

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย*

Factors Related to Perceived Severity of Heart Failure in Patients with Heart Failure

จิราภรณ์ มีชูสิน, ** พย.ม.

อาภรณ์ ดีนาน, *** Ph.D.

ศิริวิทย์ วัฒนสินธุ์, *** วท.ม.

Jiraporn Meechusin, M.N.S.

Aporn Deenan, Ph.D.

Siriwan Vatanasin, M.S.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายจำนวน 197 ราย ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยาและคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร จังหวัดสุพรรณบุรี เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด เก็บข้อมูลตั้งแต่ เดือนสิงหาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2551 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรับประทานอาหารเฉพาะโรค แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรับประทานยา แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรอกกำลังกาย แบบสัมภาษณ์การรับรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจวาย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 59.9 อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 60-79 ปี ร้อยละ 53.3 ($M = 65, SD = 13.22$) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 62.9 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 74.6 โรคที่เป็นสาเหตุของภาวะหัวใจวาย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 48.22 ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายอยู่ในระดับสูง ($M = 132.42, SD = 26.28$)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ได้แก่ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะหัวใจวาย พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ($r = -.25, p < .01$) ส่วนพฤติกรรมกรับประทานอาหารเฉพาะโรค พฤติกรรมกรับประทานยา พฤติกรรมกรอกกำลังกาย และการรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของภาวะหัวใจวาย ไม่พบว่ามี ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ($p > .05$)

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยนี้ได้แก่ พยายาม

* วิทยานิพนธ์ พยายามศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา

** พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

*** รองศาสตราจารย์ กลุ่มสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

และบุคลากรทางด้านสุขภาพควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจวายและการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของภาวะหัวใจวายเป็นอย่างดี เพื่อให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจยายนำความรู้ดังกล่าวไปลดความรุนแรงของภาวะหัวใจวายในระยะเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสม ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย และการจัดการกับภาวะหัวใจวาย

คำสำคัญ : ผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย การรับรู้ความรุนแรง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย

Abstract

This correlational study was aimed to study factors related to perceived severity of heart failure in patients with congestive heart failure (CHF). The sample consisted of 197 CHF patients who followed up at outpatient department of Ayutthaya Hospital and at the heart clinic of Chaoprayayomrat Hospital. Data were collected from August through October 2008 by interviewing questionnaires including demographic, eating behavior, medication adherence, exercise, illness representation of heart failure (about CHF), and perceived severity of heart failure. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and Spearman's rank coefficients.

The results were as follows :

The majority of patients with congestive heart failure was female (59.9%), age between 60 - 79 year (53.3%), non employment (62.9%), primary school completion (74.6%), and hypertensive history (48.22%). Patients per-

ceived severity of heart failure at a high level ($M = 132.42$, $SD = 26.28$). Only significant factor related to perceived severity of heart failure was the understanding of heart failure ($r_s = -.25$, $p < .01$). Non significant factors related to perceived severity of heart failure ($p > .05$) were eating behavior ($r_s = -.07$, $p = .30$), medication adherence ($r_s = -.02$, $p = .83$), exercise ($r_s = .12$, $p = .09$), and known cause of CHF ($r_s = -.06$, $p = .43$).

From the results of this study, nurses should promote better understanding and perceived severity of congestive heart failure to help patients to manage severity of congestive heart failure. Future research should explore relationships between perceived severity of congestive heart failure and management of congestive heart failure.

Key words : Congestive heart failure, perceived severity, factors related to perceived severity of heart failure

ความเป็นมา และสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจวายเป็นภาวะที่มีความผิดปกติในการทำหน้าที่ของหัวใจที่ไม่สามารถบีบตัวเพื่อส่งเลือดและออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อต่างๆ ของร่างกายได้เพียงพอ กับความต้องการ ความก้าวหน้าของโรคจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญที่สุดในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ภาวะหัวใจวายนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรของพยาธิสภาพที่หัวใจ แม้ว่าจะทำให้อาการดีขึ้นแต่เมื่อเวลาผ่านไปอาการป่วยก็สามารถกลับเป็นซ้ำได้อีก (American College of Cardiology/American Heart Association [ACC/AHA], 2001) ในสหรัฐอเมริกาพบว่าภาวะหัวใจวาย

เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญเนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจวายถึง 4.8 ล้านคนหรือประมาณร้อยละ 1-2 ของประชากรทั้งหมด (Adams, 2001) รวมทั้งพบผู้ป่วยภาวะหัวใจวายรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 500,000 คนต่อปีและประมาณร้อยละ 35 ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายรายใหม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และมักต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำหลังจำหน่ายกลับบ้านแล้ว ภายใน 3 เดือนถึงประมาณร้อยละ 47 (Brozena & Jessup, 2003; Taccetta - Chapnick, 2002; Tully, 2002) สำหรับประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมักมีสาเหตุมาจากโรคหัวใจซึ่งพบว่ามีแนวโน้มของอัตราการเกิดโรคสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงปี พ.ศ. 2537-2549 จาก 109.4 เป็น 618.5 ต่อประชากร 100,000 ราย (ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์, 2549) โดยมีผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดรายใหม่เกิดขึ้น 21,700 รายต่อปี (Behealthier Net, 2007) รวมทั้งพบอัตราการกลับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงปี พ.ศ. 2547-2549 จาก 503 คนเป็น 619 คน (ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์, 2549)

