



บทความวิจัย

อิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความ แตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

The influence of uncertainty in illness, health literacy, and social
support on quality of life of patients with heart failure*

วนิดา หาจักร, พยม. (Wanida Hachuk, MNS)**

ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, DNS. (Doungrut Wattanakitkrileat, DNS)***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงความสัมพันธ์พหุภาคย์

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี ที่มาติดตามรับการรักษา ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 85 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับชุมชน แบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แบบวัดการช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ และแบบสอบถามวิถีชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและวิเคราะห์ความเที่ยงแล้ว มีค่าความเที่ยงมากกว่า 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยแบบเข้าพร้อมกัน

ผลการวิจัย:

1. ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 54.1
2. ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความแตกฉานด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอร้อยละ 47.1

* วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

*** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์



3. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพียงตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .651, p < .001$)

4. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 46.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .468, p < .001$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: การศึกษาครั้งนี้พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้สูง จึงควรนำผลการวิจัยที่ได้มาพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย และมีการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะหัวใจล้มเหลว / คุณภาพชีวิต / ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

Abstract

Purpose: The purpose of this predictive correlational research was to study quality of life of patients with heart failure and to examine the predictability of factors: uncertainty in illness, health literacy and social support in regards to how they affect quality of life.

Design: Correlational predictive research

Methods: The samples which included 85 patients with heart failure who were of age greater than or equal to 18 years old and who received follow up at the Heart Clinic of Sappasittiprasong Hospital in the province of Ubonratchathani. Instruments used for data collection were the demographic data, the Mishel Uncertainty in Illness Scale: Community Version, Test of Functional Health Literacy for Patients with Heart Failure, the Multidimensional Scale of Perceived Social Support and the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. All questionnaires were tested for content validity by panel of experts and the reliabilities were greater than .80. Descriptive statistics included Pearson product's moment correlation coefficient and multiple regression analysis.

Major finding:

1. Patients with heart failure had a moderate quality of life at 54.1 percent.
2. Patients with heart failure had inadequate health literacy at 47.1 percent.
3. Only uncertainty in illness significantly predicted quality of life with statistical significance at 0.001 ($\beta = .651$).
4. Uncertainty in illness, health literacy and social support of patients with heart failure explained 46.8 percent of the variance in quality of life at approximately 46.8 percent ($R^2 = .468, p < .001$).



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

Keywords: Heart failure/ Quality of life/ Uncertainty in illness

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศ ในประเทศไทยพบว่าในปี พ.ศ. 2552 และ พ.ศ. 2553 มีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คิดเป็นอัตราส่วน 224.94 และ 231.07 ต่อประชากร 100,000 คน (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2553) และสถิติผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ในปี พ.ศ. 2553 และ พ.ศ. 2554 มีจำนวน 1,411 และ 1,546 ราย ตามลำดับ (งานเวชสถิติ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์, 2554) ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างหรือพยาธิสภาพของหัวใจที่ทำให้หัวใจต้องทำงานหนัก เกิดขึ้นอย่างถาวร และเรื้อรัง มีอาการเหนื่อยหอบหายใจลำบาก ทั้งระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง บวม นอนราบไม่ได้ ส่งผลให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติและต้องจำกัดกิจกรรม จากการศึกษาของ Krethong, Jirapaet, Jitpanya, และ Sloan (2008) พบว่า อาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวทำให้มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมและการรับรู้ภาวะสุขภาพร้อยละ 69 อาการที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยสูญเสียบทบาทส่วนตัว ครอบครัว สังคม และการงาน เกิดความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ เกิดภาวะเครียด วิดกกังวลและซึมเศร้า (Rector, 2005) ส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพ

ชีวิตเลวลง ผลลัพธ์ที่เกิดจากคุณภาพชีวิตที่เลวลง มีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตและการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (O'Loughlin et al., 2010)

ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต้องเผชิญทั้งระยะอาการสงบและอาการกำเริบ ไม่สามารถคาดเดาหรือทำนายได้ว่าอาการหอบเหนื่อยจะเกิดขึ้นเมื่อใด มีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด จะสามารถควบคุมอาการนั้นได้หรือไม่ เกิดความสับสนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา เป็นผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน (uncertainty) ซึ่งเกิดได้ทุกระยะของภาวะหัวใจล้มเหลว (Winters, 1999) เมื่อผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดขึ้นจะประเมินความรู้สึกนั้นว่าเป็นอันตรายหรือโอกาสต่อตนเอง และจะใช้วิธีการเผชิญกับความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยหรือปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อจัดการกับความไม่แน่นอนนี้ หากผู้ป่วยใช้วิธีการเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้มีการปรับตัวไม่เหมาะสม และมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Mishel & Clayton, 2003) จากการศึกษาของ Klein, Turvey, และ Pies (2007) ศึกษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีการปรับตัวไม่เหมาะสมมีผลทำให้คุณภาพชีวิตเลวลง

ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นภาวะที่เกิดขึ้นเรื้อรัง การได้รับการรักษาที่เฉพาะเจาะจงและต่อเนื่องไม่เพียงพอที่จะควบคุมโรคได้ ผู้ป่วยจะต้องมีพฤติกรรม



การดูแลตนเองที่เหมาะสม (Kanoksilp, Hengrussamee, & Wuthiwaropas, 2009) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ดูแลตนเองไม่เหมาะสมเกิดจากความแตกฉานด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ (Chen, Yehle, Plake, Murawski, & Mason, 2011) ความแตกฉานด้านสุขภาพ หมายถึงความสามารถในการเข้าใจในข้อมูลที่ได้รับจากบุคลากรด้านสุขภาพหรือสื่อที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเข้าถึงข้อมูล นอกเหนือจากความสามารถในการอ่านและคำนวณตัวเลขเพื่อช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพอย่างเหมาะสม และสามารถนำไปใช้ในสถานการณ์ประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Speros, 2005) ผู้ป่วยที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเผชิญปัญหา ไม่สามารถประเมินสถานการณ์ที่ถูกต้อง ทำให้มีการปรับตัวไม่เหมาะสม จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอ จะมีสมรรถนะในการดูแลตนเองลดลง และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 17 (Macabasco-O'Connell et al., 2011) สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังรวมทั้งผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่าความแตกฉานด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับอัตราการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล (Baker, Parker, Williams, & Clark, 1998) และผู้สูงอายุที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพเพียงพอถึง 1.5 เท่า (Baker, Wolf, Feinglass, & Thompson, 2008)

การได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆระหว่างบุคคลได้รับการดูแลเอาใจใส่ ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน และการให้ความรู้ในการดูแลตนเอง ตลอดจนการติดตามเยี่ยมจากบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในความเจ็บป่วยและการรักษาของตนเองเพิ่มขึ้น (Gaulden & Glotzer, 2005) มีความ

คลุมเครือจากการเจ็บป่วยและการรักษาลดลง ผู้ป่วยสามารถคาดเดาภาวะความเจ็บป่วยและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้ เกิดกำลังใจ และมั่นใจในการดูแลตนเอง (Mishel, 1988) ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทุกระดับความรุนแรงเมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและลดอัตราการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล (เยาวภา บุญเที่ยง, 2545) และจากการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่า การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำกิจกรรม และอายุ สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 36 (Heo, Moser, Chung, & Lennie, 2010)

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



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

สมมติฐานการวิจัย

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้

กรอบแนวคิดของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เพื่อศึกษาอิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ดังนี้

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดจากไม่สามารถทำนายได้ว่าอาการเหนื่อยหอบหายใจลำบาก จะกำเริบเมื่อใด เกิดในสถานการณ์ใด จะมีความรุนแรงและระยะเวลาอย่างน้อยเพียงใด และการปรับเปลี่ยนการรักษาเมื่อความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น ความไม่ชัดเจนของข้อมูลที่ได้รับ ทำให้รู้สึกชีวิตมีความไม่แน่นอนจากการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ใส่เครื่องช็อกไฟฟ้า ติดตามเป็นระยะเวลา 6.9 ปี พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 44 (Flemme et al., 2005)

