is an important factor in individuals' life because it enables them to satisfy basic needs such as food, housing, and medical care. Chatwalia Jaiaree (B.E. 2533) has reported that monthly income was positively related to quality of life of patients with congestive heart failure. Other studies also reported the same findings (Nittaya Srisuk, B.E. 2551; Clark et al., 2003; Evangelista et al., 2001).

The subjects in this study had the heart functioning capacity in level 2 (97.7%) and level 3 (2.3%). The duration of sickness with heart failure was lower 1 year (61.4%), and they had been admitted into the hospital 1 to 3 times (82.95%). As such, these subjects had symptom experience and symptom management and were able to adjust themselves to live with heart failure. Previous studies have also pointed out that functioning capacity of the heart could predict physical functioning status of patients with heart failure (Heo et al., 2008; Westlake et al., 2002).

Finally, it was found that most of the subjects, or 94.3%, lived with their family/ spouse/child/parent and were married (90.9%). Social support is one of the important factors that affect functioning in patients with heart failure. It plays a major role in patients' rehabilitation after the sickness. This is because social support helps promote healthcare after the sickness as well as mental health status as it enables individuals to cope with different situations that result from the sickness. Thus, they are able to perform their functions. Similarly, previous studies have shown that there is a relationship between social support and functioning in patients with chronic heart failure (Bennett et al., 1998; Riedinger et al., 2002).

Relationship between symptom experiences of five most distress symptoms and functional status in patients with heart failure

The findings revealed that symptom experience of five most distress symptoms included shortness of breath, difficulty breathing when lying flat, difficulty sleeping, waking up breathless at night, and fatigue. It was found that four of the

symptoms—shortness of breath, difficulty breathing when lying flat, difficulty sleeping, and waking up breathless at night—were not related to overall functional status with statistical significance ($r = -.047$, $r = -.036$, $r = -.112$, and $r = -.103$, respectively, $p > 0.05$). In contrast, fatigue was negatively related to overall functional status (physical, emotional, and socioeconomic) with statistical significance at a moderate level ($r = -.494^{**}$, $r = -.486^{**}$, $r = -.421^{**}$, and $r = -.382^{**}$, respectively, $p < 0.01$). That is, patients with heart failure who had a high level of fatigue had a low level of overall functional status. The findings could be explained as follows:

Shortness of breath, difficulty breathing when lying flat, and waking up breathless at night were not related to overall functioning with statistical significance ($r = -.047$, $r = -.112$, and $r = -.103$, respectively, $p > 0.05$). This may have been because the subjects used three methods to manage their respiratory symptoms: 1) repositioning such as sitting or resting, lying down and resting their head on two pillows, lying down on the left and right side alternately, 2) controlling breathing such as breathing slowly and deeply and concentrating, and 3) using oxygen therapy. As regards the outcomes of overall symptom management strategies, most of the subjects assessed that their management helped relieve the symptoms (72.4% - 86.8%) or made the symptoms disappear (11.8% - 25.0%). This meant that such difficulty breathing did not last. This is different from the findings of previous studies. For example, Heo et al. (2008) found that 94% of patients with heart failure had shortness of breath that made them lose physical functional status. Moreover, Zambroski et al. (2005) investigated symptoms that caused burdens on functioning of patients with chronic heart failure and found that shortness of breath was perceived as symptom burden, which adversely affected their functional status.

Symptom experience of difficulty sleeping was not related to overall functional status of the subjects with statistical significance ($r = -.112$, $p > 0.05$). One plausible explanation is that the subjects managed their symptoms by taking sleeping pills and waiting until they were sleepy before going to bed. More than two-thirds of the subjects, or 54.9%, found that such management strategies made their symptom disappear, whereas 40.8% felt that it helped relieve the symptom. Put another way, the symptom of difficulty sleeping did not last and the subjects were able to go to sleep. Such findings were inconsistent with the findings of previous studies that

patients with heart failure perceived difficulty sleeping as symptom burden that decreased their functioning (Katz, 2002; Zambroski et al., 2005).

Symptom experience of fatigue was negatively related to overall functional status with statistical significance at a moderate level ($r = -.494^{**}$, $p < 0.01$). This finding was consistent with the findings of previous studies (Bekelman et al., 2007; Blinderman et al., 2008; Evangelista et al., 2008; Song et al., 2009; Yu et al., 2004; Zambroski et al., 2005) that there was a negative relationship between fatigue and functional status in patients with heart failure. Hägglund et al. (2007) investigated the relationship between fatigue and quality of life of 49 patients with heart failure and found that it had a negative effect on functional status. Likewise, Heo et al. (2008) examined symptom experience and physical functional status of patients with heart failure and reported that 94% of patients who experienced fatigue lost their functioning. Symptom experience of fatigue in patients with heart failure results from various factors including physical and psychological factors, so it is a persistent symptom that will remain with the patients and it can affect their ability to perform activities (Blinderman et al., 2008; Ekman et al., 2002; Friedman et al., 1995; Oka et al., 1993)

Recommendations

Based on the findings, the researchers recommend that nurses should comprehensively assess symptom experiences of patients with heart failure. Nurses should also choose appropriate methods of symptom management in collaboration with patients, family, and health care team to promote and maintain optimal functional status of the patients. Further research should investigate factors influencing symptom experiences, while self management programs or models should be developed to improve functional status of this group of patients.

Limitations of the Research

The limitations of the present study included the use of convenience sampling and single research setting. Therefore, the findings of this study may not be generalized to other groups of heart failure patients. Further studies should be conducted with patients with heart failure with different functional classes according to New York Heart Association, and subjects should be randomly selected to reflect other patients with heart failure with more generalization.

รายการอ้างอิง

- กฤติกา ชูณวณิช. (2547). ผลของการใช้โปรแกรมเดินออกกำลังกายที่บ้านต่อความสามารถในการออกกำลังกายและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง. คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เกศรา โชนาชัยศิริ. (2554). อิทธิพลของภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว และการสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ. (2538). การรักษาสภาพในวัยสูงอายุ. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์.
- ขจร เพ็ญสุพรรณ. (2545). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จารุวรรณ มานะสุการ. (2544). ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: ผลกระทบและการพยาบาล. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จันทร์จิรา เกียรติสีสกุล. (2551). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนให้ความรู้ ต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2543). สถานะสุขภาพคนไทย. กรุงเทพฯ: อุษากการพิมพ์.
- งานเวชระเบียนและสถิติ. (2553). สถิติผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. โรงพยาบาลศิริราช.
- ชวนพิศ ทานอง. (2541). ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุยฎิบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดวงรัตน์ มนโธสง. (2553). ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- นิตยา ศรีสุข. (2551). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิธิตา เชาวลิต, และ คำรัส ตรีสุโกศล. (2545). Update in the management of heart failure ใน *สรุปพลอิสร ไกรศีล (บรรณาธิการ), อายุรศาสตร์ทันยุค 2545* (หน้า 125-156). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- นิภาพร ประจัญบาน. (2550). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2550). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ: ยูเออนด์ไออินเตอร์มีเดีย.
- ปราณี กาญจนวรวงศ์. (2550). บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยโรคหัวใจ. *วารสารการพยาบาล*, 25(1), 24-34.
- ผาสุข แก้วเจริญตา. (2546). *ผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจที่บ้านต่อประสิทธิภาพการใช้ออกซิเจนสูงสุดและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิชญดา คงศักดิ์ตระกูล. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็ง ประสิทธิภาพการมีอาหารเหนี่ยวนำ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนี่ยวนำ การสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญรุ่ง ผลกาญจนกร. (2541). *คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในระยะก่อนและหลังใส่โครงร่างตาข่ายในหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไพรวลัย โคตรตะ. (2547). *ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองกับอาการหายใจลำบากต่อคุณภาพชีวิตของพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2548). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด*. ขอนแก่น: หจก. โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา.
- เขวภา บุญเที่ยง. (2545). *การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพและการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุหัวใจวายเลือดคั่ง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- รติรส แผลงภูทอง, คณินิจ พงศ์ถาวรกุล, อรวรรณ ศรียุคสุขุท, และ นกมล โสภารัตนไพศาล. (2552). ประสบการณ์การมีอาหาร กลวิธีจัดการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *Journal of Nursing*, 27, 69-78.
- รพีพันธุ์ สุ่มหิรัญ. (2552). การทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการเพื่อลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รสสุคนธ์ วาริตสกุล. (2547). อาการอ่อนล้าในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. *วิทยาสารพยาบาลวิทยาลัยการพยาบาลสภากาชาดไทย*, 29(2), 223-228.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2544). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานพ.ศ. 2542. กรุงเทพมหานคร: นามมีบุ๊คเคชั่นจำกัด.
- วันทนา มณีสลป. (2542). ศึกษาประสบการณ์การเหนื่อยหอบ ผลของการเหนื่อยหอบ และวิธีจัดการกับอาการเหนื่อยหอบของผู้ป่วยโรคหัวใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. (2546). หัวใจล้มเหลว. ใน วิทยา ศรีมาดา (บรรณาธิการ), *ตำราอายุรศาสตร์ 4*, กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน.
- สินีนากู ป้อมเย็น. (2547). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกับอาการหายใจลำบากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุไร พงษ์ทองเจริญ และคณะ. (2551). *Oxford Wordpower Dictionary*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หน้าต่างสู่โลกกว้าง จำกัด.
- สุวิณา เบาะเปลี่ยน, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา, และ วิชชุดา เจริญกิจการ. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ สิทธิการรักษาพยาบาล การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและระยะเวลาที่มาถึงโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 12(special volume), 84-90.
- สมจิต หนูเจริญกุล. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย. ใน สมจิต หนูเจริญกุล, บรรณาธิการ. *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วน วิเจ พรินต์; 2545. หน้า 1-23.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2550). *สถิติสาธารณสุข*. สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.
- เสวลักษณ์ ท่ามาก. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- อภิชาติ สุคนธสรณ์ และ รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิช. (2547). *Heart Failure*. เชียงใหม่: สำนักพิมพ์ ไอเอ็มเออร์แกโนเซอร์แอนด์แอดเวอร์ไทซิง.
- อุดมลักษณ์ สุภาวงศ์. (2548). *ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในสถานบริการสุขภาพพิเศษ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เอกรินทร์ ภูมิพิเชฐ และ ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล. (2550). *Critical Care in Everyday Practice*. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ปิยอนด์ เอนเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- Adams, K. F., & Zannad, F. (1998). Clinical definition and epidemiology of advanced heart failure. *American Heart Journal*, 135, 204-215.
- American Heart Association. (2001). *Heart and Stroke facts: 2001 statistical update*.
- American Heart Association. (2005). *Heart and Stroke facts: 2005 statistical update*.
- American Heart Association. (2011). *Heart failure*. Accessed on 6/6/2011; Available from: http://www.heart.org/HEARTORG/conditions/HeartFailure/Heart-Failure_UCM_002019_SubHomePage.jsp.
- Arnold, M. O., Yusuf, S., Young, J., Mathew, J., Johnstone, D., Avezum, A., et al. (2003). Prevention of heart failure in Patients in the Heart Outcome Prevention Evaluation (HOPE) study. *Circulation*, 107(9), 1284-1290.
- Barnason, S., Zimmerman, L., Anderson, A., Mohr-Burt, S., Nieveen, J. (2000). Functional status outcomes of patients with a coronary artery bypass graft over time. *Journal of Acute and Critical Care*, 29(1), 33-46.
- Barnes, S., Gott, M., Payne, S., Parker, C., Seamark, D., Gariballa, S., et al. (2006). Prevalence of Symptoms in a Community-Based Sample of Heart Failure Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 32(3), 208-216.
- Beer, M. H., et al., (2003). *The merck manual of medical information second home edition*. London: Elsevier Health Science.
- Bekelman, D. B., Havranek, E. P., Becker, D. M., Kutner, J. S., Peterson, P. N., Wittstein, I. S., 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. (2003). Comparison of Quality of life measure in heart failure. *Nursing Research*, 52(4), 207-216.