เมื่อเกิดภาวะหัวใจวายนานๆ จะทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย บางรายมีอาการทางสมอง ความจำเสื่อม ไม่มีสมาธิ ทำให้มีปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการทำงาน ก่อให้เกิดปัญหาอย่างมากมายทั้งต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ จิตวิญญาณ (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544; อรวรรณ ศรียุคคศุทธ, 2546) ซึ่งปัญหาดังกล่าวขึ้นอยู่กับความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีปัญหาด้านจิตใจจากความเจ็บป่วยเรื้อรัง ปัญหาที่พบบ่อยคือ ความเครียด เนื่องจากไม่สามารถปรับตัวจากความเจ็บป่วยที่ยาวนานได้ ทำให้

เกิดความไม่สุขสบาย อ่อนเพลีย เหนื่อยหอบ หรืออาจเกิดโรคแทรกซ้อนอื่นตามมา จากผลกระทบดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างอิสระ ไม่สามารถทำบทบาทหน้าที่ของตนเองในชีวิตประจำวัน หมดหวัง หมดกำลังใจที่ร่างกายอ่อนแอลง (วารวรรณ นาครัตน์, 2533; จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544)

ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายนั้นจะปรากฏออกมา เช่น อาการเหนื่อยหอบ ไอ บวม (Remme & Swedberg, 2001; Riegel, Cason & Glasco, 2000) มีสภาวะออกน้อย (Carelock & Clark, 2001) ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ ได้ลดลง ซึ่งความรุนแรงของภาวะหัวใจวายนี้ผู้ป่วยสามารถรับรู้อาการที่เกิดขึ้นจาก อาการหอบเหนื่อย ความทนในการทำกิจกรรมลดลง และอาการบวม ที่ข้อเท้า หลังเท้า หรือรู้สึกใช้เสื้อผ้า/สวมแหวนคับ (Guideline & Protocols of Heart Failure Care, 2003) ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ขึ้นอยู่กับการควบคุมและการจัดการที่เหมาะสม

การจัดการที่เหมาะสมในการควบคุมความรุนแรงของภาวะหัวใจวายนั้น ขึ้นกับปัจจัยหลายประการ Byrne, Walsh & Murphy (2005) ศึกษาการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย จำนวน 1084 คน พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเชื่อว่า ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายสามารถควบคุมได้ด้วยการรับประทานยา ร่วมกับการปรับตัวด้านจิตสังคมที่ดี (รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์, 2545; Swedberg et al., 2005) นอกจากนั้นผู้ป่วยภาวะหัวใจวายควรมีความเข้าใจความเจ็บป่วยและสามารถประเมินความรุนแรงของภาวะหัวใจวายที่เกิดขึ้นกับตนเอง จากกรทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีอาการรุนแรง ขึ้นจนต้องกลับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ได้แก่ การไม่จำกัดโซเดียมในอาหาร การไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาเกี่ยวกับรับประทานยา

ผู้ป่วยขาดความสามารถในการสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง ผู้ป่วยขาดข้อมูลในการดูแลตนเอง ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย (Vinson et al., 1990) การศึกษาของเขาวกานุญเทียง (2545) พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำ เพราะว่าผู้ป่วยไม่ได้จำกัดเกลือโซเดียมในอาหาร เพราะทำให้อาหารมีรสชาดไม่อร่อย มีปัญหายุ่งยาก ในการจัดเตรียมอาหารเฉพาะโรค ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานอาหารจืด ผู้ป่วยลืมรับประทานยา ขาดความรู้ในการดูแลตนเองเนื่องจากบุคลากรด้านสุขภาพมีการจำกัดด้านเวลาและให้ข้อมูลที่ไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยไม่สามารถสังเกตอาการ ผิดปกติของตนเอง นอกจากนั้นยังพบปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล เช่น ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง มีความเชื่อค่านิยมที่ไม่เหมาะสม (นวลจันทร์ เกรือวานิชกิจ, 2531; วนิดา อินทรราชา, 2538) ขาดการสนับสนุนทางสังคม มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม (ฉัตรวลัย ใจอารีย์, 2533; เขาวกานุญเทียง, 2545) มีการรับรู้อุปสรรคสูงและมีการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการปฏิบัติตนต่ำ (ขจร เพ็ญสุพรรณ, 2545) มีการรับรู้ความเจ็บป่วยที่ไม่ถูกต้อง (Bennett et al., 2000; Virson et al., 1990)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาเกี่ยวข้องกับสภาวะรับรู้ความรุนแรงและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะหัวใจวายยังมีน้อยและผู้ป่วยภาวะหัวใจวายส่วนใหญ่ยังขาดความสามารถในการจัดการกับความรุนแรงของการเจ็บป่วยทำให้ต้องเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ได้แก่ การรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย พฤติกรรมการรับประทาน

