ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

FACTORS RELATED TO FUNCTIONAL PERFORMANCE OF REHOSPITALIZED PATIENTS WITH HEART FAILURE[1]

นนทกร ดำนงค์ พย.บ. (NONTAKORN DAMNONG, B.N.S.)[1]
อาภรณ์ ดีนาน ปร.ด (APORN DEENAN, Ph.D)[2]
วัลภา คุณทรงเกียรติ พย.ด. (WANLAPA KUNSONGKEIT, Ph.D)[3]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม ภาวะซึมเศร้าและการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลโดยทำการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 80 ราย ที่เข้ารับการรักษาคลีนิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล การปฏิบัติหน้าที่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม และภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัย พบว่า การปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.21, SD = 0.49) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค (r_s = .33, p = .003) พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม (r_s = .36, p = .001) และภาวะซึมเศร้า (r_s = –.45, p < .001)

คำสำคัญ: การรับรู้ความรุนแรงของโรค, พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค, การจำกัดน้ำดื่ม, ภาวะซึมเศร้า, การปฏิบัติหน้าที่, ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับมารักษาซ้ำ

[1] *พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, E-mail: nontakorn_katob@hotmail.com*
[2] *รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, E-mail: aporn@hotmail.com*
[3] *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, E-mail: jawanlapa@gmail.com*

Abstract

This descriptive correlational study was aimed to analyze the relationship among perceived severity, eating behavior and water/fluid restriction, depression and functional performance in rehospitalized heart failure patients. Data were collected from 80 rehospitalized heart failure patients who followed up at the outpatient clinic of one regional hospital and randomly selected into the study. Interviewed questionnaires including demographic, functional performance, perceived severity of heart failure, eating behavior and water/fluid restriction, and depression were used for data collection. Data were analyzed by using descriptive statistics and Spearman's Rank Correlation Coefficients.

The results found that: Functional performance among rehospitalized heart failure patients was at a moderate level (= 3.21, SD = 0.49), Significant factors related to functional performance among rehospitalized heart failure patients were perceived severity (r_s = .33, p = .003), eating behavior and water/fluid restriction (r_s = .36, p = .001), and depression (r_s = - .45, p < .001).

Keywords: perceived severity, eating behavior, water/fluid restriction, depression, functional performance, rehospitalized heart failure patients.

บทนำ

ภาวะหัวใจวายเป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ ทำให้ไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายหรือรับเลือดกลับเข้าสู่หัวใจได้ตามปกติ เป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การดูแลรักษาจึงมุ่งเน้นการควบคุมอาการของภาวะหัวใจวายและโรคที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจวายควบคู่กันไป (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2551; Yancy et al., 2013) ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายจะมีความจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ และการดำรงชีวิตประจำวัน และอาจต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Bekelman et al., 2007; Grange , 2005; จอม สุวรรณโณ และคณะ, 2551; จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์, 2555) จากการศึกษาของ Schwarz and Elman (2003) พบว่า ระดับการทำหน้าที่ของร่างกายมีความสัมพันธ์กับภาวะหัวใจวาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Song, Moser and Lennie (2009) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่มีอาการทางด้านร่างกายจะทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง และไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ และการศึกษาของ Norberg, Boman and Lofgren (2008) พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายทำหน้าที่ได้ลดลงจะไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ และจากการศึกษาของ Heo, Doering, Widener, & Moser (2008) ยังพบว่า ผู้ป่วยจะหยุดทำกิจกรรมต่าง ๆ ทันทีเมื่อเกิดอาการหายใจลำบากและมีอาการอ่อนเพลีย ในระหว่างการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดังนั้น การปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย จึงเป็นตัวแปรสำคัญในการพยากรณ์ภาวะสุขภาพและผลการดูแลรักษาของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายได้ (Wang, 2004)

จากการศึกษายังพบว่าปัจจัยที่มีความ สัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรง

ของโรค พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม และภาวะซึมเศร้า (Krumholz et al., 2002; Tsay & Chao, 2002) ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการรับรู้ความเจ็บป่วย เป็นการรับรู้ข้อมูลและมีความเข้าใจในการเจ็บป่วยของตนเอง สามารถนำมาคิดค้นหาวิธีการจัดการความเจ็บป่วยของตนเอง จะทำให้ความรุนแรงของโรคหรือความเจ็บป่วยลดลง การรับรู้ความเจ็บป่วยที่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยนำความรู้และประสบการณ์มาใช้ในการจัดการกับปัญหาที่เผชิญอยู่ได้อย่างเหมาะสม (Diefenbach & Leventhal, 1996) จากการศึกษาของ Riegel, Cason and Glaser (2000) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อดำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกาย และสามารถควบคุมความรุนแรงของภาวะหัวใจวายได้โดยผู้ป่วยสามารถประเมินจากอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้น เช่น อาการเหนื่อยหอบ ไอ บวม ความทนในการทำกิจกรรมลดลง จะทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายสามารถควบคุมระดับความรุนแรงของโรคได้ ค้นหาสาเหตุที่เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการและเมื่อเกิดอาการต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมของตนเองได้ (Heo, et al., 2008) การศึกษาของ Krumholz et al., (2002) พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่ถูกต้องจะปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมกับภาวะหัวใจวาย ช่วยลดระดับความรุนแรงของโรค และลดการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

จากการศึกษาของ Van Der Wal et al. (2007) พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายยังมีปัญหาในการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรคและเป็นสาเหตุที่ทำให้ต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลเนื่องจากการรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมและการดื่มน้ำมากเกินไป (สุรชัย กอบเกื้อชัยพงษ์, 2556) การศึกษาของ เยาวภา บุญเที่ยง (2545) พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายไม่มีการจำกัดเกลือจากอาหารและน้ำดื่ม มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่มที่ไม่ถูกต้องจะทำให้ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจวายเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยลดลงและอาจต้องกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมักเกิดภาวะซึมเศร้า จากความเจ็บป่วยที่เรื้อรัง(Aderson et al., 2006) โดยส่งผลกระทบต่อการแสดงอารมณ์ความคิดและพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกเศร้าเบื่อหน่าย ท้อแท้ ขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (สุรชัย กอบเกื้อชัยพงศ์, 2556) และไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา (จันทร์เพ็ญ สมโน, 2551) ทำให้ระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นและการปฏิบัติหน้าที่ลดลง รวมทั้งอาจเป็นสาเหตุของการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล จากการศึกษาของ Tsay and Chao (2002) พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม และภาวะซึมเศร้า เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องตระหนัก เห็นความสำคัญในการดูแลตนเอง เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้ด้วยตนเองและเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนได้ รวมไปถึงหาวิธีการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้การรับรู้ความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม และภาวะซึมเศร้ายังเป็นสาเหตุสำคัญทำให้ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจวายของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น จนไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่ตนเองต้องการได้ ส่งผลทำให้การปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายลดลงและอาจต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะ

โรคและจำกัดน้ำดื่ม และภาวะซึมเศร้ากับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

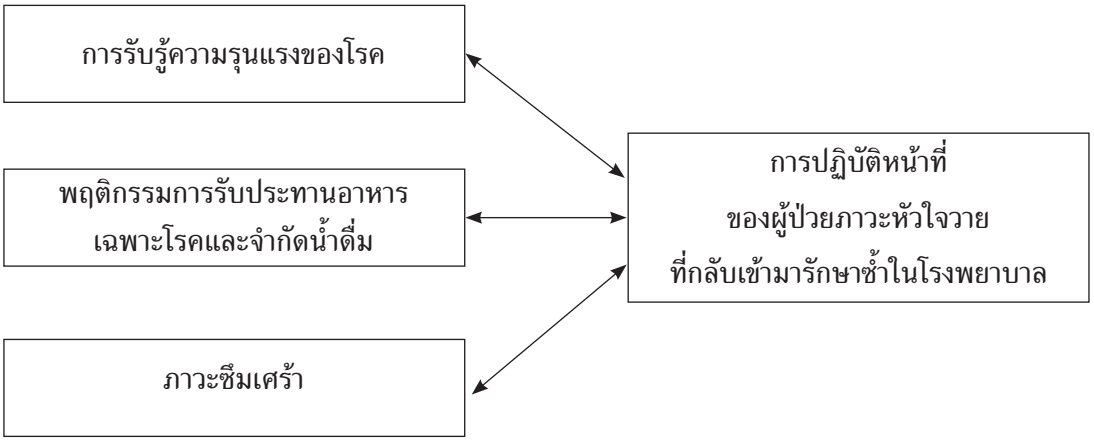
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม ภาวะซึมเศร้าและการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

กรอบแนวคิดในการทำวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดสามัญสำนึกเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Common-sense Model) ของ Diefenbach and Leventhal (1996) ที่เชื่อว่า การรับรู้การเจ็บป่วยของแต่ละบุคคลเป็นการรับรู้และเข้าใจจากประสบการณ์ความเจ็บป่วย ค้นหาวิธีการจัดการความเจ็บป่วยและสามารถจัดการกับปัญหาการเจ็บป่วยของตนเอง มีองค์ประกอบหลัก 4 ประการ ได้แก่

1. การได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย
2. การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย
3. การเผชิญปัญหา
4. การประเมินผลลัพธ์

โดยเมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลต่าง ๆ คำแนะนำจากแพทย์หรือบุคลากรทางสุขภาพ จากประสบการณ์ความเจ็บป่วยของตนเองหรือจากคำบอกเล่าของผู้อื่น ทำให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเองที่เกี่ยวกับสาเหตุ อาการแสดง/ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติตน/การควบคุมโรค การรับรู้ผลลัพธ์ที่ตามมาของการเจ็บป่วย แล้วนำมาคิดหาวิธีการต่าง ๆ ในการจัดการความเจ็บป่วยของตนเอง เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อควบคุมระดับความรุนแรงไม่ให้เพิ่มมากขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของภาวะหัวใจวาย รวมทั้งการประเมินผลลัพธ์วิธีการจัดการที่เหมาะสมกับความเจ็บป่วยของตนเอง ซึ่งการศึกษาครั้งนี้สามารถนำมาประยุกต์ในการวิจัยสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัยได้ ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจวายเนื่องจากพยาธิสภาพที่หัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง มีประวัติการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยอาการเหนื่อยหอบ อาการหายใจลำบากและมีภาวะน้ำเกินจากภาวะหัวใจวายโดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้าหลังการจำหน่ายภายในระยะเวลา 1 ปี โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

1. มีอายุ 20 ปีถึง 60 ปี

2. มีระดับความรู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารเข้าใจภาษาไทยได้ดี

3. ไม่มีหายใจเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก แน่นหน้าอกหรืออาการอื่น ๆ ที่แสดงถึงภาวะหัวใจวายกำเริบก่อนการให้สัมภาษณ์

4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคเบาหวาน โรคไตหรือโรคไทรอยด์เป็นพิษ เป็นต้น

5. มีความสมัครใจ ยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้มาจากการคำนวณจากสูตรของ Thorndike (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2553) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณ คือ n = 10k + 50 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ จำนวน 80 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายและตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 เดือนกันยายน ถึงวันที่ 1 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2557 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ด้วยผู้วิจัยเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 5 ส่วน มีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามแบบเลือกตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยภาวะหัวใจวาย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจวายภายใน 1 ปี จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ใช้แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติหน้าที่ของพัทธ์ชนก วิถีธรรมศักดิ์ (2553) แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ การดูแลร่างกาย การทำกิจกรรมภายในบ้าน การออกกำลังกาย การพักผ่อนและนันทนาการ กิจกรรมทางจิตวิญญาณและกิจกรรมทางสังคม รวมจำนวนทั้งหมด 32 ข้อ แต่ละข้อมีลักษณะการตอบเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้ 1 หมายถึง ไม่สามารถทำกิจกรรมได้เลยเป็นผลจากปัญหาทางสุขภาพ 2 หมายถึง ทำกิจกรรมได้ลำบากมากเป็นผลจากปัญหาทางสุขภาพ 3 หมายถึง ทำกิจกรรมได้ลำบากบางครั้งเป็นผลจากปัญหาทางสุขภาพ และ 4 หมายถึง ทำกิจกรรมได้สะดวกไม่มีข้อจำกัดใด ๆ การแปลผลคะแนนพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติหน้าที่ของแต่ละบุคคล สามารถคำนวณได้โดยนำผลรวมคะแนนการปฏิบัติหน้าที่ในแต่ละข้อ ยกเว้นข้อที่ตอบตัวเลือก “ไม่ทำเนื่องจากสาเหตุอื่น ๆ” หารด้วยจำนวนข้อทั้งหมด (32 ข้อ) ลบจำนวนข้อที่ตอบตัวเลือก “ไม่ทำเนื่องจากสาเหตุอื่น ๆ”และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจวายจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นอัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.93