- Blinderman, C. D., Homel, P., Billings, J. A., Portenoy, R. K., & Tennstedt, S. L. (2008). Symptom Distress and Quality of Life in Patients with Advanced Congestive Heart Failure. *Journal of Pain and Symptom Management*, 35(6), 594-603.
- Braunstein, J. B., Anderson, G. F., Gerstenblith, G., Weller, W., Niefeld, M., Herbert, R., et al., (2003). Noncardiac comorbidity increases preventable hospitalization and mortality among medicare beneficiaries with chronic heart failure. *Journal American College Cardiology*, 42, 1226-33.
- Braunwald, E. (2001). Heart failure. In Braunwald, E. et al. (Eds.), *Harrison' principles of internal medicine* (15th ed., pp.1318-1329). New York: McGraw Hill.
- Buapan, A. (2008). *Factors Influencing Adaptation in Heart Failure Patients*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Bunkong, S. (2009). *Symptom Experiences, Symptom Management, and Symptom Outcomes in Patients Waiting for Coronary Artery Bypass Graft*. Unpublished master of nursing, science (International Program), Prince of Songkla University.
- Buyukozturk, K., et al. (2003). *Heart Failure* (1st ed.). Unifrom Press: Istanbul.
- Chatvichai, N. (2003). The Effects of A Dyspnea Relief Program on severity of Dyspnea and Knowledge to Control Dyspnea in Congestive Heart Failure Patients. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Clark, J. C., & Lan, V. M., (2004). Heart failure patient learning needs after hospital discharge. *Applied Nursing Research*, 17(3), 150-157.
- Cleeland, C. S. (2007). Symptom Burden: Multiple Symptoms and Their Impact as Patient Reported-Outcomes. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 37, 16-21.
- Colucci, W.S. (2000). The sympathetic nervous system in heart failure. In J. D. Hosenpud & B. H. Greenberg (Eds.), *Congestive heart failure* (pp.189-197). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Cooley, M. E. (1998). Quality of life in person with non-small cell lung cancer: A concept analysis. *Cancer nursing*, 21(3), 151-161.
- Creason, H. (2001). Protocols in practice congestive heart failure telemanagement clinic. *Lippincott's Care Management*, 6(4), 146-156.
- Davis, S. L. (2002). How the heart failure picture has changed. *Nursing 2002*, 32(11), 36-43.

- Dodd, M., Jason, S., Facione, J., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J. et al. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.
- Dodd, M. J., Miaskowski, C., & Paul, S. M. (2001b). Symptom clusters and their effect on the functional status of patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 28(3), 465-470.
- Dunderdale, K., Furze, G., Thomson, D. R., Beer, S. F., Miles, J. N. V. (2007). The Health-Related Quality of life From the Perspective of Patients With Chronic Heart Failure. *Br J Cardiol*, 14(4), 207-212.
- Dyo, M. (2011). *Suffering and spiritual transformation in patients with heart failure*. Doctor of Philosophy Azusa, California.
- Ekman, I., Boman, K., Olofsson, M., Aires, N., & Swedberg, K. (2005). Gender makes a difference in the description of dyspnoea in patients with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4(2), 117-121.
- Ekman, I., Cleland, J. G. F., Swedberg, K., Charlesworth, A., Metra, M., & Poole-Wilson, P. A. (2005). Symptoms in Patients With Heart Failure are Prognostic Predictors: Insights From COMET. *Journal of Cardiac Failure*, 11(4), 288-292.
- Ekman, I., Ehrenberg, A., (2002). Fatigue in chronic heart failure: does gender make a difference? *Eur J Cardiovasc Nurs*. 1, 77-82.
- Erdfelder, E., Faul, F., & Buchner, A. (1996). GPOWER: A general power analysis program. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 28, 1-11.
- Evangilista, L.S., Kagawa-Singer, M., & Dracup, K. (2001). Gender differences in health perceptions and meaning in persons living with Heart failure. *Heart Lung*, 30(3), 167-76.
- Evangilista, L.S., Moser, D. K., Westlake, C., Pike, N., Ter-Galtanyan, A., Dracup, K. (2008). Correlates of Fatigue in Patients With Heart Failure. *Prog Cardiovasc Nurs*, 23(1), 12-17.
- 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.

- Falk, K., Swedberg, K., Gaston-Johansson, F., & Ekman, I. (2007). Fatigue is a prevalent and severe symptom associated with uncertainty and sense of coherence in patients with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6(2), 99-104.
- Francis, G. S., Gassler, J. P., & Sonneblich, E. H. (2001). Pathophysiology and diagnosis of heart failure. In J. W. Hurst (Ed.), *The heart* (10th ed., pp.665-685). New York: McGraw-Hill.
- Friedman, M. M., & Griffin, J. A. (2002). Relationship of physical symptoms and physical functioning to depression in patients with heart failure. *Heart Lung*, 30, 98-104.
- Friedman, M. M., King, K. B. (1995). Correlates of fatigue in older women with heart failure. *Heart Lung*. 24, 512-518.
- Givertz, M. M., Colucci, W. S., Braunwald, B. J. (2001). Clinical aspects of heart failure: High-Output failure: Pulmonary edema. In E. Braunwald, D. P. Zipes. & P. Libby (Eds.), *Heart disease: A textbook of cardiovascular medicine* (6th ed., pp. 534-561). New York: McGraw-Hill.
- Godfrey, C., Harrison, M. B., Medves, J., & Tranmer, J. E. (2006). The Symptom of Pain With Heart Failure: A Systematic Review. *Journal of Cardiac Failure*, 12(4), 307-313.
- Goldberg, M. S., Giannetti, N., Burnett, R. T., Mayo, N. E., Valois, M.-F., & Brophy, J. M. (2009). Shortness of breath at night and health status in congestive heart failure: Effects of environmental conditions and health-related and dietary factors. *Environmental Research*, 109(2), 166-174.
- Goodlin, S. J. (2009). Palliative Care in Congestive Heart Failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 54(5), 386-396.
- Gott, M., Barnes, S., Parker, C., Payne, S., Seamark, D., Gariballa, S., et al. (2006). Predictors of the quality of life of older people with heart failure recruited from primary care. *Age and Ageing*, 35, 172-177.
- Grady, K. L., Dracup, K., Kennedy, G., Moser, D. K., Piano, M., Stevenson, L. W., et al. (2000). Team management of patients with heart failure: A statement for healthcare professionals from the cardiovascular nursing council of the American Heart Association. *Circulation*, 102(19), 2443-2456.