อาหารเฉพาะโรค พฤติกรรมการรับประทานยา และพฤติกรรมการออกกำลังกาย ผลจากการศึกษาครั้งนี้จะสามารถนำไปใช้เป็นแนวทาง ในการวางแผนดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายให้สามารถควบคุมความรุนแรงของโรคได้ และช่วยลดระยะเวลาการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ประหยัดค่าใช้จ่าย ในการดูแลรักษา และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการออกกำลังกาย กับ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

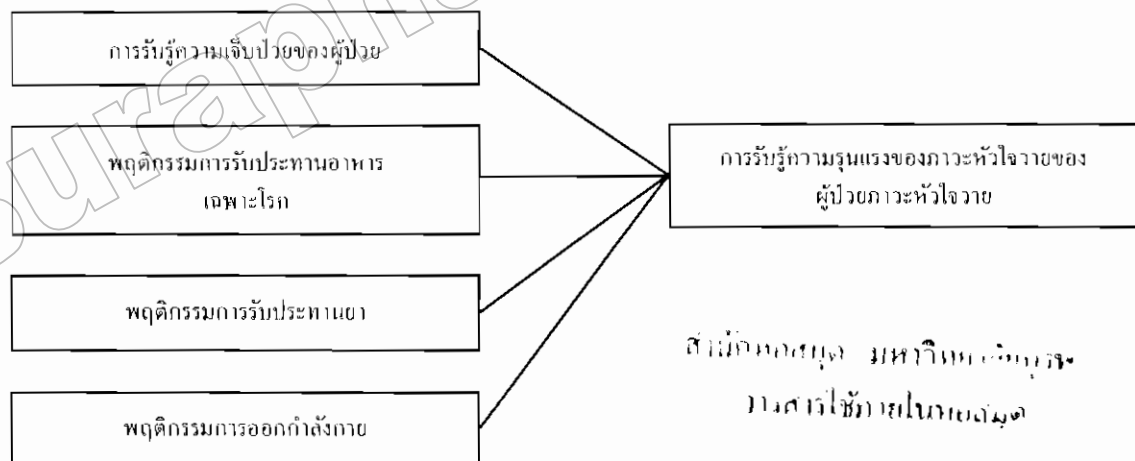
การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดสามัญสำนึกเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Common-Sense Model) ของลีเวนทัลและคณะ (Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980) ซึ่งเชื่อว่าการจัดการกับความเจ็บป่วยขึ้นอยู่กับความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย วิธีการจัดการและผลลัพธ์ของการจัดการ แนวคิดสามัญสำนึกเกี่ยวกับความเจ็บป่วยนี้ มีองค์ประกอบหลัก 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) แหล่งข้อมูลข่าวสารความเจ็บป่วยที่ได้จากคำแนะนำจากบุคลากรด้านสุขภาพและจากประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเอง และหรือจากการบอกเล่าของผู้อื่น 2) การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ผู้ป่วยจะต้องมีความเข้าใจในความเจ็บป่วยของตนเอง ที่ประกอบด้วย สาเหตุ ผลกระทบ อาการ ระยะเวลา และการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมความเจ็บป่วย หรือ การรักษาที่ตนเองได้รับ 3) วิธีการ

จัดการกับความเจ็บป่วย ผู้ป่วยจะนำข้อมูลที่ได้รับ มาคิดหาวิธีการจัดการกับความเจ็บป่วย และจะใช้วิธีการคิดทบทวนสิ่งที่จะทำโดยการประเมินวิธีการจัดการความเจ็บป่วยของตนเอง 4) ผลลัพธ์และการประเมินผลลัพธ์ ซึ่งผู้ป่วยจะประเมินจาก การทำหน้าที่ของร่างกาย การดำเนินหน้าที่ในชีวิตประจำวัน หรือ การทำบทบาทหน้าที่ทางสังคม ถ้าผู้ป่วยประเมินแล้วพบว่าจากการจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเองยังไม่ดี ผู้ป่วยจะย้อนกลับไปพิจารณาที่วิธีการที่ใช้ในการจัดการกับความเจ็บป่วยนั้นว่าเหมาะสมหรือไม่ ซึ่งในกระบวนการ ดังกล่าว ลีเวนทอลล์ และคณะ (Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980) เชื่อว่า การรับรู้ความเจ็บป่วย ความเข้าใจกับอาการเจ็บป่วย วิธีการจัดการกับปัญหา และผลลัพธ์ของการจัดการมีความสัมพันธ์กัน