ความแตกฉานด้านสุขภาพเป็นความสามารถในการรู้คิดและเข้าใจในข้อมูลที่ได้รับ สามารถนำความรู้มาปรับใช้และช่วยตัดสินใจในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอมีโอกาสเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นและทำให้คุณภาพชีวิตเลวลง (Evangelista et al., 2010)

การสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนและบุคคลใกล้ชิด ช่วยสนับสนุนในการให้ความรัก ความใส่ใจ การให้ข้อมูลในการดูแลตนเอง รวมทั้งการให้ความหมายต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจภาวะความเจ็บป่วยและการรักษามากขึ้นทำให้เกิดความคลุมเครือจากการเจ็บป่วย และการรักษาลดลง การศึกษาของ Krethong, Jirapaet, Jitpanya, and Sloan (2008) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมที่ดีส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วิธีการดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงความสัมพันธ์ พยากรณ์ (Correlational predictive research) ประชากรเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มาติดตามรับการรักษา ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตั้งแต่อายุ 18 ปีขึ้นไป ระดับความรุนแรง NYHA class II, III สื่อสารและอ่านภาษาไทยได้ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวมาไม่ต่ำกว่า 6 เดือน เคยได้รับข้อมูลความรู้จากคลินิกโรคหัวใจ โดยเก็บข้อมูลในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2554 คำนวณกลุ่มตัวอย่างจาก power analysis (Polit & Beck, 2008) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (moderate effect size) .13 และอำนาจการทำนาย (power of the test) .8 ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 77 ราย เพื่อป้องกันแบบสอบถามที่ได้รับตอบไม่สมบูรณ์และไม่ครบถ้วนจึงได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 85 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามและแบบประเมิน จำนวนทั้งหมด 5 ส่วน ได้แก่



ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติความเจ็บป่วยของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ข้อมูลส่วนบุคคลแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือข้อมูลทั่วไป ส่วนของผู้ป่วย ประกอบด้วยอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลักและอาชีพเสริม รายได้ ความเพียงพอของรายได้ บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย และข้อมูลประวัติความเจ็บป่วยบันทึกโดยผู้วิจัย รวบรวมจากเวชระเบียนและสัมภาษณ์ผู้ป่วยประกอบด้วย ระดับความรุนแรง จำนวนครั้งที่ได้รับข้อมูล การดูแลตนเองและแหล่งข้อมูลที่ได้รับ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว สาเหตุของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว โรคประจำตัวอื่นๆ หัตถการที่ผู้ป่วยได้รับ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับชุมชน (Mishel Uncertainty in Illness Scale: Community Version: MUIS-C) (Mishel, 1988) ใช้ของสมจิต หนูเจริญกุล บุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์ และทิพาพร วงศ์หงษ์กุล (2534) ที่แปลจากแบบสอบถามของ Mishel (1988) ประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 23 ข้อคำถามแบ่งเป็นองค์ประกอบ 4 ด้านคือ ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล การได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลง ด้านการไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษาและผลการรักษา คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 23-115 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมดสูง หมายถึง มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูงโดยระดับคะแนนต่ำ คือ 35-53 คะแนน ระดับปานกลาง คือ 54-72 คะแนน ระดับสูง คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 73 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เน้นการวัดความสามารถในการอ่านและเข้าใจ โดยผู้วิจัยได้