- Grady, K. L., Jalowiec, A., White-Williams, C., et al. (1995). Predictors of quality of life in patients with advanced heart failure awaiting transplantation. *J Heart Lung Transplant*, 14(1pt1), 2-10.
- Green, S. M., Marlinez-Rumayor, A., Gregory, S. A., Baggish, A. L., O'Donoghue, M. L., Green, J. A., et al. (2008). Clinical Uncertainty, Diagnostic Accuracy, and Outcomes in Emergency Department Patients Presenting With Dyspnea. *Arch Intern Med*, 168(7), 741-748.
- Hägglund, L., Boman, K., & Lundman, B. (2008). The experience of fatigue among elderly women with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(4), 290-295.
- Heo, S., Doering, L. V., Widener, J., Moser, D. K. (2008). Predictors and Effect of Physical symptom status on Health-Related Quality of Life in Patients With Heart Failure. *Am J Crit Care*, 17, 124-32. Retrieved November 29, 2009, from <http://www.ajconline.org>.
- Heo, S., Lennie, T. A., Okoli, C., & Moser, D. K. (2008). Quality of life in patients with heart failure: Ask the patients. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 38(2), 100-108.
- Heo, S., Moser, D. K., Lennie, T. A., Zambroski, C. H., Chung, M. L. (2007). A comparison of health-related quality of life between older adults with heart failure and healthy adults. *Heart Lung*, 36, 16-24.
- 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 patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6(2), 146-152.
- Hing, E., Cherry, D. K., Woodwell, D. A., (2006). National Ambulatory Medical Care Survey: 2004 summary. *Adv data*, 1-33.
- Hockenberry, M. (2003). Symptom Management Research in Children with Cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 21(3), 132-136.
- Hou, N., Chui, M. A., Eckert, G. J., Oldridge, N. B., Murray, M. D., & Bennett, S. J. (2004). Relational ship of age and sex to health-related quality of life in patients with heart failure. *American Journal of Critical Care*, 13(2), 153-161.

- 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 Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult Summary Article. *JACC*, 46(6), 1116-43.
- Hunt, S. A., Baker, D. W., Chin, M. H., Cinquegrani, M. P., Feldman, A. M., Francis, G. S., et al. (2001). ACC/AHA Guidelines for the Evaluation and Management of Chronic Heart Failure in the Adult: Executive Summary A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1995 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure). *Journal American Collage Cardiology*, 38(7), 2101-2113.
- Indelicato, R.N. (2008). The Advanced Practice Nurse's Role in Palliative Care and the Management of Dyspnea. *Advanced Practice Nursing e Journal*, 6(4). Retrieved February 24, 2009, from <http://www.medscape nursing.com>
- 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: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines Developed in Collaboration With the International Society for Heart and Lung Transplantation. *J Am Coll. Cardiol*, Retrieved June 11, 2009, from <http://www.content.onlineejacc.org/cgi/content/full/53/15/1343>
- Jurgens, C. Y. (2006). Somatic Awareness, Uncertainty, and Delay in Care-seeking in Acute Heart Failure. *Research in nursing & Health*. Online in www.interscience.wiley.com. DOI: 10.1002/nur.20118.
- Jurgens, C. Y., Moser, D. K., Armola, R., Carlson, B., Shively, M., Evangelista, L. , et al. (2006). Symptom Clusters in Acute Heart Failure. *Journal of Cardiac Failure*, 12(6, Supplement 1), 112-112.
- Jurgens, C. Y., Moser, D. K., Armola, R., Carlson, B., Sethares, K., Riegel, B. (2009). Symptom Clusters of Heart failure. *Research in nursing & Health*. Online in www.interscience.wiley.com. DOI: 10.1002/nur.20343.
- Katz, A. M. (2000). *Heart failure: Pathophysiology, molecular biology, and clinical Management*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wikins.

- 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.
- Larson, P. J., et al. (1994). A model for symptom management. *IMAGE: journal of Nursing Scholaship*, 26(4), 272-276.
- Lee, D. T. F., Yu, D. S. F., Woo, J., Thompson, D. R. (2005). Health-related quality of life in patients with congestive heart failure. *The European Journal of Heart Failure*, 7, 419-422.
- Levenson, J. W., McCarthy, E. P., Lynn, J., Davis, R. B., Phillips, R. S. (2000). The last six months of life for patients with congestive heart failure. *J Am Geriatr Soc*, 48(5 suppl), 101-109.
- Luttik, M. L., Lesman-Leegte, I., & Jaarsma, T. (2009). Quality of Life and Depressive Symptoms in Heart Failure Patients and Their Partners: The Impact of Role and Gender. *Journal of Cardiac Failure*, 15(7), 580-585.
- Maneesilp, W. (2000). *Dyspnea experience, dyspnea outcomes and management strategies of dyspnea in patients with valvular heart disease*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Masoudi, F. A., Havranek, E. P., & Krumholz, H. M. (2002). The burden of chronic congestive heart failure in older person: Magnitude and implications for policy and research. *Heart Failure Research*, 7, 9-16.
- McAlister, F. A., Lawson, F. M., Teo, K. K., et Al. (2001). A systemic review of randomized trials of disease management programs in heart failure. *The American Journal of medicine*, 110, 378-384.
- Michalsen, A., Konig, G., Thimme, W. (1998). Preventable causative factors leading to hospital admission with decompensate heart failure. *Heart*, 80(5), 437-441.
- Moser, D. K., Yamokoski, L., Sun, J. L., Conway, G. A., Hartman, K. A., Graziano, J. A., et al. (2009). Improvement in Health-related Quality of Life After Hospitalization Predicts Event-free Survival in Patients With Advanced Heart Failure. *Journal of Cardiac Failure*, 15(9), 763-769.
- Munro, B.H. (2001). Statistical methods for health care research. (4th ed.). Philadelphia: Lippincott.

- Nordgren, L., & Sörensen, S. (2003). Symptoms experienced in the last six months of life in patients with end-stage heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2(3), 213-217.
- Nowak, T.J. (2004). *Pathophysiology: concepts and applications for health care professionals*. (3rd ed). Boston: McGraw-Hill.
- Oguz, S., Enc, N. (2008). Symptoms and strategies in heart failure in Turkey. *International nursing review*, 55, 462-467.
- Oxberry, S.G., & Johnson, M. J. (2008). Review of The evidence for dyspnea in people with chronic heart failure. *Current opinion in Supportive and Palliative Care*, 2, 84-88.
- Patel, H., Shafazand, M., Schaufelberger, M., Ekman, I. (2007). Reasons for seeking acute care in chronic heart failure. *European Journal of Heart failure*, 9(6-7), 702-708.
- Plach, S. K., Heidrich, S. M., Jeske, L. (2006). Fatigue Representation in Women With Heart Failure. *Research in Nursing & Health*, 29, 452-464.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and Methods* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Principles and Methods* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Pongthavornkamol, K. (2000). *Coping with side effects and emotional distress among Thai cancer patients receiving radiation*. Unpublished doctor of philosophy, University of Rochester.
- Portenoy, R. K., Thaler, H. T., Kornblith, A. B., Lepore, J. M., Friedlander-Klar, H., Kiyasu, E., et al. (1994). The Memorial Symptom Assessment Scale: an instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *European Journal of Cancer*, 30(9), 1362-36.
- Porth, C. M. (1994). Heart failure in C.M. Porth (Ed.), *Pathophysiology: concepts of altered health state*. (4th ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott Comp.
- Rain, G. D. (2000). *Principles of Human Neuropsychology*. Boston: McGraw-Hill.
- Ramasamy, R., Hildebrandt, T., O’hea, E., Patel, M., Clemow., L Freudenberger, R., et al. (2006). Psychological and social factors that correlate with dyspnea in heart failure. *Psychosomat*, 47, 430-434.

- Rector, T. S. (2005a). A 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 questionair. Retrieved June 6, 2006, from http://www.mlhfq.org/_dnld/mlhfg_overview.pdf
- Rector, T. S., Kubo, S. H., Cohn, J. N. (1987). Patients' self-assessment of their congestive heart failure: content reliability and validity of a new measure, the Minnesota Living With Heart failure Questionnaire. *Heart fail*, 3, 198-209.
- Rector, T. S., Kubo, S. H., Cohn, J. N. (1993). Validity of the Minnesota Living With Heart Failure Questonnaire as a measure of therapeutic response to enalapril or placebo. *Am J Cardiol*, 71(12), 1106-1107.
- Rector, T. S., Cohn, J. N. (1992). Assessment of patient outcome with the Minnesota Living With Heart Failure Questonnaire: reliability and validity during a randomized double-blind, placebo-controlled trial of pimobendan, Pimobendan Multicenter Research Group. *American Heart Journal*, 124, 1017-1025.
- Redeker, N.S., Joen, S., Muench, U., Campbell, D., Walseben, J., Rapoport, D.M., (2010). Insomnia symptoms and daytime function in stable heart failure. *SLEEP*, 33(9), 1210-1216.
- Rhodes, D. L., & Bowles, C. L. (2002). Heart failure and its impact on older women's lives. *Journal Advanced Nursing*, 39(5), 441-9.
- Riedinger, M.S., Dracup,K.A.,Brecht,M.L. (2002). Quality of life in women with Heart failure, normative group, and patients with other chronic condition. *American Journal of Critical care*, 11(3), 211-219.
- Riedinger, M.S., Dracup,K.A.,Brecht,M.L.,Padilla, G., Sarma, L., &Ganz, P.A. (2001). Quality of life in patients with Heart failure: do gender differences exist? *Heart Lung*, 30(2), 105-16.
- Sangkaew, B. (2006). *A survey of symptom experience, symptom management, and symptom management outcomes in persons living with breast cancer in the central part of Thailand*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Thailand.
- Schulz, P. S., Zimmerman, L., Pozehl, B., Barnason, S., Nieveen, J. (2011). Symptom management strategies used by ederly patients after coronary artery bypass surgery. *Applied Nursing Research*, 24, 65-73.