จากแนวคิดสามัญสำคัญของลีเวนทอลล์ (Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980) ดังกล่าว สามารถนำมาประยุกต์ในการวิจัยครั้งนี้โดย เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายจะได้รับ

ข้อมูลข่าวสารความเจ็บป่วยจากแหล่งต่างๆ เช่น คำแนะนำจากแพทย์ จากประสบการณ์ความเจ็บป่วยของตนเอง หรือจากคำบอกเล่าของผู้อื่น ทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเองที่เกี่ยวกับสาเหตุ ผลกระทบ ออการ ระยะเวลา และ การรักษาที่ได้รับ/การปฏิบัติตนในการควบคุมความเจ็บป่วยแล้ว นำมาคิดหาวิธีการจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเองที่เหมาะสม เช่น เปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อลดความรุนแรงและลดภาวะแทรกซ้อนของภาวะหัวใจวาย รวมทั้งมีการประเมินผลวิธีการจัดการที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเลือกใช้ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสมกับความเจ็บป่วยของตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการออกกำลังกาย และความรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีผลต่อการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย โดยสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังแสดงใน ภาพที่ 1



สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา
 ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
 ภาควิชาพยาบาลศาสตร์

2 : 2553

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่ได้รับการตรวจรักษา แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา และคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช จังหวัดสุพรรณบุรี ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ 2551-ตุลาคม พ.ศ. 2551

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจวายที่มีสาเหตุมาจากโรคหัวใจและระบบไหลเวียนที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา คลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช จังหวัดสุพรรณบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และคลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช จังหวัดสุพรรณบุรี โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจวายที่มีสาเหตุมาจากโรคหัวใจและระบบไหลเวียน ดังนี้

1.1 สาเหตุของภาวะหัวใจวายมาจากโรคหัวใจและระบบไหลเวียน ได้แก่ โรคหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย ความดันโลหิตสูง

1.2 เป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจวายรายเก่ามีประวัติเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน

1.3 มีอาการคงที่ ไม่มีอาการเหนื่อยหอบหรือแน่นหน้าอกภายใน 12-24 ชั่วโมงก่อนการเก็บ

ข้อมูล

2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคที่มีพยาธิสภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน โรคไต หรือโรคไตเป็นพิษ

3. อายุมากกว่า 20 ปีขึ้นไป

4. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

5. มีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการเปิดตารางการวิเคราะห์ค่าอำนาจในการทดสอบ

(Cohen, 1987 cited in Polit & Hungler, 1999) โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ .80

ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และขนาดของความสัมพันธ์ (Effect Size) เท่ากับ .20 เนื่องจากกา

ทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบงานวิจัยที่ปัจจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึง

กำหนดขนาดของความสัมพันธ์ระดับต่ำ (Polit & Hungler, 1999) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 197

ราย และกำหนดสัดส่วนการเก็บข้อมูลจากสถิติย้อนหลังปี พ.ศ. 2551 ได้กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาล

พระนครศรีอยุธยาจำนวน 120 ราย และโรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราชจำนวน 77 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 6 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะข้อคำถาม

เป็นคำถามแบบเลือกตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามปลาย

เปิดเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้

ค่าเดือนของครอบครัว ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยภาวะหัวใจวาย จำนวนครั้งที่เคยเข้ารับการรักษา

ในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจวาย

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรรับประทานอาหารเฉพาะโรค เป็นแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรรับประทานอาหารเฉพาะโรคที่ผู้วิจัยประกยุกต์มาจากแบบสอบถามพฤติกรรมกรรรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของ อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์ (2550) มีข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ ปรับลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 0-10 แต่ละข้อมี คะแนนตั้งแต่ 160.00-240.00 หมายถึง มีพฤติกรรมกรรรับประทานอาหารเฉพาะโรคในระดับสูง 81.00-160.00 หมายถึง มีพฤติกรรมกรรรับประทานอาหาร เฉพาะโรคในระดับปานกลาง 0-80.00 หมายถึง มีพฤติกรรมกรรรับประทานเฉพาะโรคในระดับต่ำได้นำไปใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .78

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรรับประทานยา เป็นแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรรับประทานยาที่ผู้วิจัยประกยุกต์มาจากแบบสัมภาษณ์การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัณโรคของรจนาลิน สิงหเศรษฐ์ (2550) มีข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 4 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 5, 6 ข้อคำถามเชิงลบ 2 ข้อ คือ ข้อ 3, 4 ปรับลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 0-10 แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 41.00-60.00 หมายถึง มีพฤติกรรมกรรรับประทานยาในระดับสูง 21.00-40.00 หมายถึง มีพฤติกรรมกรรรับประทานยา ในระดับปานกลาง 0-20.00 หมายถึง มีพฤติกรรมกรรรับประทานยาในระดับต่ำได้นำไปใช้กับผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .83