ศึกษาและสร้างจากแนวคิดของ Parker, Baker, Williams, and Nurss (1995) ลักษณะแบบประเมินให้ผู้ถูกประเมินอ่านข้อความที่ปรากฏในกล่องสี่เหลี่ยมแล้วตอบคำถามตามความเข้าใจ โดยให้ตัวเลือก 3 ตัวเลือก จำนวน 22 ข้อคำถาม หากตอบตรงกับคำตอบที่กำหนดไว้ให้ 1 คะแนน ตอบไม่ได้หรือไม่ตรงกับคำตอบที่กำหนดไว้ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมเท่ากับ 22 คะแนน โดยระดับความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอ 0-12 คะแนน ความแตกฉานด้านสุขภาพก้ำกึ่ง 13-16 คะแนน ความแตกฉานด้านสุขภาพเพียงพอ 17-22 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988) ใช้ของ Boonyamalik (2005) ที่แปลแบบสอบถามวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุเป็นภาษาไทย โดยการแปลย้อนกลับ ซึ่งเนื้อหาของแบบสอบถามชุดนี้มีความใกล้เคียงกับต้นฉบับภาษาอังกฤษมากที่สุด ใช้วัดความช่วยเหลือทางสังคมจาก ครอบครัว เพื่อน และบุคคลใกล้ชิด จำนวน 12 ข้อคำถาม คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 12-84 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมดสูง หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง โดยระดับต่ำ คือ 30-45 คะแนน ระดับปานกลาง คือ 46-61 คะแนน ระดับสูง คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 62 คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามวิถีชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaires: LHFQ) (Rector, Kubo, & Cohn, 1987) ใช้ของ กฤติกา ชูณรงค์ (2547) ที่ได้ทำการแปลและแปลย้อนกลับ เป็นการวัดการรับรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อการดำเนินชีวิตในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 21 ข้อคำถาม ประกอบด้วย 3 ด้านคือ ผลกระทบด้านร่างกาย ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ และผลกระทบด้านจิตใจ คะแนน



รวมมีค่าระหว่าง 0-105 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมดสูง หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ โดยระดับต่ำคือ 65-105 คะแนน ระดับปานกลาง คือ 42-64 คะแนน ระดับสูง คือน้อยกว่าหรือเท่ากับ 41 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 และ 0.91 ตามลำดับ

การหาความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับชุมชนแบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบสอบถามวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติและแบบสอบถามวิถีชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ทดสอบกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มาติดตามรับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 30 ราย เพื่อนำมาหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .89, .79, .87, .88 ตามลำดับ และเมื่อนำแบบสอบถามมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 85 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85, .76, .82, .86 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การทำวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล (MU-IRB (NS) 2011/98.1207) และคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ (เลขที่ 029/2554) ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อโครงการผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล และ

คณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ผู้วิจัยประสานงานกับโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ณ คลินิกโรคหัวใจ โดยทำการคัดกรองผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ ประชาสัมพันธ์โดยการบอกกล่าวให้ผู้ป่วยทราบถึงโครงการวิจัยและคุณสมบัติของผู้ป่วยที่จะเข้าโครงการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง โดยจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 45-60 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และการวิเคราะห์ถดถอยแบบเข้าพร้อมกัน (Enter multiple regression)

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 58.8 อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 47.1 (S.D. = 13.94) สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 71.8 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 69.4 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 50.6 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 70.6 กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายร้อยละ 30.6 และร้อยละ 45.9 อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร ระยะเวลากการเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว ระหว่าง 1-5 ปีร้อยละ 45.9 กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีระดับความรุนแรง NYHA class II ร้อยละ 68.2 และ NYHA class III ร้อยละ 31.8 สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดจากโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 48.2 รองลงมาเป็นโรคลิ้นหัวใจผิดปกติร้อยละ 31.8 กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 20.2 โรคเบาหวานร้อยละ 18.1 เคยทำหัตถ-



การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ เช่น pacemaker หรือ AICD ร้อยละ 5.9 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60 เคยได้ ได้รับความรู้และคำแนะนำในการดูแลตนเองจากคลินิก โรคหัวใจ จำนวน 1-5 ครั้ง ร้อยละ 51.8 เคยได้รับ ข้อมูลทั้งจากแพทย์และพยาบาล กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 83.5 ไม่เคยได้รับข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแล ตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจากแหล่งข้อมูลอื่น

2. กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปาน กลางร้อยละ 54.1 ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย อยู่ในระดับสูงร้อยละ 61.2 มีความแตกฉานด้าน สุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอร้อยละ 47.1 และได้ รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.2

3. เนื่องจากจากคะแนนของคุณภาพชีวิตมี

ลักษณะผกผันจากคะแนนของตัวแปรอื่นๆ กล่าวคือ คะแนนคุณภาพชีวิตต่ำ หมายถึง มีคุณภาพชีวิตอยู่ใน ระดับสูง เมื่อคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความ สัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจ ล้มเหลว ($r = .677, p < .01$) หมายถึงเมื่อผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลวมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความ เจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้นจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตเลวลง ส่วนความแตกฉานด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบ กับคุณภาพชีวิต ($r = -.302, p < .01$) หมายถึงผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพไม่ เพียงพอจะทำให้มีคุณภาพชีวิตลดลง ส่วนการ สนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพ ชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ($r = -.079, p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

