



ภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มี อาการกำเริบ*

พลอยลดา ศรีหาม พย.ม**

อัมพรพรรณ ชีรานุกร PhD***

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อทราบถึงภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีอาการกำเริบ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีอาการกำเริบ จำนวน 45 ราย ในหอผู้ป่วยอายุศาสตร์หัวใจ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ทำการศึกษาตั้งแต่เดือน มีนาคม ถึง เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสอบถามภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีอาการกำเริบ โดยได้นำแบบสอบถามการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับปรับปรุง (Illness Perception Questionnaire-Revise, IPQ-R) มาแปลเป็นภาษาไทยโดยผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับ (Back translation) และปรับปรุงเพื่อให้มีความสอดคล้องต่อการเก็บข้อมูลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีอาการกำเริบเพิ่มขึ้น มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านและหาค่าความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือ เท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า ภาพของคุณลักษณะของโรคหรือการเจ็บป่วย (Identity) การเกิดอาการกำเริบของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว มีลักษณะเฉพาะ คือ หายใจลำบากในเวลากลางคืน ($\bar{X} = 4.64$, S.D. = 0.57) ภาพของสาเหตุของโรคหรือการเจ็บป่วย (Cause) ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่า เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพ คือ การไม่ควบคุมเกลือ ($\bar{X} = 4.62$, S.D. = 0.58) ภาพของการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลา (Time-line) คือ การเจ็บป่วยจะอยู่ช่วงเวลาสั้นๆ ($\bar{X} = 4.02$, S.D. = 0.54) และอาการของการเจ็บป่วยเปลี่ยนแปลงมากมายแบบวันต่อวัน ($\bar{X} = 4.89$, S.D. = 0.49) ภาพของความสามารถที่จะควบคุมหรือรักษาการเจ็บป่วยได้ (Cure/ Controllability) ตามความสามารถการควบคุมโรคโดยบุคคล (Personal Control) คือ ไม่มีอะไรที่จะส่งผลกระทบท่อการเจ็บป่วย ($\bar{X} = 3.82$, S.D. = 0.58) การรับรู้ภาพของความสามารถที่จะควบคุมหรือรักษาการเจ็บป่วยตามความสามารถการควบคุมโรคโดยการรักษา (Treatment Control) คือ การรักษาสามารถควบคุมการเจ็บป่วย ($\bar{X} = 3.96$, S.D. = 0.31) ภาพของผลที่เกิดตามมาภายหลังการเจ็บป่วย (Consequences) ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยมีผลกระทบหลักๆต่อชีวิต ($\bar{X} = 3.96$, S.D. = 0.41) และภาพของการตอบสนองทางอารมณ์ต่อการเจ็บป่วย (Emotional) ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่า การเจ็บป่วย ไม่ได้ทำให้รู้สึกวิตกกังวล ($\bar{X} = 3.53$, S.D. = 0.44) ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าพยาบาลควรตระหนักถึงความเข้าใจการรับรู้ภาพสะท้อนทางความคิดของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยเอง โดยมีการประเมินภาพสะท้อนทางความคิดของการเจ็บป่วยเป็นระยะๆ ตลอดช่วงของการมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งอาจจะเป็นจุดเริ่มต้นที่ช่วยให้พยาบาลเข้าใจการปฏิบัติตามแผนการรักษา การดูแลตนเอง การจัดการตนเองของผู้ป่วยมากขึ้น สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยได้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับตัวได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย และพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ภาพสะท้อนทางความคิด ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว อาการกำเริบ

*วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*ได้รับทุนสนับสนุนและส่งเสริมการทำวิทยานิพนธ์ จาก ศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน

**นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***รองศาสตราจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



Illness Representation Among Patients with Acute Exacerbation Heart Failure*

Ploylada Srihanoo M.N.S.**

Ampornpan Theeranut PhD***

Abstract

This descriptive research aimed to study illness representation among patient with acute exacerbation heart failure. Forty-five acute exacerbation heart failure patient, readmitted inpatient department, Queen Sirikit Heart Center of the Northeast Khonkaen University, Srinakarin hospital. Data were collected between March to June, 2017, using Illness Questionnaire-Revise Perception, IPQ-R back translated into Thai language and revise to consistent heart failure patient with acute exacerbation. The content validity was test by 3 experts and Cronbach's alpha reliability of 0.89 was also obtained. Descriptive statistics including frequency, percentage, average and standard deviation were used in the analysis.