- Sharon, A. H., et al. (2002). A Report of the American College of Cardiology/American Heart association Task Force on Practice Guidelines. *Evaluation and Management of Chronic Heart Failure in the Adult*, 4-40.
- Shively, M., Kodiath, M., Smith, T. L., Kelly, A., Bone, P., Fetterly, L., et al. (2005). Effect of behavioral management on Quality of life in mild heart failure: a randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 58, 27-34.
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, k. H., (Eds.). (2008). *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*. (11th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkin.
- Song, E. K., Moser, D. K., Lennie, T. A. (2009). Relationship of Depressive Symptom to the impact of Physical Symptoms on Functional status in Women With Heart Failure. *Am J Crit Care*, 18, 348-356. Retrieve October 1, 2010, from <http://www.ajconline.org>.
- Song, E. K., Moser, D. K., Rayens, M, K., Lennie, T. A. (2010). Symptom clusters predict event-free survival in patients with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nurse*, 25(4), 284-291.
- Stanley, M., & Prasan, M. (2002). Heart failure in older Adult: Keep to successful management .*AACN clinical issue*, 13(1), 94-102.
- Stephen, S. A. (2008). Fatigue in older adults with stable heart failure. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 37(2), 122-131.
- Stevenson. L. W., Massie. B. M., Francis. G. S. (1998). Optimizing therapy for complex or refractory heart failure. A management algorithm. *Am Heart Journal*, 135,293-309.
- Strömberg, A. (2002). Educating nurses and patients to manage heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1(1), 33-40.
- Strömberg, A., & Martensson, J. (2003). Gender differences in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2(1), 7-18.
- Suwisith, N., Hanucharuenkul, S., Dodd, M., Vorapongsathorn, T., Pongthavornkamol, K., & Asavametha, N. (2008). Symptom clusters and their influences on the functional status of woman with breast cancer. *Thai Journal of Nursing Research*, 12(3), 153-164.
- Swedberg. K., Cleland. J., Dargie. H., et al. (2005). ESC Guideline for the diagnosis and treatment of chronic heart failure. *Eur Heart J*, 1-45.

- Tangsatitkiat W., & Sakthong P. (2009). The Content Improvements of the Thai Version of the Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire, Using Cognitive Interview. *Thai Pharm Health Sci*, 4(2), 227-235.
- The Heart failure Society of American [HFSA]. (2006). Evaluation and management of patients with acute decompensated heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, 12(1), 86-103.
- Thomas, S. A. Friedmann, E., Khatta, M., Cook, L. K., & Lann, A. L. (2003). Depression in patients with heart failure: physiologic effect, incidence, and relation to mortality. *AACN Clin Issues*, 14(1), 3-12.
- Varughese, S. (2007). Management of acute decompensated heart failure. *Critical Care Nursing Quarterly*. 30(2), 94-102.
- Ware, J.E. (1993). *SF-36 health survey manual and interpretation guide*. Boston: The Health Institute, New England Medical Center.
- Walke, L. M., Byers, A. L., Gallo, W. T., Endrass, J. m., & Fried, T. R. (2007). The Association of Symptoms with Health Outcomes in Chronically Ill Adults. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(1), 58-66.
- Wang, C.S., FitzGerald, J.M., Schulzer, M., Mak, E., & Ayas, N.T., (2005). Does This Dyspnea Patient in the Emergency Department Have Congestive Heart Failure?. *JAMA*, 294(15), 1944-1956.
- Wang, T. J. (2004). Concept analysis of functional status. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 457-462.
- Westlake, C., Dracup, K., Crass, J., Livingstone, N., Heywood, T., Hushes, B. L., et al. (2002). Correlate of health-related quality of life in patients with heart failure. *Heart Lung*, 31, 85-93.
- World Health Organization. (2011). *Cardiovascular disease*. Accessed on 6/6/11; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>.
- Yu, D. S. F., Lee, D. T. F., Woo, J., & Thompson, D. R. (2004). Correlates of psychological distress in elderly patients with congestive heart failure. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(6), 573-581.
- Zambroski, C. H., Lennie T., Chung M. L., Heo S., Smoot T., Ziegler C. (2004). Use of the Memorial Symptom Assessment scale-Heart Failure in heart failure patients. *Circulation*, 110(supplement III(17).

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.





ภาคผนวก ก

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. อาจารย์แพทย์หญิง ธัญญา บุญศิรินันท์
สาขาหทัยวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รองศาสตราจารย์ เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา
ข้าราชการบำนาญ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
3. อาจารย์ ดร.ศรินรัตน์ ศรีประสงค์
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
4. นางสาวสุนัน สุคติ
หัวหน้าหอผู้ป่วย ซี.ซี.ยู โรงพยาบาลศิริราช
5. นางสุเชาวนี อธิวิทย์
หัวหน้าหอผู้ป่วย หน่วยตรวจพิเศษโรคหัวใจและหลอดเลือด ชั้น 6 ศูนย์โรคหัวใจ
สมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช

ภาคผนวก ข
เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือ

Windows Live Hotmail Print Message

Page 1 of 1

RE: permission to use

From: **Russell Portenoy, MD** (RPorteno@chpnet.org)
Sent: **Wednesday, January 19, 2011 6:22:06 PM**
To: **cheer cheer** (wasana1261@hotmail.com)

Dear Wasana,
The MSAS is in the public domain and can be used as you wish.
Best of luck!
R.Portenoy MD

From: cheer cheer [mailto:wasana1261@hotmail.com]
Sent: Tuesday, January 18, 2011 12:54 PM
To: Russell Portenoy, MD
Subject: permission to use

Dear Dr. Portenoy,
I would like to introduce, I'm Wasana Suwanratsamee. I'm a master degree student in advanced adult nursing at Mahidol University, Thailand. I'm interested in patients with Heart failure and developing my dissertation proposal on the topic of Symptom experiences, Symptom management and Functional status in Patients with Heart failure. The Memorial Symptom Assessment Scale is very an interesting instrument to measure symptom experiences in my study. The MSAS covers most of common symptoms and measure on multidimension of each symptom. I would appreciate, if you could permit me use to The Memorial Symptom Assessment Scale in my dissertation. Thank you in advance and looking forward to hear from you.
Best Regards,
Wasana

contact us: wasana1261@hotmail.com
: nswpi@mahodol.ac.th (my thesis advisor)

This message and any attachments are confidential and intended solely for the use of the individual or entity to which they are addressed. If you are not the intended recipient, you are prohibited from printing, copying, forwarding, saving, or otherwise using or relying upon them in any manner. Please notify the sender immediately if you have received this message by mistake and delete it from your system.

Windows Live Hotmail Print Message

Page 1 of 3

FW: permission to use MSAS-HF

From: **Zambroski, Cheryl** (czambros@health.usf.edu)
Sent: **Thursday, March 31, 2011 11:19:46 PM**
To: **wasana1261@hotmail.com (wasana1261@hotmail.com)**
1 attachment
MSAS-HF 32items.docx (26.8 KB)

Here you go...thanks

From: Zambroski, Cheryl
Sent: Thursday, March 24, 2011 8:35 AM
To: 'cheer cheer'
Subject: RE: permission to use MSAS-HF

That would be wonderful!! I would love to see a copy when it is translated. Thanks so much and good luck to you!

Cheryl Zambroski PhD, RN
Associate Professor
Assistant Dean for Academics
Undergraduate Program
University of South Florida
College of Nursing
12901 Bruce B. Downs Blvd. MDC 22
Tampa, FL 33612-4766
office: 813-974-6436
fax: 813-974-3118

From: cheer cheer [mailto:wasana1261@gmail.com]
Sent: Thursday, March 24, 2011 8:18 AM
To: Zambroski, Cheryl
Subject: permission to use MSAS-HF

24 March, 2011

Dear Dr. Zambroski,

I'm Wasana Suwanratsamee. I'm a master nursing student in advanced adult nursing at Faculty of nursing, Mahidol University, Thailand. I'm interested to examine issues related to patients with Heart failure and developing my dissertation proposal on the topic of "Symptom experiences, Symptom management and Functional status in Patients with

Heart failure". In this study, I plan to use the Memorial Symptom Assessment Scale- Heart Failure, which is an interesting instrument to measure symptom experiences of these patients. The MSAS-HF covers most of common symptoms and measure on multidimensions of each symptom. I would greatly appreciate, if you could permit me use to The Memorial Symptom Assessment Scale –HF in my dissertation, and I wish to thank you in advance for your kind permission.

Initially, I found only the MSAS developed by Dr. Russell Portenoy and his team, and contacted his on 18th January, 2011 to asked for permission to use this instruct and already translated in to Thai language in the development of my proposal. Later, when I explored more of the literature, I found that the MSAS-HF, which modified by you and your team is more specific to Heart failure patients. Therefore, I wish to also ask for you permission to translate some items, (including difficulty breathing when lying flat, chest pain, waking up breathless at night, palpitations and weight gain) in to Thai language for use specifically in this study. You permission well enable me to work on my study in this group of patients. Finally, I thank you very much for time and assistance, and look forward to hearing from you soon.
Your sincerely,
Wasana Suwanratsamee

Wasana Suwanratsamee

Master nursing student

Faculty of Graduate studies, Mahidol University

2, Prannok Road , Siriraj, Bangkok Noi,

Bangkok 10700



USER-AGREEMENT

USE OF THE MINNESOTA LIVING WITH HEART FAILURE (MLHF) AND ITS AVAILABLE TRANSLATIONS

Date : 11_9_01_11_11
day month year

1. USER'S NAME

LICENSEE: *Please have the information type written* Wasana Suwanratsamee

Title : The degree of master of nursing science (Adult nursing)

Company : Faculty of Graduate studies, Mahidol University

Address : 2 , Prannok Road, Siriraj, Bangkok Noi, Bangkok 10700

.....