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรออกกำลังกาย เป็นแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรออกกำลังกายที่ผู้วิจัยประกยุกต์มาจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ

หัวใจตายของ พงษ์พนิต ไชยวุฒิ (2551) มีข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ ปรับลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 0-10 แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 94.00-140.00 หมายถึง มีพฤติกรรมกรรออกกำลังกายในระดับสูง 47.00-93.00 หมายถึง มีพฤติกรรมกรรออกกำลังกายในระดับปานกลาง 0-46.00 หมายถึง มีพฤติกรรมกรรออกกำลังกายในระดับต่ำ ได้นำไปใช้กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การรับรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจวาย เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคหรือความเจ็บป่วย (Illness Perception Questionnaire-Revised; IPQ-R) ของมอส นอร์ริสและคณะ (Moss-Morris et al., 2002) ประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ ซึ่งลักษณะของคำถามเป็นคำถามปลายเปิด ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของภาวะหัวใจวาย จำนวน 12 ข้อ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะหัวใจวาย จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การให้คะแนนข้อคำถามคือ เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 5 คะแนน จนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน เกณฑ์การประเมินผลระดับคะแนน บิดังนี้ ข้อความที่แสดงความหมายทางบวก เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 5 คะแนน จนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน ส่วนข้อความที่แสดงความหมายทางลบ เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน จนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 5 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 12-60 คะแนน การแปลผลมี 3 ระดับ คือ 45.00-60.00 หมายถึงมีการรับรู้ความเจ็บป่วยในระดับสูง 29.00-44.00 หมายถึง มีการรับรู้ความเจ็บป่วยในระดับปานกลาง 12.00-28.00 หมายถึง มีการรับรู้ความเจ็บป่วยในระดับต่ำ ได้นำไปใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจวายจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .79

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะหัวใจวาย มีข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับอาการเหนื่อยหอบ จำนวน 5 ข้อ การรับรู้ความทนในการทำกิจกรรมลดลงจำนวน 8 ข้อ และการรับรู้อาการบวม จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 0-10 มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-180 การแปลผลมี 3 ระดับ คือ 121.00-180.00 มีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายในระดับสูง 61.00-120.00 มีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายในระดับปานกลาง 0-60.00 มีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายในระดับต่ำ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายนี้ ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .95

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

หลังผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของมหาวิทยาลัยบูรพา ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย แจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ และให้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเขียนใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า หากเข้าร่วมการวิจัยแล้วสามารถออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะนำเสนอในภาพรวมและจะใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's Rank Correlation Coefficient) เนื่องจากการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่าข้อมูลมีการกระจายไม่ปกติ

ผลการวิจัย

จากการศึกษาสรุปผลการวิจัย ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.9 เพศชาย ร้อยละ 40.1 ส่วนใหญ่มีอายุ 60-79 ปี ร้อยละ 53.3 ($M = 65, SD = 13.22$) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 62.9 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 74.2 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว 1,500-3,000 บาท ร้อยละ 28.9 ($M = 6,313.71, SD = 6029.09$) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยภาวะหัวใจวายน้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 46.7 ($M = 2.73, SD = 3.30$) จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะหัวใจวายน้อยกว่า 10 ครั้ง ร้อยละ 47.7 ($M = 14.70, SD = 12.47$) โรคที่เป็นสาเหตุของภาวะหัวใจวาย ได้แก่โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 48.22
2. การรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 132.42, SD = 26.28$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการเหนื่อยหอบของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายอยู่ในระดับสูง ($M = 39.41, SD = 9.79$) การรับรู้ ความรุนแรงของความทนในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายอยู่ในระดับสูง ($M = 47.82, SD = 14.77$) และพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการบวมของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายอยู่ในระดับสูง ($M = 45.19, SD = 7.80$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย โดยแยกเป็นรายด้านและโดยรวม (n = 197)

การรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย	min	max	M	SD	ระดับ
รายด้าน					
อาการเหนื่อยหอบ	9	50	39.41	9.79	สูง
ความทนในการทำกิจกรรม	11	80	47.82	14.77	สูง
อาการรวม	8	50	45.19	7.80	สูง
โดยรวม	50	180	132.42	26.28	สูง

3. พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการออกกำลังกาย และการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 154.46$, $SD = 23.23$) พฤติกรรมการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง ($M = 52.22$, $SD = 6.78$) พฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 62.16$, $SD = 38.19$) การรับรู้สาเหตุของภาวะหัวใจวายอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 38.11$, $SD = 6.66$) ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะหัวใจวายอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 42.85$, $SD = 5.31$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการออกกำลังกาย และการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย (n = 197)