The results of the study were as follows ; Identity, the occurrence of acute exacerbation heart failure patients with specific characteristics or symptoms is dyspnea at night ($\bar{X} = 4.64$, S.D. = 0.57). Cause the patient has a behaviors that arise from risks to health is not to control salt ($\bar{X} = 4.62$, S.D.= 0.58). Time-line is illness will last a short time ($\bar{X} = 4.02$, S.D.= 0.54) and the symptoms of illness change a great deal from day to day ($\bar{X} = 4.89$, S.D. = 0.49). Cure/Controllability based on the ability to control the illness by personal Control is nothing do will affect illness ($\bar{X} = 3.82$, S.D. = 0.58). Treatment Control is treatment can control illness ($\bar{X} = 3.96$, S.D. = 0.31). Consequences of the patients are illness has major consequences on life ($\bar{X} = 3.96$, S.D. = 0.41). Emotional patients are aware that my illness does not worry ($\bar{X} = 3.53$, S.D. = 0.44) The results suggest that nurses should be aware and understand of the illness representation patient's. An assessment illness representation is intermittent. Throughout the range at the hospital. This could be a starting helps nursing understand the planning patient's self-care. It can be used as a guideline to planning patients to encourage appropriate and improve the quality of nursing.

Keywords: Illness Representation, heart failure patients, acute exacerbation

*Thesis for Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing, Graduate School, Khon Kaen University,

*This study was funded by Research and Training Ceenter for Enhancing Quality of Life of Working Age People

** Master Student in Adult Nursing Program, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

***Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University



บทนำ

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นปัญหาของระบบสาธารณสุขทั่วโลกที่พบอัตราการป่วยและอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ถึงแม้ว่าจะมีการรักษาที่ก้าวหน้าในปัจจุบัน ในประเทศสหรัฐอเมริกาอัตราการป่วยประมาณ 715,000 คนต่อปี อัตราการเสียชีวิต 162,000 รายต่อปี¹ และมีอัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสูง เมื่อเปรียบเทียบกับโรคเรื้อรังอื่นๆ² สำหรับในประเทศไทยพบว่า อัตราการเสียชีวิตของคนไทยจากสาเหตุหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้นเป็นเท่าตัว ในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมา และมีแนวโน้มสูงมากขึ้นในอนาคต จากรายงานจำนวนผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2553 มี อัตราการป่วย 16.93 ต่อผู้ป่วยในแสนคน และมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2552 มี อัตราตาย 28.96 ต่อประชากรแสนคน

ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart Failure) หมายถึง ภาวะที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดในอัตราที่เพียงพอกับความต้องการของเนื้อเยื่อในร่างกาย³ มีผลต่อเนื่องให้เกิดการคั่งของน้ำและเกลือ² เรียกว่า ภาวะน้ำเกิน (Volume Overload) ซึ่งเป็นอาการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลว⁴ ภาวะน้ำเกินเป็นอาการแสดงของภาวะหัวใจซีกขวาล้มเหลว (Right sided heart failure) เกิดจากการทำงานของหัวใจห้องล่างขวา ผิดปกติจนไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปสู่ปอด หัวใจห้องล่างซ้ายและอวัยวะอื่นได้เพียงพอความต้องการของร่างกาย มักมีอาการ ขาบวม และเท้าบวม⁵ อาการที่พบบ่อย คืออาการหายใจลำบาก (Dyspnea) เป็นอาการเริ่มแรกที่พบบ่อยของภาวะหัวใจล้มเหลวและเป็นอาการกำเริบที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล^{1,5}