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของโรค ใช้แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของโรคของจิราภรณ์ มีชูสิน (2552) ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับอาการหอบเหนื่อย จำนวน 5 ข้อ การรับรู้ความทนในการทำกิจกรรมลดลง จำนวน 8 ข้อ และการรับรู้อาการบวม จำนวน 5 ข้อ รวมทั้งหมด 18 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า (0 – 10) โดยไม่มีความรุนแรง

ของโรคให้ 0 คะแนน และมีความรุนแรงของโรคมากให้ 10 คะแนน การแปลผลคะแนนมีค่าคะแนนระหว่าง 0 – 180 คะแนน ดังนี้ 0 – 60 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับต่ำ 61 – 120 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับปานกลางและ 121 – 180 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับสูงและนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจวายจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นอัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.90

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม ผู้วิจัยที่ดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่มของจิราภรณ์ มีชูสิน (2552) และจากการทบทวนวรรณกรรมซึ่งประกอบด้วย การเลือกรับประทานอาหารที่มีโซเดียมต่ำและการลดการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม การลดอาหารที่มีไขมันสูง การรับประทานอาหารที่มีปริมาณที่เหมาะสมและหลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่เหมาะสมกับภาวะหัวใจวาย เช่น กาแฟ ชา เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และปริมาณน้ำให้สมดุลกับภาวะหัวใจวาย มีข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นมาตรส่วนแบบประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัตินาน ๆครั้ง หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นน้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นสัปดาห์ละ 2–3 ครั้ง ปฏิบัติปานกลาง หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นสัปดาห์ละ 4–5 ครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมากกว่าสัปดาห์ละ 5 ครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นประจำวันทุกวันในหนึ่งสัปดาห์ การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ 1 – 35 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่มอยู่ในระดับต่ำ 36 – 70 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่มอยู่ในระดับปานกลาง 71–105 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่มอยู่ในระดับสูง แบบสัมภาษณ์นี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรง คุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.95 และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจวายจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นอัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.78

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้า ใช้แบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้าของพัชรวรรณ ศรีคง (2553) มีจำนวนทั้งหมด 18 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นแบบการประมาณค่า 4 ระดับ ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0 คะแนน) หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้ มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (1 คะแนน) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเล็กน้อยในขณะนี้ มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (2 คะแนน) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านปานกลางในขณะนี้ มีภาวะซึมเศร้ามาก (3 คะแนน) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากในขณะนี้การแปลผลคะแนนภาวะซึมเศร้า ได้แบ่งค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าเป็น 4 ระดับ คือ 0.00 – 13.4 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้าหรืออยู่ในระดับปกติ 13.5 – 26.9 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 27.0 – 40.4 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง และ 40.5 – 54.0 คะแนนหมายถึง มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับมาก และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจวายจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นอัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.80

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพารหัสจริยธรรมการวิจัยเลขที่ 04-07-2557 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลที่เป็นแหล่งข้อมูล รหัสจริยธรรมการวิจัยเลขที่ 014/2557 ผู้วิจัยแนะนำกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บ