ปัจจัย	min	max	M	SD	ระดับ
พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค	66	219	154.46	23.23	ปานกลาง
พฤติกรรมการรับประทานยา	23	60	52.22	6.78	สูง
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	0	130	62.16	38.19	ปานกลาง
การรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย					
การรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของภาวะหัวใจวาย	16	58	38.11	6.66	ปานกลาง
ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะหัวใจวาย	31	59	42.85	5.31	ปานกลาง

4. ความสัมพันธ์ระหว่าง พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการออกกำลังกาย การรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย กับ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ได้แก่ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะหัวใจวาย ($r_s = -.25, p < .01$) ส่วนปัจจัยที่ไม่มี

ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ($p > .05$) ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค ($r_s = -.07, p = .30$) พฤติกรรมการรับประทานยา ($r_s = -.02, p = .83$) พฤติกรรมการออกกำลังกาย ($r_s = .12, p = .09$) และ การรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของภาวะหัวใจวาย ($r_s = -.06, p = .43$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการออกกำลังกาย การรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย กับ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย (n = 197)

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน	p-value
พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค	-.07	.30
พฤติกรรมการรับประทานยา	-.02	.83
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	.12	.09
การรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย		
การรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของภาวะหัวใจวาย	-.06	.43
ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะหัวใจวาย	-.25	.01

การอภิปรายผล

1. การรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงภาวะหัวใจวายโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 132.4, SD = 26.28$) ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายให้คะแนนความรุนแรงมาก เมื่อมีอาการหายใจไม่พอ หายใจไม่โล่ง นอนราบไม่ได้ต้องนอนท่าศีรษะสูง ต้องตื่นลุกขึ้นนั่งขณะนอนหลับตอนกลางคืน พบอาการบวมบริเวณหลังเท้า มีน้ำหนักเพิ่มมากกว่า

0.5 -1 กิโลกรัมใน 1 วัน ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของผู้ป่วยนี้สอดคล้องกับการวินิจฉัยความรุนแรงตามเกณฑ์ของสมาคมโรคหัวใจนิวยอร์ก การรับรู้ความรุนแรงนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจวายและมีจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะหัวใจวายซ้ำในโรงพยาบาล ซึ่งระยะเวลาที่เจ็บป่วยร่วมกับประสบการณ์เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลอาจทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรุนแรงของภาวะ

หัวใจวาย (Leventhal, Meyer, & Nerenz, 1980)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม การรับประทานอาหารเฉพาะโรค พฤติกรรม การรับประทานยา พฤติกรรม การออกกำลังกาย และการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

2.1 การรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ในการวิจัยครั้งนี้การรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายประกอบด้วยความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะหัวใจวาย และการรับรู้สาเหตุของภาวะหัวใจวาย ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะหัวใจวาย มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.25, p < .01$) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สาเหตุของภาวะหัวใจวายและการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย ($r = -.06, p = .43$)

จากผลการวิจัยดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่าความสัมพันธ์ระหว่างความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะหัวใจวายกับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้องจากบุคลากรด้านสุขภาพ แหล่งข้อมูลอื่นๆ และจากประสบการณ์ความเจ็บป่วยของตนเอง จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจวายส่วนใหญ่มีประวัติการเจ็บป่วยน้อยกว่า 1 ปี ถึงร้อยละ 46.7 แต่ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยได้ดี อาจเกิดจากผู้ป่วยสนใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง สนใจที่จะหาความรู้เพิ่มเติมจากบุคลากรด้านสุขภาพ แลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วยอื่นๆ และนำประสบการณ์ที่ตนเองได้รับมาทำความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแล้วจึงเชื่อมโยงความรุนแรงของความเจ็บป่วยซึ่งจะนำไปสู่วิธีการจัดการกับความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย เช่น การบรรเทาความเหนื่อยเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งกระบวนการดังกล่าวจะสอดคล้องกับแนวคิดของ ลีเวนทอลล์ (Leventhal, Meyer, &

Nerenz, 1980) ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของ เบนเนทและคณะ (Bennett et al., 2000) โดยพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีความเข้าใจในความเจ็บป่วยของตนเองดี สามารถประเมินความรุนแรงของภาวะหัวใจวายที่มีการเปลี่ยนแปลงได้จากอาการเหนื่อยมากกว่าปกติเมื่อมีการเพิ่มการออกกำลังกายหายใจไม่พอ หายใจสั้นถี่ขึ้น ค้างคั่งน้ำขุ่นขณะนอนหลับตอนกลางคืน และอาการบวมบริเวณหลังเท้า ข้อเท้า ข้อศอกและคณะ (Jaarsma et al., 2000) พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่ได้รับการรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคและการรักษา จะสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม และช่วยลดความรุนแรงของภาวะหัวใจวายลง ส่วนผลการวิเคราะห์ที่พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของภาวะหัวใจวายไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย อาจเกิดจากการรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุการเกิดภาวะหัวใจวายเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยไม่ได้ตระหนักว่ามีผลต่อความรุนแรงหรืออาจเชื่อว่าไม่สามารถแก้ไขได้แล้ว (รังสฤษฎ์ กาญจนเวณิชย์, 2545) ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายจึงไม่ให้ความสำคัญกับสาเหตุของภาวะหัวใจวายที่ตนเองประสบอยู่