ในปี พ.ศ. 2555; 2556 และ 2557 จากสถิติของศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า มีผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเข้ารับการรักษารวม 321; 314 และ 407 รายตามลำดับ มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยอายุรศาสตร์หัวใจทุกเดือนและมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นดังสถิติเดือนตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 จำนวน 42; 35; 32; 44 และ 50 รายตามลำดับ จากสถิติบ่งบอกถึงการมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยทุกเดือนและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษานซ้ำในหอผู้ป่วยจำนวน 72; 93 และ 121 รายตามลำดับ และมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษานซ้ำในหอผู้ป่วยภายใน 28 วัน จำนวน

13 ; 18 และ 31 รายตามลำดับ ลักษณะอาการสำคัญที่นำผู้ป่วยกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล คือ มี อาการหายใจลำบากที่รุนแรง อาการบวม ได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ คือ มีภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมกับภาวะน้ำเกิน ระดับความรุนแรง 2 – 4 ผู้วิจัยได้สนใจเกี่ยวกับการกลับเข้ารับการรักษานซ้ำของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีอาการกำเริบจึงได้สัมภาษณ์การรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 5 ราย และเป็นผู้ป่วยที่กลับเข้ารับการรักษานซ้ำในโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบ พบว่าผู้ป่วยมี การรับรู้ต่อการเจ็บป่วยด้วยอาการกำเริบแต่ละรายมีความแตกต่างกัน ทั้ง ในส่วนของโรค อาการ และพฤติกรรม การจัดการตนเองที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคลและมีบางรายที่การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ไม่สอดคล้องไปกับมุมมองของผู้ให้บริการสุขภาพที่ได้ให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง อาทิเช่น ผู้ป่วยบอกว่าอาการที่เกิดขึ้นนี้ไม่รุนแรง และหายเร็วถ้ามาให้แพทย์ฉีดยาอาการก็จะหายไป ผู้ป่วยจึงมีการรับประทายยาไม่สม่ำเสมอ (ขาดยา) ไม่จำกัดน้ำ ไม่ควบคุมเกลือในอาหาร ซึ่อาหารมารับประทานเองจากตลาด ทำอาหารเองบางครั้ง ซึ่งพฤติกรรม การจัดการตนเองมีทั้งถูกต้อง ไม่ถูกต้อง บางรายไม่สนใจ และบางรายทำไม่ได้ ซึ่งประเด็นเหล่านี้ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบซึ่งไม่ได้รับรู้ว่าเป็นภาวะที่รุนแรงทางการแพทย์ ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะที่ต้องเข้มงวดและปฏิบัติตัวอย่างดีเพื่อมิให้เกิดอาการอีก ดังนั้นการทำความเข้าใจผู้ป่วยถึงการรับรู้ภาพสะท้อนทางความคิดของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการกำเริบซ้ำนั้นจึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด ทฤษฎีภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วยของลีเวนทาวและคณะ (Leventhal) ที่ผ่านมามีได้ให้ความหมายว่า การรับรู้ของบุคคลเป็นการจัดระบบ วิเคราะห์ แปล และให้ความหมายของการเจ็บป่วยนั้นตามความรู้ ความนึกคิด ความเข้าใจ ประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น และข้อมูลจากบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมรอบตัว รวมทั้งความรู้สึกต่ออาการขณะนั้น ซึ่งภาพการรับรู้หรือภาพสะท้อนทางความคิดของผู้ป่วยเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยแสดงออกทางพฤติกรรมสุขภาพ⁶จึงมีความน่าสนใจถึงการรับรู้ภาพสุขภาพที่เป็นมุมมองของผู้ป่วยเนื่องจากการรับรู้ของผู้ป่วยแต่ละรายนั้นมีผลต่อการจัดการอาการและพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย⁷ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมของลีเวนทาว



และคณะ ที่สอดคล้องกับภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วยในโรคหัวใจและหลอดเลือดอื่นๆ ผลการศึกษาพบว่า ยังมีการรับรู้ ภาพของคุณลักษณะของโรคหรือการเจ็บป่วย (Identity) น้อยการเกิดภาวะแทรกซ้อนจะสูงขึ้น คำตัดสิน การเกิดภาวะแทรกซ้อน ภาพของผลที่เกิดตามมาภายหลังการเจ็บป่วย (Consequences) เพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยจะทำนายความ เป็นไปได้ของประสบการณ์ การเกิดภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับการศึกษาของ Broad-bent และคณะ⁸ ที่สร้างกิจกรรมตามแนวคิดภาพสะท้อนทางความคิดในการค้นหาสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงและการวางแผน จัดการตนเองในผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทำให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสามารถฟื้นฟูตนเองและสามารถกลับมาทำงานตามปกติได้เร็วขึ้น

จากข้อมูล que ศึกษาในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวจึงมีประเด็นที่พยาบาลควรได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบเข้ารักษาตัวซ้ำบ่อยๆในโรงพยาบาล ทั้งนี้การศึกษาเพื่อทำความเข้าใจนี้จะช่วยให้พยาบาลได้ทำความเข้าใจมุมมองต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีอาการกำเริบที่แท้จริงว่าเป็นอย่างไร ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีอาการกำเริบขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเกี่ยวกับภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วยสามารถนำความรู้ไปเป็นแนวทางในการให้ความรู้และคำแนะนำการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคและอาการกำเริบของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีประสิทธิภาพได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีอาการกำเริบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วย (Illness Representation) ของลิเวนทาลและคณะ (Leventhal, et al)⁶ มาใช้เป็นกรอบแนวคิดการวิจัยซึ่งบุคคลจะจัดการหรือตอบสนอง ต่อการเจ็บป่วยอย่างไรขึ้นอยู่กับพื้นฐานขององค์ประกอบของภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วย ดังนี้

1. ภาพของคุณลักษณะของโรคหรือการเจ็บป่วย (Identity) เป็นการรับรู้ การให้ความหมาย (Label) การเจ็บ

ป่วยตามความเข้าใจของบุคคลว่าโรคนั้นมีลักษณะเฉพาะอย่างไร หรือมี อาการอย่างไร (Symptom) ที่เป็นลักษณะเด่นของโรคตามความเข้าใจของบุคคล ซึ่งอาจไม่ได้เป็นความหมายเดียวกันกับทางการแพทย์

2. ภาพของสาเหตุของโรคหรือการเจ็บป่วย (Cause) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดการเจ็บป่วยหรือการเกิดอาการ ว่ามีปัจจัยหลายสาเหตุและหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

3. ภาพของการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลา (Time-line) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับขอบเขตของเวลาที่บุคคลเจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่งหรือช่วงเวลาการเจ็บป่วย ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เป็นจะมีช่วงเวลายาวนานเพียงใด เช่น เป็นโรคเฉียบพลัน (Acute) โรคเรื้อรัง (Chronic) หรือเป็นโรคที่ไม่หายขาด มีอาการทรมาน ทุติยภูมิ (Cyclical) เป็นต้น

4. ภาพของความสามารถที่จะควบคุมหรือรักษาการเจ็บป่วยได้ (Cure/ Controllability) เป็นการรับรู้ ถึงวิธีการที่ช่วยให้บุคคลหายจากโรคหรือการเจ็บป่วยนั้นทั้งในด้านการรักษา (treatment control) และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพรวมทั้งวิธีการจัดการการเจ็บป่วย (personal control) เพื่อควบคุมโรคให้กลับคืนสู่สภาพปกติอย่างไร

5. ภาพของผลที่เกิดตามมาภายหลังการเจ็บป่วย (Consequences) เป็นการรับรู้ถึงผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่เกิดขึ้นเมื่อเจ็บป่วยทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ที่ส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์การมีชีวิตอยู่ในสังคม และผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ ว่าการเจ็บป่วยนี้มีผลกระทบมากหรือมีผลกระทบน้อยเพียงใด ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมตอบสนองที่แตกต่างกัน