.....

Country : Thailand

Phone : +66842097062

Fax : -

Email : wasana1261@hotmail.com

VAT number (if applicable): -

Contact name if different from above: ***Please have the information type written***

Title : -.....

Company : -.....

Address : -.....
.....
.....

Country : -.....

Phone : -..... Fax : -.....

Email : -.....



2. CONTEXT OF MLHF USE

1. Individual clinical practice / ☒

- Expected duration of use: Indefinite ☐ or Number of years ___1 year___

2. Research study ☐

- Title: Symptom experiences, Symptom management and functional status in Patients with Heart failure _____

- Disease or disorder: ___Heart failure_____
- Type of research: clinical trial ☐1 economic ☐2 quality of life / ☐3 epidemiologic ☐4
- Quality of Life as primary end point: yes / ☐1 no ☐2
- Design:

comparative - parallel group	☐ 1
comparative - cross-over	☐ 2
non comparative with follow-up or cohort follow-up	☐ 3
cross-sectional	☐ 4
Other (please specify) descriptive_ correlational study_____	☐ 5
- Number of expected patients (total): 88
- Number of administrations of the questionnaire per patient: 4
- Length of the follow-up (if any) for each patient: - months
- Planned study date:

start	<u>05</u> / <u>2011</u>	end	<u>05</u> / <u>2012</u>
	month/year		month/year



3. STUDY FINANCING

Not funded academic research, medical practice

Projects not explicitly funded, but funding comes from overall departmental funds or from the University or individual funds.

☐

Funded academic research

Projects receiving funding from commerce, government, EU or registered charity. Funded academic research— sponsored by industry fits the “commercial study” category.

☐

Commercial study

Commercial studies (industry, CRO, any for-profit companies)

☐

Granting / Sponsoring from (if any) (name of the governmental/foundation/company or other funding/sponsoring source): not.....

.....

4. TRANSLATIONS

Please indicate in which language(s) and for which country(ies) the **MLHF** is needed:

Language:	For use in the following country	Language:	For use in the following country	Language:	For use in the following country
Thai	Thailand				

Note: The MLHF translation(s) may not be available in the country required.

Please check availability and status of translations with MAPI Research Trust.

If not available in the language(s) required, a Linguistic Validation must be undergone.



MAPI Research Trust, on behalf of the University of Minnesota, copyright owner of the MLHF, grants "User" the right to use and reproduce the MLHF in the countries listed in section 4 subject to the following terms, conditions, and only upon signature of this agreement by the "User":

1. "User" s Obligations

1.1. License agreement with the University of Minnesota

Use of the Minnesota Living with Heart Failure questionnaire including any translations requires a written copyright license agreement with the University of Minnesota. A copy of this license agreement shall be provided to MAPI Research Trust by the User before being supplied with the needed translation(s).

1.2 No modification

"User" shall not modify, abridge, condense, adapt, recast or transform the MLHF in any manner or form, including but not limited to any minor or significant change in wordings or organization of the MLHF **without the prior written agreement of the University of Minnesota, copyright owner of the MLHF.**

1.3 No translation

"User" shall not translate MLHF without the prior written agreement of MAPI Research Trust (a Translation Agreement shall be completed).

1.4 No reproduction

"User" shall not reproduce the MLHF except for the limited purpose of generating sufficient copies for use in the clinical investigations stated hereunder and shall in no event distribute copies of the MLHF to third parties that are outside the scope of the defined study by sale, rental, lease, lending, or any others means.

1.5 Publication

In case of any kind of publication or presentation mentioning use of the MLHF, "User" shall:

- cite the main publication reference(s):

- Rector TS, Kubo SH, Cohn JN. Patients' Self-Assessment of Their Congestive Heart Failure: Content, Reliability and Validity of a New Measure, the Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire. *Heart Failure* 1987;3:198-209.
- Rector TS, Kubo SH, Cohn JN. Validity of the Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire as a Measure of Therapeutic Response to Enalapril or Placebo. *Am J Cardiol.* 1993;71:1106-1107

- mention the following information: "MLHF contact information and permission to use: MAPI Research Trust, Lyon, France. E-mail: contact@mapi-trust.org – Internet: www.mapi-trust.org"

- Insert the author's copyright.

2. Fees

2.1. Processing fees (MAPI Research Trust)

The use of the **MLHF in commercial studies involving "for-profit" organizations** is subject to a distribution fee payable to MAPI Research Trust, of an amount of 500 (five hundred) Euro per study plus an additional 200 (two hundred) Euro per language version requested.

The use of the **MLHF in funded academic research** is subject to a distribution fee payable to MAPI Research Trust, of an amount of 300 (three hundred) Euro per study plus an additional 50 (fifty) Euro per language version requested.

The use of the **MLHF in non funded academic research and clinical practice** is free of charge.



2.2. Invoicing

Upon execution of this Agreement, MAPI Research Trust shall promptly provide USER with a definitive invoice, and USER shall pay the invoice within thirty (30) days of the date indicated on the invoice.

3. Copyright

It is understood that the University of Minnesota retains the copyright of the MLHF and its translations. If, at any time during the term of this agreement, "User" learns of any infringement by a third party of any Intellectual Property Rights in connection with the MLHF "User" shall promptly notify MAPI Research Trust. MAPI Research Trust shall notify such infringement to the University of Minnesota who will decide whether to institute proceedings against the infringing party.

4. Confidentiality

All and any information related to the MLHF including but not limited to the following: information concerning clinical investigations, creations, systems, materials, software, data and know-how, translations, improvements ideas, specifications, documents, records, notebooks, drawings, and any repositories or representation of such information, whether oral or in writing or software stored, are herein referred to as confidential information.

In consideration of the disclosure of any such confidential information to the other, each party agrees to hold such confidential information in confidence and not divulge it, in whole or in part, to any third party except for the purpose specified in this agreement.

5. Questionnaire data

All data, results and reports obtained by, or prepared in connection with the MLHF shall remain the User's property.

6. Use of name

It is agreed that MAPI Research Trust shall not disclose, whether by the public press or otherwise, the name of "**User's Company name**", to any third party to this agreement except to the University of Minnesota, the copyright owner(s) of the MLHF.

7. Copy to the author

It is understood that a copy of this User Agreement may be provided to the University of Minnesota.

8. Liability

8.1 In case of breach of contract

In the event of total or partial breach by MAPI Research Trust of any of its obligations hereunder, MAPI Research Trust's liability shall be limited to the direct loss or damage (excluding loss of profit and operating losses) suffered by "User" as a result of such breach and shall not include any other damages and particular consequential damages.

8.2 In the scope of the use of the MLHF

Under no circumstances may the University of Minnesota or MAPI Research Trust be held liable for direct or consequential damage resulting from the use of the MLHF.

Neither MAPI Research Trust nor MAPI Institute may be held liable for the consequences resulting from the use of an original instrument and/or its translations not produced by MAPI Research Trust or MAPI Institute.

8.3 In the event of non-renewal of this Agreement

In the event of non-renewal of this Agreement by MAPI Research Trust for any cause or failure by MAPI Research Trust to conclude a new agreement with "User" upon the expiry of this Agreement, MAPI Research Trust will have no liability for payment of any damages and/or indemnity to "User"



9. Term and termination

This agreement shall be effective as the date of its signature by "User" and shall continue until the term of the study mentioned above in the section "Context of MLHF Use".

Either party may terminate this Agreement immediately upon providing written notice to the other party in the event of: (a) the other party's unexcused failure to fulfill any of its material obligations under this Agreement or (b) upon the insolvency or bankruptcy of, or the filing of a petition in bankruptcy or similar arrangement by the other party.

Upon expiration or termination of this Agreement MAPI Research Trust may retain in its possession confidential information it acquired from MLHF while under contract.

10. Assignment

This Agreement and any of the rights and obligations of "User" are specific to the "User" and cannot be assigned or transferred by "User" to any third party or by operation of law, except with the written consent of MAPI Research Trust notified to "User".

11. Separate Agreement

This Agreement holds for the above mentioned study only. The use of the MLHF in any additional study of the "User" will require a separate agreement.

12. Entire Agreement, Modification, Enforceability

The entire agreement hereto is contained herein and this Agreement cancels and supersedes all prior agreements, oral or written, between the parties hereto with the respect to the subject matter hereto.

This Agreement or any of its terms may not be changed or amended except by written document and the failure by either party hereto to enforce any or all of the provision(s) of this Agreement shall not be deemed a waiver or an amendment of the same and shall not prevent future enforcement thereof.

If any one or more of the provisions or clauses of this Agreement are adjudged by a court to be invalid or unenforceable, this shall in no way prejudice or affect the binding nature of this Agreement as a whole, or the validity or enforceability of each/and every other provision of this Agreement.

13. Governing law

This Agreement is made in and shall be governed by and interpreted in accordance with the substantive laws of France, without regard to conflicts of laws.

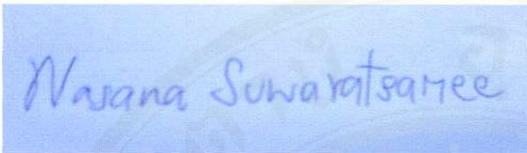
14. Forum

Any controversy arising under this Agreement if litigated, shall be adjudicated in the court of the competent jurisdiction in Lyon, France, notwithstanding the plurality of defendants or claim in warranty, even in the event of emergency procedures or protective procedures, and the parties hereby submit to the exclusive jurisdiction of such court.