2.2 พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย ($r = -.07, p = .30$) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมรับประทานอาหารเฉพาะโรคอยู่ในระดับปานกลาง จากการสัมภาษณ์พบว่า กลุ่มตัวอย่างยังมีการเลือกซื้ออาหารโดยไม่คำนึงปริมาณโซเดียม และปริมาณไขมันในอาหาร ผู้ป่วยไม่เข้าใจถึงความสำคัญของการควบคุมปริมาณน้ำ รวมทั้งไม่เข้าใจวิธีการจัดการกับปริมาณของเครื่องดื่มชนิดอื่นซึ่งต้องรวมกับปริมาณน้ำดื่มทั้งหมด ใน 1 วัน การศึกษาของเจนเนตพลเพชร (2546) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ไม่เข้าใจถึงความสำคัญของปริมาณโซเดียมที่มีผลต่อความรุนแรง

ทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง ยังเติมเกลือในอาหารมากกว่า 2 กรัมต่อวันซึ่งจะเพิ่มความรุนแรงของความเจ็บป่วยถึงร้อยละ 90.9 ซึ่งถ้าหากผู้ป่วยมีความเข้าใจถึงความสำคัญของอาหารเฉพาะโรคโดยเฉพาะการควบคุมปริมาณโซเดียมก็จะมีโอกาสพบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการควบคุมความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย

2.3 พฤติกรรมการรับประทานยา พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.02, p = .83$) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมารับบริการอย่างต่อเนื่อง มาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง ซึ่งการมาตรวจแต่ละครั้งผู้ป่วยจะได้รับการแก้ไขเกี่ยวกับการรับประทานยา ซึ่งอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจในการรับประทานยาเพื่อควบคุมความรุนแรงของภาวะหัวใจวายและไม่ต้องการการดำเนินหากงบุคคลากรทางด้านสุขภาพ หากรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ดังนั้น พฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายรับประทานยา จึงครบ ไม่ลืมรับประทานยา ไม่หยุดรับประทานยา แต่พฤติกรรมการรับประทานยาไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายอาจเนื่องจากพฤติกรรมการรับประทานยาดังกล่าว เกิดจากปัจจัยภายนอกมากกว่าการตระหนักของผู้ป่วย จึงไม่ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเชื่อมโยงพฤติกรรมการรับประทานยาและความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย

2.4 พฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .12, p = .09$) ผลการวิจัยครั้งนี้ อาจเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้ป่วยภาวะหัวใจวายอาจมีความกลัว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการออกกำลังกายซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อ

การทำงานของหัวใจ ทำให้มีอาการเหนื่อยหอบ แน่นหน้าอก บางรายมีความรุนแรงของภาวะหัวใจวายที่เพิ่มขึ้น จนไม่สามารถทำกิจกรรมที่ต้องใช้พลังงานมากหรือ ไม่สามารถออกกำลังกายได้ ผู้ป่วยบางรายอาจไม่ออกกำลังกายเนื่องจากขาดความรู้ในการออกกำลังกาย และขาดความเชื่อมั่นในการออกกำลังกาย ซึ่งการออกกำลังกายของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายนั้นควรได้รับคำแนะนำและได้รับการฝึกการออกกำลังกายจากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งในโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่งที่ใช้เป็นสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลยังไม่มีผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ดังนั้น จึงอาจทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการออกกำลังกายและการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษานี้ ได้แก่

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะหัวใจวายในระดับสูง และมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะหัวใจวายทุกราย โดยให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจวายเพื่อให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีความตระหนักและเพิ่มความสามารถในการจัดการกับความรุนแรงของภาวะหัวใจวายในระยะเบื้องต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ด้านการบริหารการพยาบาล

ผู้บริหารควรกำหนดนโยบายในการส่งเสริมให้บุคลากรทางการพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจวายการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง มีการจัดคลินิกให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจวายที่ถูกต้อง

3. ด้านการวิจัย

เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป เช่น ในการสร้างและพัฒนารูปแบบการให้บริการ การจัดโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย นอกจากนี้ยังนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการกับภาวะรุนแรงของภาวะหัวใจวายต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลือที่ดีจากคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้คำปรึกษาดูแลจนผู้มีพระคุณทุกท่าน รวมทั้งเพื่อน พี่น้อง และครอบครัวที่คอยให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ และขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพาที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2549. Retrieved March 24, 2008. from <http://www.moph.go.th>.