6. ภาพของการตอบสนองทางอารมณ์ต่อการเจ็บป่วย (Emotional) เป็นการรับรู้อารมณ์ขณะเผชิญกับการเจ็บป่วย เป็นปฏิกิริยาเชิงลบ เช่น ความกลัว ความโกรธ และความเครียด จะมีผลต่อการจัดการกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในระยะต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อทราบถึงภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีอาการกำเริบ ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวมารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุศาสตร์หัวใจ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ทำการ



ศึกษาตั้งแต่เดือน มีนาคม ถึง เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2560
คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Cochran, 1997
กรณีที่ไม่นับทราบขนาดประชากรที่แน่นอน และต้องการ
ประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร⁹ สูตรมีดังนี้

$$n = \frac{Z^2 \propto / 2 O^2}{d^2}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 \times (1.21)^2}{4.19 \times 3} = 44.75$$

$$100$$

s คือ ค่าความแปรปรวนของประชากร ซึ่งได้มาจากการศึกษางานวิจัยลักษณะคล้ายกันที่ศึกษามาก่อนคือ
เป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัย
เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน
ชนิดที่ 2 ซึ่งพบว่า ค่าความแปรปรวนของภาพสะท้อนทาง
ความคิดของการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน 5 องค์ประกอบ
หลัก มีค่าเท่ากับ 1.21 (SD = 1.21)

d คือ ค่าความคลาดเคลื่อนของการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง
ที่ยอมรับให้เกิดขึ้นได้ในการประมาณค่าที่ยอมรับ ได้กำหนด
ไว้ไม่เกินร้อยละ 5 หรือ 0.05 ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย
กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 3 ของคะแนนเฉลี่ยดังนั้น
ค่าความคลาดเคลื่อน แทนค่าในสูตรดังนี้ $d = \frac{4.19 \times 3}{100}$
ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตาม
เกณฑ์การคัดเข้า จำนวน ประกอบด้วย อายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้ง
เพศชายและเพศหญิงที่เคยมีประวัติเข้ารับการรักษาในโรง
พยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการกำเริบ อย่างน้อย
1 ครั้งใน 1 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยหัวใจ
ล้มเหลว underlying จากโรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary
artery disease) ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว
2 – 4 ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการได้ยิน การมองเห็น
และการพูด สติสัมปชัญญะปกติสามารถอ่านและเขียน
หนังสือได้จากการประเมินโดยให้ผู้ป่วยอ่านและเซ็นใบ
ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติไม่
อันตราย ไม่มีอาการอ่อนล้า ภายใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา และ
มีความสนใจและยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม 2 ส่วน
ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีอาการ
กำเริบ เกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรสระดับการศึกษา
อาชีพ รายได้ สิทธิในการรักษา ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วย
โรคหัวใจล้มเหลว การวินิจฉัยโรค อาการสำคัญที่นำผู้ป่วย