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

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

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุในขั้นตอนเดียว (Enter multiple regression) ของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ($n=85$)

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

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

R = .684, R² = .468, R²adj = .449, F = 23.799, p -value = .000



4. เมื่อวิเคราะห์อำนาจการทำนายของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพียงตัวแปรเดียวสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($\beta = .651$) และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 46.8 ($R^2 = .468$, $p < .001$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

การอภิปรายผล

จากการศึกษาวิจัยพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 46.8 ซึ่งพบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพียงตัวแปรเดียวสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ ($\beta = 0.651$, $p < .001$) ในการศึกษาครั้งนี้คะแนนคุณภาพชีวิตมีลักษณะผกผัน กล่าวคือ ค่าคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำ หมายถึงคุณภาพชีวิตดี จึงพบว่าเมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตเลวลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Flemme และคณะ (2005) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจใส่เครื่องช็อกไฟฟ้าหัวใจ (implantable cardioverter defibrillator) มีระดับความรุนแรง NYHA class II ติดตามเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 6.9 ปี พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 44 ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูงร้อยละ 61.2 การดำเนินของภาวะหัวใจล้มเหลวมีทั้งระยะอาการคงที่และอาการกำเริบ บางครั้งไม่สามารถทำนายได้ว่าอาการที่เกิดจากภาวะหัวใจล้มเหลวจะกำเริบเมื่อใด เกิดขึ้นที่ไหน ในสถานการณ์เช่นไร จะมีความรุนแรงของอาการมากน้อยเพียงใด และใช้เวลายาวนานเพียงใดอาการจึง

จะสงบ ซึ่งบางครั้งอาการกำเริบคาดเดาไม่ได้ และไม่สามารถป้องกันได้ แม้จะปฏิบัติตามคำแนะนำแล้ว แต่ก็ยังมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคลุมเครือ ไม่สามารถเข้าใจ และให้ความหมายของอาการแสดงได้ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงมีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในด้านการไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษาและผลของการรักษา และด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยคะแนนสูงกว่าด้านอื่น และพบว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นจากภาวะหัวใจล้มเหลวมีต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายมากที่สุด ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก เหนื่อยล้า บวม นอนราบไม่ได้ อาการสามารถกำเริบได้บ่อยครั้งและมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา มีผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และเกิดข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน ออกกำลังกาย และกิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำได้ ทำให้คุณภาพชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่างและมีผลต่อการดำเนินชีวิตมากที่สุด (Moser et al., 2010) และส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด กลัว วิตกกังวล และเกิดความไม่แน่ใจในการรักษา ท้อแท้ หดหวัง การที่ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต เกิดความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ ความมีคุณค่าในตนเองลดลง (Heo, Lennie, Okoli, & Moser, 2009) อย่างไรก็ตามความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลวที่อาจเกิดขึ้นเช่น อาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก บวม และผลข้างเคียงจากการรักษา เช่น ปัสสาวะบ่อย วิงเวียน ทำให้ผู้ป่วยแยกตัวจากสังคม มีข้อจำกัดในการเข้าสังคม ไม่เข้าร่วมกิจกรรม โอกาสที่จะได้พบปะพูดคุยกับบุคคลอื่นหรือแม้แต่แลกเปลี่ยนข้อมูลและมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นลดลง ซึ่งจากข้อมูลพบว่าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนน้อยกว่าด้านอื่น

กลุ่มตัวอย่างมีความแตกฉานด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอร้อยละ 47.1 อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างจบชั้นประถมศึกษาร้อยละ 69.4 ซึ่งพบว่า