IN WITNESS WHEREOF, the party hereto has caused this Agreement to be executed by its duly authorised representative as of the date first above written.

AGREED

User's Signature (handwritten):  Title: The degree of master of nursing science (Adult nursing) Company/Organisation: Faculty of Graduate studies, Mahidol University Date: 19/01/11 _____	Company/Organisation Stamp (if applicable):
---	--

ภาคผนวก ก

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เรื่อง ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง : กรุณาทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยทำเครื่องหมาย (/) หน้าข้อคำถามหรือเติม
คำตอบในช่องว่างที่ตรงกับข้อมูลตามความเป็นจริง มีข้อคำถามดังนี้

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. อายุ ปี (เศษอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน บัดเพิ่มเป็น 1 ปี)
3. ท่านนับถือศาสนา ☐ พุทธ ☐ อิสลาม
☐ คริสต์ ☐ อื่นๆ ระบุ.....
4. สถานภาพสมรส
☐ โสด
☐ คู่ (แต่งงานหรืออยู่ด้วยกันโดยไม่ได้แต่งงาน)
☐ หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่
5. ระดับการศึกษาสูงสุด
☐ ไม่ได้เรียนหนังสือ
☐ ระดับประถมศึกษา
☐ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น
☐ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย
☐ อนุปริญญา/ อาชีวศึกษา
☐ ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
☐ อื่นๆระบุ.....
6. อาชีพก่อนการเจ็บป่วย
☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ
☐ นักเรียน/ นักศึกษา
☐ รับจ้าง

- ☐ เกษตรกรรม
- ☐ รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ
- ☐ ธุรกิจ/ค้าขาย
- ☐ อื่นๆ ระบุ.....

อาชีพปัจจุบัน

- ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ
- ☐ นักเรียน/ นักศึกษา
- ☐ รับจ้าง
- ☐ เกษตรกรรม
- ☐ รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ
- ☐ ธุรกิจ/ค้าขาย
- ☐ อื่นๆ ระบุ.....

7. รายได้เฉลี่ย ต่อเดือน.....บาท

8. ความเพียงพอของรายได้

- ☐ เพียงพอทุกเดือน
- ☐ เพียงพอและมีเหลือเก็บ
- ☐ ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน
- ☐ ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน

9. สิทธิการรักษา

- | | |
|--|---|
| ☐ สิทธิข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ | ☐ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า |
| ☐ เสียค่ารักษาพยาบาลเอง | ☐ ประกันสังคม |
| ☐ ประกันสุขภาพเอกชน | ☐ อื่นๆ ระบุ..... |

10. ลักษณะการอยู่อาศัย

- ☐ อยู่คนเดียว
- ☐ อยู่กับครอบครัว(สามี/ภรรยา/บุตร/บิดา/มารดา)
- ☐ อยู่กับญาติ
- ☐ อยู่กับเพื่อน
- ☐ อื่นๆ ระบุ.....

ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (ส่วนนี้สำหรับผู้วิจัย)

11. โรคประจำตัว (การวินิจฉัยโรคตามเวชระเบียนประวัติผู้ป่วย)

.....

.....

.....

.....

.....

12. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย (นับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว).....ปี
.....เดือน

ใน 1 ปีที่ผ่านมาเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน
.....ครั้ง

13. ระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจ (New York Heart Association Functional Classification)

☐ Class II

☐ Class III

14. ยาที่ใช้ประจำ

.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการ

คำชี้แจง : ข้อความข้างล่างนี้เป็นอาการจำนวน 32 อาการ กรุณาพิจารณาทีละอาการ หากท่านมีอาการใดในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา กรุณาทำเครื่องหมาย (/) ตรงตัวเลขในช่องความบ่อย ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานจากอาการหรืออาการรบกวนท่านมากที่สุดที่กำหนดให้ครบทุกช่อง หากท่านไม่มีอาการใด กรุณาทำเพียงเครื่องหมาย(-) ในช่อง “ไม่มีอาการ” และไม่ต้องระบุคำตอบในช่องความบ่อย ความรุนแรง ความทุกข์ทรมานจากอาการหรืออาการรบกวน ทางขวามือ

: วิธีการประเมินความถี่ของอาการ ให้ท่านพิจารณา ดังนี้

น้อยมาก	หมายถึง	มีอาการเกิดขึ้นประมาณสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง
บางครั้ง	หมายถึง	มีอาการเกิดขึ้นระหว่าง 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์
บ่อยครั้ง	หมายถึง	มีอาการเกิดขึ้นทุกวันไม่เกินวันละ 1 ครั้ง
เกิดตลอด	หมายถึง	มีอาการเกิดขึ้นตลอดเวลา อาการยังคงมีอยู่ไม่เคยหายขาดเลย

ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา อาการดังกล่าวนี้หรือไม่	ไม่มี อาการ	ถ้ามี ท่านเกิด อาการบ่อย เพียงใด				ถ้ามี อาการมักมี ความรุนแรง เพียงใด				ถ้ามี อาการดังกล่าวทำ ให้ท่านทุกข์ ทรมานหรือ รบกวนท่านมาก เพียงใด				
		น้อยมาก	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เกิดตลอด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	ไม่เลย	เล็กน้อย	พอควร	ค่อนข้างมาก	มาก
1. ขาดสมาธิหรือมีความลำบาก ในการรวบรวมสมาธิ คิดช้า หลงลืม														
2. ปวดอื่นๆ (ระบุตำแหน่ง)														
3. อ่อนเพลียเปลี่ยน ไม่มีแรง														
4. ไอ														
5. รู้สึกกระวนกระวาย														
6. ปากแห้ง														
7. คลื่นไส้														
8. รู้สึกง่วงนอน เชื่องซึม														
9. ขาเจ็บแปลบปลายมือปลายเท้า														
10. นอนไม่หลับหรือหลับยาก														
11. รู้สึกอึดอัด อึดอัดเหมือนมีลม ในท้อง														
12. มีปัญหาเวลาขับปัสสาวะ/ถ่าย ปัสสาวะผิดปกติ														
13. อาเจียน														
14. หายใจไม่อิ่ม หายใจถี่														
15. ท้องเสีย														
16. รู้สึกเศร้าใจ														

ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา อาการดังข้างล่างนี้หรือไม่	ไม่มี อาการ	ถ้ามี ท่านเกิดอาการ บ่อยเพียงใด				ถ้ามี อาการมักมี ความรุนแรง เพียงใด				ถ้ามี อาการดังกล่าวทำ ให้ท่านทุกข์ทรมาน หรือรบกวนท่าน มากเพียงใด				
		น้อยมาก	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เกิดตลอด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	ไม่เคย	เล็กน้อย	พอควร	ค่อนข้างมาก	มาก
17. เหนื่อยออกผิดปกติ														
18. กังวล กลุ้มใจ														
19. มีปัญหาเกี่ยวกับความต้องการ ทางเพศหรือกิจกรรมทางเพศ														
20. คับตามร่างกาย														
21. ไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร														
22. เวียนศีรษะ / มึนศีรษะ														
23. ตื่นลุกขึ้นมาหอบตอน กลางคืน														
24. หงุดหงิด/โมโหง่าย														
25. เจ็บแน่นหน้าอก														
26. ลิ้นรับรสอาหารเปลี่ยนแปลง														
27. น้ำหนักลด														
28. ใจสั่น														
29. ท้องผูก														
30. บวมบริเวณแขน/ขา														
31. น้ำหนักเพิ่ม														
32. หายใจลำบากเมื่อนอนราบ														

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์วิธีการจัดการกับอาการโดยผู้ป่วย

คำชี้แจง : ให้อ่านแล้ววิธีการจัดการกับอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของท่านมากที่สุด 5 อาการ (โดยผู้วิจัยนำอาการมาเรียงตามลำดับที่ผู้ป่วยระบุในแบบประเมินอาการในมิติของความทุกข์ทรมานและรบกวนการดำเนินชีวิตของท่าน)

แนวคำถามในแต่ละข้อ

1. ท่านมีวิธีการจัดการกับอาการอย่างไรบ้าง โดยเป็นวิธีที่ท่านเคยปฏิบัติหรือปฏิบัติในปัจจุบัน
2. ถ้าหากท่านมีวิธีการจัดการกับอาการหลายวิธีให้เลือกวิธีที่ได้ผลดีมากที่สุด
3. ให้อ่านสรุปผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการแต่ละอาการว่าเป็นอย่างไร
4. ให้อ่านสรุปผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการโดยรวมว่าเป็นอย่างไร

อาการที่ 1.....

วิธีการจัดการ.....

.....

สรุปผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการ

☐ หาย

☐ ทุเลา

☐ ไม่หาย/คงเดิม

อาการที่ 2.....

วิธีการจัดการ.....

.....

สรุปผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการ

☐ หาย

☐ ทุเลา

☐ ไม่หาย/คงเดิม

อาการที่ 3.....

วิธีการจัดการ.....

.....

สรุปผลสัมฤทธิ์ของการจัดการกับอาการ

☐ หาย

☐ ทุเลา

☐ ไม่หาย/คงเดิม

อาการที่ 4.....

วิธีการจัดการ.....

.....

.....

สรุปผลสัมฤทธิ์ของการจัดการกับอาการ

☐ หาย

☐ ทุเลา

☐ ไม่หาย/คงเดิม

อาการที่ 5.....

วิธีการจัดการ.....

.....

.....