รวบรวมข้อมูลประโยชน์ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และให้ลงนามยินยอม โดยไม่มีการบังคับ กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาไม่ต้องอธิบายเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ คำตอบจากแบบสัมภาษณ์หรือข้อมูลทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับการนำเสนอข้อมูล และการพิมพ์เผยแพร่จะกระทำในภาพรวมตามวัตถุประสงค์ของวิจัยเท่านั้น และเมื่อพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น ผู้วิจัยได้ประสานงานกับพยาบาลหน้าห้องตรวจเพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง ได้รับการดูแล การรักษาภาวะซึมเศร้าตามมาตรฐานของโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ด้วยนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's Rank Correlation Coefficient) เนื่องจากการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่าข้อมูลกระจายไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 56.25 มีอายุ 51 – 60 ปี ร้อยละ 51.25 (M = 48.10, SD = 11.03) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 48.75 รองลงมาคือจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 31.25 ประกอบ อาชีพรับจ้างร้อยละ 36.25 รองลงมาคือประกอบอาชีพเกษตรกรรมและค้าขาย ร้อยละ 11.25 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว 15,001 – 20,000 บาทร้อยละ 21.25 (M = 19,150.50, SD = 9230.76) รองลงมาคือมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว 10,001 – 15,000 บาท ร้อยละ 18.75 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว 5,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 17.5 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยภาวะหัวใจวาย 1 – 2 ปี ร้อยละ 36.25 (M = 2.00, SD = 1.61) รองลงมาคือน้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 30 และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะหัวใจวาย 2 ครั้งภายใน 1 ปี ร้อยละ 47.5 (M = 2.60, SD = 1.57) รองลงมาคือเข้ารับการรักษาด้วยภาวะหัวใจวาย 1 ครั้งภายใน 1 ปี ร้อยละ 18.75

การปฏิบัติหน้าที่โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.21, SD = 0.49) เมื่อพิจารณาการปฏิบัติหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่างรายด้าน พบว่า การปฏิบัติหน้าที่ด้านการดูแลร่างกายอยู่ในระดับสูง (M = 3.81, SD = 0.43) รองลงมาการปฏิบัติหน้าที่ด้านการพักผ่อนและนันทนาการอยู่ในระดับสูง (M = 3.45, SD = 0.55) และการปฏิบัติหน้าที่ด้านการดูแลกิจการภายในบ้าน มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง (M = 2.94, SD = 0.62) การรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง (M = 93.37, SD = 22.07) พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม อยู่ในระดับปานกลาง (M = 56.67, SD = 12.01) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (M = 12.28, SD = 6.21) ร้อยละ 67.5

ตารางที่ 1 แสดงค่าการปฏิบัติหน้าที่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (n = 80)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน		M	SD	ระดับ
	ค่าเป็นไปได้	คะแนน			
การปฏิบัติหน้าที่	1 – 4	3.97 – 1.75	3.21	0.49	ปานกลาง
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0 – 180	45 – 145	93.37	22.07	ปานกลาง
พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม	0 – 105	30 – 78	56.67	12.01	ปานกลาง
ภาวะซึมเศร้า	0 – 54	3 – 49	12.28	6.21	ไม่มีภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม ภาวะซึมเศร้า และการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (n = 80)

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน	P – value
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.33	.003
พฤติกรรมการรับประทานอาหาร		
เฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม	0.36	.001
ภาวะซึมเศร้า	-0.45	< .001

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการปฏิบัติหน้าที่โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.21, SD = 0.49) เมื่อพิจารณาการปฏิบัติหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่างรายด้าน พบว่า การปฏิบัติหน้าที่ด้านการดูแลร่างกายอยู่ในระดับสูง (M = 3.81, SD = 0.43) รองลงมาการปฏิบัติหน้าที่ด้านการพักผ่อนและนันทนาการอยู่ในระดับสูง (M = 3.45, SD = 0.55) และการปฏิบัติหน้าที่ด้านการดูแลกิจการภายในบ้านมีค่าเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง (M = 2.94, SD = 0.62) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51 – 60 ปี ถึงร้อยละ 51.25 อาจมีการเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ทำให้เกิดความจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ หรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง (Bekelman et al., 2007; Grange , 2005) นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยด้วยภาวะหัวใจวาย 1-2 ปี ร้อยละ 36.25 (M = 24.09, SD = 19.33) ซึ่งเป็นระยะการเจ็บป่วยที่ไม่นานและมีจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะหัวใจวายภายใน 1 ปี ถึงร้อยละ 47.5 (M = 2.60, SD = 1.57) ซึ่งระยะเวลาการเจ็บป่วยร่วมกับประสบการณ์ที่ผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล อาจทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายได้เรียนรู้เข้าใจเกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วยของตนเอง และรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้สามารถปรับตัวและหาวิธีจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ

สอดคล้องกับการศึกษาของ Diefenbach and Leventhal (1996) ที่เชื่อว่า เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้และเข้าใจการเจ็บป่วย จากประสบการณ์ความเจ็บป่วยของตนเอง และหาวิธีการจัดการความเจ็บป่วย ส่งผลให้มีการปฏิบัติตามวิธีการรักษาหรือปรับพฤติกรรมในการควบคุมโรค ซึ่งเมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่ถูกต้อง จะสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมกับภาวะหัวใจวาย ทำให้ช่วยลดระดับความรุนแรงของโรค และลดการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ (Krumholz et al., 2002)

ผลการศึกษาการรับรู้ความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล โดยพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = .33, p = .003) เมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคสูงขึ้นจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ หรือปฏิบัติหน้าที่ได้เพิ่มขึ้น เนื่องจากการรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นการรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง มีการรับรู้ข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ จากประสบการณ์ความเจ็บป่วยของตนเอง และหาวิธีการจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเอง ส่งผลให้มีการปฏิบัติตามวิธีการรักษาหรือมีการปรับพฤติกรรมในการควบคุมโรคที่ถูกต้อง (Diefenbach & Leventhal, 1996) สอดคล้องกับการศึกษาของ Byme, Waish, & Murphy (2005) ที่พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่ถูกต้อง จะสามารถควบคุมความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย ลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ หรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้น

พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและการจำกัดน้ำดื่มมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = .36, p = .001) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่มอยู่ในระดับปานกลาง (M = 56.67, SD = 12.01) ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Carlson, Riegel and Moser (2001) พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายร้อยละ 26.1 มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค เช่น รับประทานอาหารที่มีโซเดียมต่ำ ลดการรับประทานอาหารรสเค็ม ลดอาหารที่มีไขมันสูง ลดอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง หลีกเลี่ยงชา กาแฟ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม และการจำกัดปริมาณน้ำดื่มตามแผนการรักษา จึงทำให้การปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง และยังมีความสัมพันธ์พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและการจำกัดน้ำดื่ม

นอกจากนี้ผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = – .45, p = < .001) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (M = 12.28, SD = 6.21) มีเพียงร้อยละ 32.6 ของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 31.3 และระดับสูงเพียงร้อยละ 1.3 ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่เบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ การรับรู้ความคิดเป็นไปในทางลบ ส่งผลให้มีการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ทางด้านร่างกายลดลง จากความผิดปกติทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติตน ไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (Aderson et al., 2006; สุรชัย กอบเกื้อชัยพงศ์, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทร์เพ็ญ สมโน (2551) ที่พบว่า เมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเกิดภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยจะไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ไม่มาพบแพทย์

ตามนัด รวมไปถึงไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจวายเพิ่มขึ้นและปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ลดลงตามมา ซึ่งการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Tsay and Chao (2002) พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลและบุคคลกรทางสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ควรส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคโดยการสังเกตอาการที่เกิดขึ้นกับตนเอง ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่มที่ถูกต้อง วิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้าเพื่อให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีความรู้ ความเข้าใจตระหนักถึงการเจ็บป่วยของตนเองเพื่อเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ และลดการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

นอกจากนี้สามารถนำผลวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐาน เช่น การสร้างและพัฒนารูปแบบการให้บริการเพื่อการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย การจัดโปรแกรมส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่โดยใช้การรับรู้ความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่ม และภาวะซึมเศร้า เป็นประเด็นหลักในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์. (2555). บทบาทพยาบาลกับการดูแลตนเองในผู้ที่มีภาวะหัวใจวาย. *วารสารการพยาบาล, 27*(1), 13 – 24.