บุคคลที่มีระดับการศึกษาที่เพิ่มมากขึ้น สามารถเป็นบุคคลที่รับข้อมูลได้ดี เพราะบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีความรู้กว้างขวางในหลายเรื่อง มีความเข้าใจในสิ่งต่างๆ ที่เรียนรู้ได้มาก มีการตัดสินใจที่ดี ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสม จึงมีความแตกต่างกันด้านสุขภาพที่เพียงพอ และกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุร้อยละ 47.1 เนื่องจากผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงในทุกกระบวนของร่างกายในลักษณะเสื่อมถอย มีการเคลื่อนไหวร่างกายช้าลง การทรงตัวไม่ดี สมองเสื่อมหรือถูกทำลาย การได้ยินหรือการมองเห็นเสื่อมลง ผลกระทบต่อสุขภาพและพฤติกรรมของผู้สูงอายุค่อนข้างมาก ทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการรับหรือทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสาร (Oldfield & Dreher, 2010) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายร้อยละ 69.4 เพราะหากผู้ป่วยมีรายได้ที่เพียงพอ นั้น จะส่งผลให้รายได้เป็นแหล่งประโยชน์อย่างหนึ่ง บุคคลที่มีรายได้ดีจะสามารถหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของตนเองและเข้าถึงบริการต่างๆ เพื่อดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและดีกว่าผู้มีรายได้ไม่เพียงพอ ซึ่งมีข้อจำกัดในการแสวงหาสิ่งบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ไม่เพียงพอจึงมีความแตกต่างกันด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เพียงพอ อย่างไรก็ตามการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่าความแตกต่างด้านสุขภาพไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรง NYHA class II สามารถทำกิจวัตรประจำวัน โดยอาจมีอาการเหนื่อยหอบหายใจลำบาก อ่อนเพลีย ใจสั่นหรือเจ็บหน้าอกเล็กน้อย สามารถประกอบอาชีพ และทำกิจกรรมต่างๆ ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Rector (2005) พบว่าคุณภาพชีวิตมีความผันแปรตามระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวที่จำแนกตามเกณฑ์ของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (NYHA) อย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0001 ดังนั้นถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความแตกต่างกันด้านสุขภาพไม่เพียงพอแต่ยังสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ ช่วยเหลือตนเองได้ จึงไม่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวไม่มาก นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง และช่วงระยะเวลาการเก็บข้อมูลในเดือนพฤศจิกายน 2554 เกิดปัญหาหาออกุทกภัยในภาคกลางตั้งแต่เดือนกันยายน ทำให้การผลิตยาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ลดลง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จึงมีนโยบายจำกัดการจ่ายยา โดยนัดผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาและรับยาทุกเดือน จากที่ผู้ป่วยเคยได้รับการตรวจรักษาทุก 3 เดือน จึงส่งผลให้สามารถติดตามอาการและได้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง และเมื่อเกิดอาการจึงได้รับการแก้ไข

กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากยังสามารถที่จะช่วยเหลือตนเองได้ ฟังหาผู้อื่นไม่มากนัก สามารถประกอบอาชีพได้ โดยมีอาชีพเกษตรกร รongลงมาเป็นค้าขายและรับจ้างทั่วไป ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร ช่วยเหลือเกื้อกูลกันคอยให้กำลังใจ เอาใจใส่ห่วงใยและรับฟังปัญหาต่างๆ กลุ่มตัวอย่างจึงได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมากที่สุด รongลงมาเป็นบุคคลใกล้ชิดแต่เนื่องจากอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวที่เกิดขึ้น เช่น อาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก บวม อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา และผลข้างเคียงจากการรักษาเช่น ปัสสาวะบ่อย วิงเวียน ทำให้แยกตัวจากสังคม ไม่เข้าร่วมกิจกรรม โอกาสที่จะได้พบปะพูดคุยกับบุคคลอื่นหรือแม้แต่แลกเปลี่ยนข้อมูลและมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นลดลง ทำให้ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนน้อยลง แม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว บุคคลใกล้ชิด ได้รับการดูแลเอาใจใส่ ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ การให้ข้อมูลในรูปแบบการให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง



ไม่ว่าจะเป็นความรู้เรื่องโรคการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาพบแพทย์ แต่จากการศึกษายังพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่สามารถคาดเดาได้ว่าอาการจะเกิดเมื่อใดที่ไหน เกิดความคลุมเครือในอาการของคนที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จึงส่งผลให้ทำให้การปรับตัวต่อความเจ็บป่วย (Coping style) ไม่เหมาะสม และมีความรู้ความเข้าใจในความเจ็บป่วยและการดูแลตนเองไม่เพียงพอ ย่อมทำให้ภาวะเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในด้านต่างๆ มากขึ้น จึงทำให้การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรง NYHA class II สามารถทำกิจวัตรประจำวัน ออกกำลังกายและกิจกรรมต่างๆ ได้ ส่งผลให้สามารถประกอบอาชีพได้ โดยพึ่งพาผู้อื่นน้อยลง นอกจากนี้แบบประเมินการสนับสนุนที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้วัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมด้านจิตใจ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถที่จะช่วยเหลือตนเองได้ ประกอบอาชีพได้ และไม่เป็นภาระต่อผู้อื่น จึงทำให้ความรู้สึกเครียด กลัว วิตกกังวล ท้อแท้ หดหู่ ห่วงแยกตัวและภาวะซึมเศร้าลดลง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ความแตกฉานด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอ และการสนับสนุนในระดับปานกลาง ดังนั้นจากผลการศึกษาจึงสามารถนำมาเสนอแนะเป็นแนวทางในการจัดการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ได้ดังนี้

1. พยาบาลควรประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เพื่อนำข้อมูลที่ได้รับมาให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย โดยเฉพาะการให้ข้อมูลในเรื่องของปัจจัยที่ส่งเสริมทำให้เกิดอาการกำเริบ การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดอาการกำเริบของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ลักษณะของโรค อาการและอาการแสดงที่ผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์และการรักษา เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

2. การให้ความรู้หรือข้อมูลกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ควรเพิ่มทางเลือกมากขึ้น โดยมีสื่อหลายประเภท เช่น แผ่นพับ คู่มือ สื่อวีดิทัศน์ รวมทั้งสนับสนุนให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วม และมีการประเมินความเข้าใจในสื่อต่างๆ ที่ให้แก่ผู้ป่วย รวมทั้งมีการประเมินความเหมาะสมของสื่อต่างๆ ในการเรียนรู้และนำไปสู่การปฏิบัติ

ข้อเสนอในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้สูง จึงควรนำผลการวิจัยที่ได้มาพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย และมีการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมเพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

2. การศึกษาพัฒนาโปรแกรมหรือสื่อที่เหมาะสมกับความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพแตกต่างกันในแต่ละระดับ เพื่อให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความแตกฉานด้านสุขภาพที่เพียงพอ และศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

.....



เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

- กฤติกา ชุณวงษ์. (2547). ผลของการใช้โปรแกรมเดินออกกำลังกายที่บ้านต่อความสามารถในการออกกำลังกายและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง. รายงานการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- งานเวชสถิติ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. (2554). สถิติผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ปี 2554. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี.
- เยาวภา บุญเที่ยง. (2545). การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพและการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมจิต หนูเจริญกุล บุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์ และทิพาพร วงศ์หรั่งกุล. (2534). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา. *วารสารพยาบาล*, 40(1), 11-26.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2553). สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=2555>. [2555, มกราคม 6]

ภาษาอังกฤษ

- Baker, D.W., Parker, R.M., Williams, M.V., & Clark, W.S. (1998). Health Literacy and the Risk of Hospital Admission. *Journal of General Internal Medicine*, 13, 791-798.
- Baker, D.W., Wolf, M.S., Feinglass, J., & Thompson, J.A. (2008). Health Literacy, Cognitive Abilities, and Mortality Among Elderly

Persons. *Journal of General Internal Medicine*, 23(6), 723-726.