จขร เพ็ญสุพรรณ. (2545). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

จาวรอน มานะสุระการ. (2544). *ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง : ผลกระทบทางการพยาบาล*. สงขลา : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

เจนเนตร พลเพชร. (2546). *พฤติกรรมสุขภาพและระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังการจำหน่าย*. โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้. *วารสารการพยาบาล*, 52(2), 122-134.

นัตรวลัย ใจอารีย์. (2533). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ. (2531). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

พงษ์พิฑิต ไชยวุฒิ. (2551). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

เขวภา บุญเที่ยง. (2545). *การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพ และการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุหัวใจวายเลือดคั่ง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์. (2545). *แนวทางการวินิจฉัยและการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวชนิดเรื้อรังใน อภิชาติ สุขนธรรพ์, และ ศรีณีย์ การประเสริฐ (บรรณาธิการ). Heart : Cardiac diagnosis and treatment (หน้า 315-336). เชียงใหม่ : โอเดียนดีทีกรุ๊ป.*

รจนาไลน สิงหเรศร์. (2550). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยวันโรค*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

วนิดา อินทราชา. (2538). ผลการให้ข้อมูลด้านสุขภาพต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วารภรณ์ นาครัตน์. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคหัวใจ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศูนย์ข้อมูลสุขภาพกรุงเทพ. (2549). แนวโน้มโรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศไทย. Retrieved March 24, 2008. from <http://www.behealthier.blogspot.com/-118k>.

อัญญา บุญมีศรีทรัพย์. (2550). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

อรพจน์ ศรียุคศุข. (2546). การสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 21 (2), 8-18.

Adams, K. F. (2001). New epidemiologic perspectives concerning mild-to-moderate heart failure. *American Journal Medicine*, 110, 6S-13S.

American College of Cardiology & American Heart Association. (2001). *ACC/AHA guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in the adult*. Philadelphia: Lippincott.

Behealthie Net. (2007). Retrieved March 24, 2008. from <http://www.behealthier.blogspot.com/-118k>.

Benneett. S. J., Cordes, K. D., Westmoreland, G., Castor, R., & Donnelly, E. (2000). Self-care strategies for symptom management in patients with chronic heart failure. *Nursing Research*, 49(2), 139-145.

British Columbia Ministry of Health Services. (2003). *Guidelines & Protocols Heart Failure Care*. (pp. 1-8).

Brozena, S., Jessup M. (2003). The new staging system for heart failure. *Geriatrics*, 56(8), 31-36.

Byrne, M., Waish, J., & Murphy. A. (2005). Secondary prevention of coronary heart disease: Patient beliefs and health-related behaviour. *Journal Psychosomatic Research*, 58, 403-445.

Carelock, J., & Clark, A.P. (2001). Heart failure: Pathophysiologic mechanisms. *American Journal of Nursing*, 101(12), 26-32.

Heart Failure Society of America. (2002). *What you should know about heart failure America's silent epidemic*. Heart Failure Society America.

Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. R. (1980). The common sense representation of illness anger. In S. Rachmand (Ed.), *Contributions to medical psychology* (2). New York : Pergamon Press.

Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Home, R., Cameron, L. D., & Buick, L. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17, 1-16.

New York Heart Association (NYHA).

(2001). *The stage of heart fail NYHA classification*. Retrieved February 20, 2008, from <http://www.abothf.org/questions/stages.htm>.

Polit, D.F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods*. Philadelphia: Lippincott.

Remme, W. J., & Swedberg, K. (2001). Task force report: Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure. *European of Heart Journal*, 22, 1527-1560.

Riegel, B., Carlson, B., & Glaser, D. (2000). Development and testing of a clinical tool measuring self-management of heart failure. *Heart & Lung : Journal of Critical Care*, 29(1), 4-15.

Swedberg, K., Cleland, J., Dargie, H., Drexler, H., Fottath, F., Komajda, M., et al. (2005). Guidelines for the diagnosis and

treatment of chronic heart failure : Executive summary (update 2005). The task force for the diagnosis and treatment of chronic heart failure of the European Society of Cardiology. *Europe Heart Journal*, 26, 1115-1140.

Taccetta-Chapnick, M. (2002). Using carvedilol to treat heart failure. *Critical Care Nursin*, 22(2), 36-58.

Tully, K. C. (2002). Cardiovascular disease in older adult. In V.T. Cotter, N.E. Strumpf, (Eds). *Advanced praactice nursing with older adults: Clinical guidelines* (pp.29-65). New York: McGraw-Hill.

Vinson, Y.M., Rich, M.W., Sperry, Y.C., Shah, A.S., & McNamara, T. (1990). Early readmission of elderly patients with congestive heart failure. *Journal American Geriatrics Society*, 38, 1290-1295.