จอม สุวรรณโณ, เรวดี เพชรศิราสัณฑ์, ปุณยวีร์ ประเสริฐไทย, วงรัตน์ ใสสุข, และอรุณศรี จันทรประดิษ์. (2551). การดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาล. 23*(1), 35 – 47.

จันทร์เพ็ญ สมโน. (2551). *ความร่วมมือในการรักษาและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลเชียงใหม่ราม.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จิราภรณ์ มีชูสิน. (2552). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยบูรพา.

พัชรวรรณ ศรีคง. (2553). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พัทธ์ชนก วิถีธรรมศักดิ์. (2553). *ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ที่เป็นโรคปอด*

อุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

เยาวภา บุญเที่ยง. (2545). *การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพ และการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุหัวใจวายเลือดคั่ง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์และชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย. (2551). *แนวทางการปฏิบัติมาตรฐานเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว*. สืบค้นจาก http://www.thaiheart.org

สุรชัย กอบเกื้อชัยพงษ์. (2556). การศึกษาหาปัจจัยของการกลับมานอนซ้ำในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวหลังจากออกจากโรงพยาบาลภายใน 28 วันในโรงพยาบาลสระบุรี. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า, 30*(1), 35-46.

Anderson, M. A., Levsen, J., Dusio, N. E., Brvant, P. J., Brown, S. M., Burr, C. M., & Brown-Benn, C. (2006). Evidenced-based factors in readmission of patients with heart failure. *Journal of nursing care quality, 21*, 160-167.

Bekelman, D. B., Havranex, E. P., Becker, D. M., Kutner, J. S., Peterson, P. N., & Wittatein, I. S. (2007). Symptom depression, and quality of life in patients with heart failure. *Journal of Cardiac Failure, 13*(8), 643-648.

Diefenbach, M. A., & Leventhal, H. (1996). The common sense model of illness representation: Theoretical and practical considerations. *Social Distress and the Homeless, 5*(1), 11-38.

Grange, J. (2005). The role of nurses in the management of heart failure. *Heart*,91 (Suppl II):ii39–ii42. doi: 10.1136/hrt.2005.062117.

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. *American Journal of Critical Care, 17*(2), 124-132.

Krumholz, H. M., Amatruda, J., Smith, G. L., Mattera, J. A., Rournanis, S. A., & Radford, M. J. (2002). Randomized trial of an education and support intervention to prevent readmission of patients with heart failure. *Journal of American College of Cardiology, 39*(1), 83-89.

Norberg, E. B., Boman, K., & Lofgren, B. (2008). Activities of daily living for old persons in primary health care with chronic heart failure. *Scandinavian Journal of Caring Science, 22*(2), 203-210.

Riegel, B., Cason, 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.

Schwarz, K. A., & Elman, C. S. (2003). Identification of factors predictive of hospital readmissions for patients with heart failure. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care, 32*(2), 88-99.

Song, E. K., Moser, D. K., & Lennie, T. A.(2009). Relationship depressive symptoms to the impact of physical symptoms on functional status in women with heart failure. *American Journal of Critical Care, 18*, 348-356.

Tsay, S. L., & Chao, Y. F. C. (2002). Effects of perceived self-efficacy and functional status on depression in patients with chronic heart failure. *The journal of nursing research, 10*(4), 271-278.

Van der Wal, M., H., Jaarsma T., Moser, D. K., van Gilst, W. H., & van Veldhuisen, D. J. (2007). Unraveling the mechanisms for heart failure patients' beliefs about compliance. *Heart & Lung. 36*(4), 253-261.

Wang, T. J. (2004). Concept analysis of functional status. *International Journal of Nursing Studies, 41*, 457-462.

Yancy, C. W., Jessup, M., Bozkurt, B., J., Casey, D.E., Jr, Drazner, M, H., et al. (2013). 2013 *ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines*. Retrieved from http://circ.ahajournals.org/content/early/2013/06/03/CIR.b013e31829e8776.