- Boonyamalik, P. (2005). *Epidemiology of adolescent suicidal ideation: Roles of perceived life stress, depressive symptom and substance use*. Dissertation, Johns Hopkins University.
- Chen, A.M.H., Yehle, K.S., Plake, K.S., Murawski, M.M., & Mason, H.L. (2011). Health Literacy and Self-care of Patients With Heart Failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 26 (6), 446-51.
- Evangelista, L.S., Rasmusson, K.D., Laramee, A.S., Barr, J., Ammon, S.E., Dunbar, S., et al. (2010). Health Literacy and the Patient With Heart Failure-implications for Patient Care and Research: A Consensus Statement of the Heart Failure Society of America. *Journal of Cardiac Failure*, 16(1), 9-16.
- Flemme, I., Edvardsson, N., Hinic, H., Jinhage, B., Dalman, M., & Fridlund, B. (2005). Long-term quality of life and uncertainty in patients living with an implantable cardioverter defibrillator. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 34(6), 386-392.
- Gaulden, L.H., & Glotzer, j. (2005). Advanced nursing aspect of acute heart failure. In C.M. O'Connor, W.G. Stough, M. Gheorghide & K.F.A. Jr. (Eds.), *Managing Acute Decompensate Heart Failure* (pp. 523-528). New York: Taylor & Francis.
- Heo, S., Lennie, T.A., Okoli, C., & Moser, D.K. (2009). Quality of life in patient with heart failure: Ask the patient. *Heart & Lung*, 38(2), 100-108.



- Heo, S., Moser, D.K., L.Chung, M., & Lennie, T.A. (2010). Social status, health-related quality of life, and event-free survival in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. [Epub ahead of print].
- Kanoksilp, A., Hengrussamee, K., & Wuthiwaropas, P. (2009). A Comparison of One-Year Outcome in Adult Patients with Heart Failure in Two Medical Setting: Heart Failure Clinic and Daily Physician Practice. *Journal Medicine Association Thai*, 92(4), 466-470.
- Klein, D.M., Turvey, C.L., & Pies, C.J. (2007). Relationship of Coping Styles With Quality of Life and Depressive Symptoms in Older Heart Failure Patients. *Journal Aging Health*, 19(1), 22-23.
- Krethong, P., Jirapaet, V., Jitpanya, C., & Sloan, R. (2008). A Causal Model of Health-Related Quality of Life in Thai Patients With Heart-Failure. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(3), 254-260.
- Macabasco-O'Connell, A., DeWalt, D.A., Broucksou, K.A., Hawk, V., Baker, D.W., Schillinger, D., et al. (2011). Relationship Between Literacy, Knowledge, Self-Care Behaviors, and Heart Failure-Related Quality of Life Among Patients With Heart Failure. *Journal of General Internal Medicine*, 26(9), 979-86.
- Mishel, M.H. (1988). Uncertainty in illness. *journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 225-232.
- Mishel, M.H., & Clayton, M.F. (2003). Theory of uncertainty in illness. In M.J. Smith & P.R. Liehr (Eds.), *Middle range theory for nursing* New York: Springer.
- Moser, D.K., Frazier, S.K., Worrall-Carter, L., Biddle, M.J., Chung, M.L., Lee, K.S., et al. (2010). Symptom variability, not severity, predicts rehospitalization and mortality in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 39(5), 378-85.
- O'Loughlin, C., Murphy, N.F., Conlon, C., O'Donovan, A., Ledwidge, M., & McDonald, K. (2010). Quality of life predicts outcome in a heart failure disease management program. *International Journal of Cardiology*, 139, 60-67.
- Oldfield, S.R., & Dreher, H.M. (2010). The Concept of Health Literacy Within the Older Adult Population. *Holistic Nursing Practice*, 24(4), 204-212.
- Parker, R.M., Baker, D.W., Williams, M.V., & Nurss, J.R. (1995). The Test of Functional Health Literacy in Adults: A New Instrument for Measuring Patients' Literacy Skills. *Journal of General Internal Medicine*, 10, 537-541.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2008). *Nursing Reseach* (8 ed.). Philadelphia: Lippicortt.
- Rector, T.S. (2005). Conceptual Model of Quality of Life in Relation to Heart Failure. *Journal of Cardiac Failure* 11(3), 173-176.
- Rector, T.S., Kubo, S.H., & Cohn, J.N. (1987). Pateint self-assessment of their congestive heart failiure. Part 2: Content, reliability and validity of new measure, the Minnesota Living with Heart Failure questionnaire. *Heart failure*, 198-209.



Speros, C. (2005). Health literacy: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 50(6), 633-640.

Winters, C.A. (1999). Heart Failure: Living With Uncertainty. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 14, 85-91.

Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G., & Farley, G.K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41