สรุปผลสัมฤทธิ์ของการจัดการกับอาการ

☐ หาย

☐ ทุเลา

☐ ไม่หาย/คงเดิม

.....

ให้ท่านสรุปผลสัมฤทธิ์ของการจัดการกับอาการโดยรวมว่าเป็นอย่างไร

☐ หาย

☐ ทุเลา

☐ ไม่หาย/คงเดิม

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะการทำหน้าที่ โดยใช้แบบสอบถามการใช้ชีวิตอยู่กับโรคหัวใจล้มเหลวของมินเนโซตา

คำถามต่อไปนี้ต้องการถามว่าโรคหัวใจล้มเหลว (สภาวะการทำงานของหัวใจ) มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของท่านในช่วงหนึ่งเดือน (4 สัปดาห์) ที่ผ่านมามากน้อยเพียงใด หลังคำถามแต่ละข้อ ให้วงกลมรอบตัวเลข 0 1 2 3 4 หรือ 5 เพียงตัวเลขเดียว เพื่อแสดงว่าการดำเนินชีวิตของท่านได้รับผลกระทบมากน้อยเพียงใด หากคำถามใดไม่เกี่ยวข้องกับท่านให้วงกลมรอบตัวเลข 0 หลังคำถามนั้น : วิธีการประเมินภาวะการทำหน้าที่ ให้ท่านพิจารณา ดังนี้

ไม่มีเลย	หมายถึง ไม่มีอาการเกิดขึ้นเลย
มีน้อยมาก	หมายถึง มีอาการเกิดขึ้น 1 - 2 ครั้งต่อเดือน
มีเล็กน้อย	หมายถึง มีอาการเกิดขึ้น 2 - 5 ครั้งต่อเดือน
มีปานกลาง	หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นมากกว่า 2 ครั้ง ถึง 3 ครั้งต่อสัปดาห์
มีมาก	หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นมากกว่า 4 ครั้ง ถึง 6 ครั้งต่อสัปดาห์
มีมากที่สุด	หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นทุกวัน

โรคหัวใจล้มเหลวของท่านทำให้ท่านไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามที่ท่านต้องการในช่วงหนึ่งเดือน (4 สัปดาห์) ที่ผ่านมาโดยทำให้	ไม่มีเลย	มีน้อยมาก	มีเล็กน้อย	มีปานกลาง	มีมาก	มีมากที่สุด
1. ข้อเท้าหรือขาทั้ง 2 ข้างของท่านบวมขึ้น	0	1	2	3	4	5
2. ท่านต้องนั่งหรือนอนพักในระหว่างวัน	0	1	2	3	4	5
3. การเดินไปมาหรือเดินขึ้นบันไดของท่านเป็นไปได้ยาก	0	1	2	3	4	5
4. การทำงานบ้านหรืองานในสวนของท่านเป็นไปได้ยาก	0	1	2	3	4	5
5. การออกจากบ้านไปไหนมาไหนของท่านเป็นไปได้ยาก	0	1	2	3	4	5
6. การนอนหลับสนิทของท่านในตอนกลางคืนเป็นไปได้ยาก	0	1	2	3	4	5
7. การสร้างความสัมพันธ์หรือการทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนฝูงหรือครอบครัวของท่านเป็นไปได้ยาก	0	1	2	3	4	5
8. การทำงานหาเลี้ยงชีพของท่านเป็นไปได้ยาก	0	1	2	3	4	5

โรคหัวใจล้มเหลวของท่านทำให้ท่านไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามที่ท่านต้องการในช่วงหนึ่งเดือน (4 สัปดาห์) ที่ผ่านมาโดยทำให้		ไม่มีเลย	มีน้อยมาก	มีเล็กน้อย	มีปานกลาง	มีมาก	มีมากที่สุด
9.	การพักผ่อนยามว่าง การออกกำลังกาย หรือการทำงานอดิเรกของท่านเป็นไปได้ยาก	0	1	2	3	4	5
10.	การมีกิจกรรมทางเพศของท่านเป็นไปได้ยาก	0	1	2	3	4	5
11.	ท่านรับประทานอาหารที่ท่านชอบได้น้อยลง	0	1	2	3	4	5
12.	ท่านมีอาการหายใจลำบาก	0	1	2	3	4	5
13.	ท่านเหนื่อย ล้าหรือไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3	4	5
14.	ท่านต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล	0	1	2	3	4	5
15.	ท่านต้องเสียเงินในการรักษาพยาบาล	0	1	2	3	4	5
16.	ท่านได้รับผลข้างเคียงจากการรักษาหรือการใช้ยา	0	1	2	3	4	5
17.	ท่านรู้สึกว่าเป็นภาระต่อครอบครัวหรือเพื่อนฝูง	0	1	2	3	4	5
18.	ท่านรู้สึกว่าสูญเสียความสามารถในการควบคุมอารมณ์ของตนเอง	0	1	2	3	4	5
19.	ท่านรู้สึกกังวล	0	1	2	3	4	5
20.	ท่านมีสมาธิหรือจดจำสิ่งต่าง ๆ ได้ยาก	0	1	2	3	4	5
21.	ท่านรู้สึกซึมเศร้า	0	1	2	3	4	5

ภาคผนวก ง
คำชี้แจงพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Participant Information Sheet)

เอกสารหมายเลข 3ก

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ข้อมูลอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย นางสาววาสนา สุวรรณศรี

สถานที่วิจัย โรงพยาบาลศิริราช 3 หน่วยงานคือ ตึกผู้ป่วยนอกหน่วยตรวจโรคหัวใจ ตึกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจ และหน่วยตรวจพิเศษหัวใจและหลอดเลือด ชั้น 6 อาคารศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ

สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์ของหัวหน้าโครงการวิจัยที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ 63/1 หมู่ 12 ต.หนองโพธิ์ อ.หนองหญ้าไซ จ.สุพรรณบุรี 72240 โทรศัพท์ 08-4209-7062

ผู้สนับสนุนทุนวิจัย ไม่มี

ระยะเวลาในการวิจัย ระหว่างวันที่ 6 มิถุนายน 2554 ถึง 30 ธันวาคม 2554

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว ผลกระทบของอาการที่เกิดขึ้น และการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย ท่านอาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาที่ได้ครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการนำมาใช้ในการวางแผนการพยาบาลในการจัดการกับอาการในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อลดความรุนแรงของโรค และความรู้สึกรู้สึกทรมานที่อาจเกิดขึ้น และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีของตนเองที่เหมาะสม เพื่อส่งผลให้การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวดีขึ้นต่อไปในอนาคต

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะ ท่านได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นภาวะหัวใจล้มเหลวมาไม่น้อยกว่า 4 สัปดาห์ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้บ้างพอควร และสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว ผลกระทบของอาการที่เกิดขึ้น และการดำเนินชีวิตประจำวันที่ผ่านมา



โดยจะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ทั้งสิ้น จำนวน 88 ราย

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ

1. ท่านจะได้รับแบบสอบถามจำนวน 4 ชุด รวมทั้งหมด 73 ข้อ โดยผู้วิจัยจะอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้เป็นที่เข้าใจ แล้วจึงให้ท่านตอบแบบสอบถามโดยไม่จำกัดเวลา ซึ่งคาดว่าจะใช้เวลาประมาณ 40 – 45 นาทีในการตอบแบบสอบถาม รายละเอียดของแบบสอบถาม มีดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามรวม 14 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน โดยส่วนแรกประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของท่าน เกี่ยวกับ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย ความพึงพอใจของรายได้ สิทธิการรักษา ลักษณะการอยู่อาศัย ซึ่งท่านตอบด้วยตนเอง ส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย ได้แก่ โรคประจำตัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับความสามารถในการทำงานของหัวใจ และยาที่ท่านใช้ประจำ ข้อมูลส่วนนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติของท่าน

ชุดที่ 2 แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการ ประกอบด้วยคำถามรวม 32 ข้อ เกี่ยวกับอาการต่างๆ ของภาวะหัวใจล้มเหลวที่เกิดขึ้นกับท่าน ทั้งในด้านความถี่ของอาการ ระดับความรุนแรงของอาการ และผลกระทบของอาการต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของท่าน

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์วิธีการจัดการกับอาการโดยผู้ป่วย ประกอบด้วยคำถามรวม 6 ข้อ เกี่ยวกับวิธีการจัดการกับอาการที่ท่านนำมาใช้ เพื่อบรรเทาอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของท่านมากที่สุด 5 อันดับแรก รวมทั้งผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการแต่ละอาการที่เกิดขึ้น และผลลัพธ์โดยรวมของการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นทั้งหมด

ชุดที่ 4 แบบประเมินภาวะการทำหน้าที่ ประกอบด้วยคำถามรวม 21 ข้อ เกี่ยวกับผลกระทบของอาการที่เกิดขึ้นกับท่าน ทั้งในด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านเศรษฐกิจและสังคม

2. ในระหว่างที่ท่านตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะอยู่ในบริเวณที่ท่านสามารถซักถามข้อสงสัยหรือสิ่งที่ไม่เข้าใจได้

3. เมื่อผู้วิจัยรับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยจะตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบ ถ้าพบว่าคำตอบใดขาดหายไป เนื่องจากความไม่ชัดเจน หรือมีข้อสงสัยในการตอบ ผู้วิจัยจะขออธิบายหรือชี้แจงข้อสงสัยต่อท่านเพิ่มเติม และหากท่านยินดีตอบเพิ่มเติม ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามชุดเดิมให้ท่านตอบจนครบ

ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัยไม่มีความเสี่ยงหรืออันตรายที่ร้ายแรง แต่หากในระหว่างที่ตอบแบบสอบถามท่านมีอาการเปลี่ยนแปลง เช่น รู้สึกอึดอัด เหนื่อย อ่อนล้า หรือเครียด ผู้วิจัยจะยุติการสัมภาษณ์ทันที และให้ท่านนั่งพัก หากพักแล้วไม่ดีขึ้น ผู้วิจัยจะประสานงานขอความช่วยเหลือจากแพทย์ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยโรคหัวใจที่เกี่ยวข้องทันที เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป



หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐานคือ ท่านจะยังได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ และการดูแลช่วยเหลือจากพยาบาลในหน่วยตรวจที่ท่านมารับการตรวจรักษา ตามมาตรฐานการดูแลของโรงพยาบาลศิริราชตามปกติ

หากมีข้อสงสัยที่จะสอบถามเกี่ยวข้องกับการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย ท่านสามารถติดต่อ นางสาววาสนา สุวรรณรัมย์ เบอร์โทรศัพท์ 08-4209-7062

ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะต้องรับผิดชอบเอง ไม่มี

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วและไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย จะถูกเก็บรักษาไว้โดยไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวมโดยไม่สามารถระบุข้อมูลรายบุคคลได้ ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ รวมถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เป็นต้น

ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับตามมาตรฐานแต่ประการใด

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนทราบได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ดิโกดูลยเดชวิกรม ชั้น 6 ร.พ.ศิริราช โทร. (02) 419-6405-6 โทรสาร (02) 419-6405

ลงชื่อ..... ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย / วันที่.....
(.....)



รับรองโดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
รหัสโครงการ 20818554 (ec11)
วันที่รับรอง 20 ส.ย. 2554

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
(Informed Consent Form)

เอกสารหมายเลข 3ท

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปี
อาศัยอยู่บ้านเลขที่..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง "ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว"

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัย และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ นางสาววาสนา สุวรรณรัตน์

63/1 หมู่ 12 ต.หนองโพธิ์ อ.หนองหญ้าไซ จ.สุพรรณบุรี 72240 โทรศัพท์ 08-4209-7062

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ตึกอตุลยเดชวิกรม ชั้น 6 ร.พ.ศิริราช โทร. (02) 419-6405-6 โทรสาร (02) 419-6405

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิ์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้าหรือระบุเหตุผล โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้



รับรองโดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
รหัสโครงการ.....
วันที่รับรอง..... 20 ส.ย. 2554

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

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



ภาคผนวก จ

การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน



คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
สำนักงานรองคณบดีฝ่ายวิจัย
บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700
โทร. 0 2419 9407-9

ที่ ศธ 0517.07/ **11771**

วันที่ 1 กรกฎาคม 2554

เรื่อง ยินดีให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

อ้างถึง หนังสือ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ที่ ศธ 0517.05/00913 ลงวันที่ 8 เมษายน 2554

ตามที่ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ขอความ
อนุเคราะห์ให้ นางสาววาสนา สุวรรณรัมย์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล
ผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เข้าเก็บข้อมูลด้วยวิธีการตอบแบบสอบถามกับผู้ป่วยที่มารักษาที่
โรงพยาบาลศิริราช 3 หน่วยงาน คือ ตึกผู้ป่วยนอก หน่วยตรวจโรคหัวใจ, ตึกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ และ
หน่วยตรวจพิเศษหัวใจและหลอดเลือด อาคารศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ชั้น 6 โรงพยาบาลศิริราช
อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 88 ราย เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสบการณ์การมีอาการ
การจัดการกับอาการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว” ความละเอียดดังแจ้งแล้วนั้น

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล พิจารณาแล้วยินยอมให้ นางสาววาสนา
สุวรรณรัมย์ เก็บข้อมูลได้ตามที่ขอความอนุเคราะห์มา ทั้งนี้ได้ผ่านการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เมื่อวันที่ 20 มิถุนายน 2554

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อนุพันธ์ ดันติวงศ์)

รองคณบดี ปฏิบัติงานแทน

คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล



สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
รองคณบดีฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
ตึกอศุขเวชวิศกรรม ชั้น 6 โทร.02-4196405-6

003137

ที่ ศธ 0517.071/วจ/EC

วันที่ 27 มิ.ย. 2554

เรื่อง ขอส่งเอกสารรับรองและเอกสารที่เกี่ยวข้องสำหรับโครงการวิจัย

เรียน นางสาววาสนา สุวรรณศรีศรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย : แนวทางการปฏิบัติ 11 ข้อ สำหรับโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรองแล้ว

ในนามของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ขอแสดงความยินดีที่โครงการวิจัยของท่าน เรื่อง “ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว” รหัสโครงการ 298/2554(EC1) ได้รับการรับรอง จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว เมื่อวันที่ 20 มิถุนายน 2554 ดิฉันจึงขอส่งเอกสารรับรอง (Certificate of Approval หรือ COA) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และเอกสารแนบอื่นๆ ดังเอกสารแนบ มายังท่าน

พร้อมกันนี้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ส่งแนวทางการปฏิบัติสำหรับโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรองแล้ว 11 ข้อ ซึ่งหัวหน้าโครงการวิจัยจะต้องปฏิบัติและดูแลให้ผู้วิจัยร่วมหรือผู้ช่วยผู้วิจัยทุกท่านปฏิบัติตามด้วย ตามเอกสารที่ส่งมาด้วย (สืชมพ)

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ขออำนวยการให้ท่านประสบความสำเร็จในการดำเนินการวิจัย สมความมุ่งหมายเพื่อความก้าวหน้าทางวิชาการ และเพื่อประโยชน์ของมนุษยชาติต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงจารุพิมพ์ สูงสว่าง)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

รณก/พิมพ์

ผู้กำกับ/ตรวจทาน

ศุภกานต์/ตรวจสอบ

2 ถนนพหลโยธิน แขวงจตุจักร
กรุงเทพฯ 10700



โทร (662) 4196405-6
โทรสาร (662) 4196405

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
เอกสารรับรองโครงการวิจัย

หมายเลข Si 337/2011

ชื่อโครงการภาษาไทย : ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

รหัสโครงการ : 298/2554(EC1)

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางสาววาสนา สุวรรณรัมย์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานที่ทำวิจัย : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบเสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
2. โครงร่างการวิจัย
3. เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย
4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
5. แบบสอบถาม
6. ประวัติผู้วิจัย

วันที่รับรอง : 20 มิถุนายน 2554

วันหมดอายุ : 19 มิถุนายน 2555

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

ลงนาม
(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงจุฑามาศ สุวงศ์)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

21 มิถุนายน 2554
วันที่

ลงนาม
(ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์ธีรวัฒน์ ฤกษ์นันทน์)
คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

24 ส.ย. 2554
วันที่



สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย สาขาคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
อาคารรักษาสีแฉล้ม ชั้น ๓ เลขที่ ๒ ถนนพราวานก
เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐
โทร.๐-๒๔๑๑-๒๐๐๒ โทรสาร ๐-๒๔๑๙-๙๔๘๔

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒ (ศร)/ ๐๙๑๙

วันที่ ๒๖ เมษายน ๒๕๕๔

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาได้มาเก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช

ด้วย นางสาววาสนา สุวรรณรัตน์ นักศึกษบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล หลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการ กับอาการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว” อยู่ในความควบคุมของ ผศ.ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ นักศึกษามีความประสงค์จะเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อายุตั้งแต่ ๑๘ ปีขึ้นไป ที่มารับการรักษา ณ ตึกผู้ป่วยนอก หน่วยตรวจโรคหัวใจ, คลินิกโรคหัวใจ และหน่วยตรวจพิเศษหัวใจและหลอดเลือด ชั้น ๖ อาคารศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช โดยใช้วิธีวิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยตนเอง ตั้งแต่วันที่ ๖ มิถุนายน ๒๕๕๔ ถึงวันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๕๔

บัณฑิตวิทยาลัย จึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านโปรดอนุเคราะห์ให้นักศึกษาได้เก็บข้อมูล เพื่อประกอบการ ทำวิทยานิพนธ์ตามที่เห็นสมควรด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร. พญ.พัชรีย์ เลิศฤทธิ์
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติงานแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร. พญ.พัชรีย์ เลิศฤทธิ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติงานแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

รศ.ม.สุรินทร์ รณทัตติ
ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศิริราช

28 เม.ย. 2554

เอกสารนี้ส่งให้ รศ.คณบดีฝ่ายวิจัย

ติดต่ออาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ผศ.ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล

โทรศัพท์ ๐๘๔-๑๒๓-๗๓๓๖

โทรสาร ๐๘๔-๑๐๙๗๐๒

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล	นางสาววาสนา สุวรรณรัมย์
วัน เดือน ปีเกิด	29 เมษายน พ.ศ. 2520
สถานที่เกิด	จังหวัดสุพรรณบุรี ประเทศไทย
วุฒิการศึกษา	มหาวิทยาลัยสยาม พ.ศ. 2539 - 2543 พยาบาลศาสตรบัณฑิต
ที่อยู่ปัจจุบัน	63/1 หมู่ 12 ต.หนองโพธิ์ อำเภอหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี 72240 โทรศัพท์ 035-465077, 08-4209-7062 E-mail: wasana1261@hotmail.com
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและสถานที่ทำงาน	-