มาโรงพยาบาลครั้งนี้ ระดับความรุนแรงของโรค แบ่งตาม
The New York Heart Association (NYHA)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาพสะท้อนทางความคิด
ต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีอาการกำเริบ
ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการประเมินการรับรู้การเจ็บป่วย
ฉบับปรับปรุง (Illness Perception Questionnaire-Revise,
IPQ-R) 38 items พัฒนาโดย Moss Morris และคณะ¹⁰ มา
แปลเป็นภาษาไทยโดยผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับ
(Back translation) ของ Brislin¹¹ ภายหลังจากได้รับอนุญาต
จากเจ้าของเครื่องมือวิจัยต้นฉบับแล้ว ซึ่งสอดคล้องกับ
ทฤษฎีการใช้สามัญสำนึก (Common sense Model) ของ
Leventhal ทั้งหมด 6 ด้าน และได้มีการประยุกต์ข้อคำถาม
2 ด้าน ได้แก่ ภาพของคุณลักษณะของโรคหรือการเจ็บป่วย
(Identity) และภาพของสาเหตุของโรคหรือการเจ็บป่วย
(Cause) จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และจากการทบทวน
วรรณกรรมเพื่อให้แบบสอบถามมีความเฉพาะต่อการเก็บ
ข้อมูลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีอาการกำเริบมากขึ้น ทั้ง 6 ด้าน
ประกอบด้วยข้อคำถาม 53 ข้อ ซึ่งมีลักษณะเป็น มาตรวัด
แบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ คะแนนเฉลี่ยรวม มีค่า
ระหว่าง 1-5 แปลความหมาย ดังนี้ คะแนน 1.00 – 2.33
หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับภาพสะท้อนทางความคิดด้านหรือ
เรื่องนั้นอยู่ในระดับน้อย คะแนน 2.34 – 3.67 หมายถึง การ
รับรู้เกี่ยวกับภาพสะท้อนทางความคิดด้านหรือเรื่องนั้นอยู่ใน
ระดับปานกลาง คะแนน 3.68 – 5.00 หมายถึง การรับรู้
เกี่ยวกับภาพสะท้อนทางความคิดด้านหรือเรื่องนั้นอยู่ใน
ระดับมาก โดยมีการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เป็น
อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ 1 ท่าน และ
อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านภาพสะท้อนทางความคิด
1 ท่านและและอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา
อังกฤษ 1 ท่าน มีการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ
(Reliability) โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับ
การรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย แล้ว
คำนวณหาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนล
บาก (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า เท่ากับ 0.89
ซึ่งค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป ถือว่า
สามารถนำไปใช้ในงานวิจัยได้¹²

เก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
นำแบบสอบถามให้ผู้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามในช่วงเวลา



14.00 – 16.00 น. และในขณะนั้นผู้ป่วยไม่อยู่ในระหว่างการได้รับการตรวจโดยแพทย์หรือกิจกรรมทางการแพทย์ทางพยาบาล ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามและการสัมภาษณ์เพิ่มเติมในข้อคำถามบางข้อที่ต้องการเข้าใจถึงความคิดของผู้ป่วยให้ชัดเจนมากขึ้น ประมาณ 30 - 45 นาที หลังจากผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยสอบถามเพิ่มเติมและศึกษาแฟ้มประวัติผู้ป่วยเพื่อลงบันทึกข้อมูลในแบบสอบถามส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลขณะตอบแบบสอบถามหากพบว่าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง หรือพบความผิดปกติ ผู้วิจัยจะยุติการตอบแบบสอบถามทันที พร้อมทั้งให้การพยาบาลที่เหมาะสมและแจ้งพยาบาลผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยและแพทย์เจ้าของไข้รับทราบ

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยการเข้าร่วมการวิจัยขึ้นอยู่กับความสมัครใจของอาสาสมัคร ไม่มีการบังคับใดๆ รวมถึงอธิบายให้ทราบถึงสิทธิที่อาสาสมัครจะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาหากอาสาสมัครต้องการ โดยไม่ได้รับผลกระทบต่อการได้รับการรักษาและการบริการ การนำเสนอข้อมูลในการวิจัยเป็นการนำเสนอในภาพรวมไม่ระบุตัวบุคคล และข้อมูลจะไม่ถูกนำไปใช้ในกรณีใดๆ นอกเหนือจากการนำเสนอผลวิจัยครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีอาการกำเริบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีอาการกำเริบ คำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ภาพของคุณลักษณะของโรคหรือการเจ็บป่วย (Identity) ภาพของผลที่เกิดตามมาภายหลังการเจ็บป่วย (Consequences) และ ภาพของการตอบสนองทางอารมณ์ต่อการเจ็บป่วย (Emotional) วิเคราะห์โดยรวมรายชื่อ ภาพของสาเหตุของโรคหรือการเจ็บป่วย (Cause) ภาพของการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลา (Time-line) และภาพของความสามารถที่จะควบคุมหรือรักษาการเจ็บป่วยได้ (Cure/ Controllability) วิเคราะห์โดยรวมรายชื่อและรายด้าน

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีอาการกำเริบ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรศาสตร์หัวใจ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์จำนวน 45 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.7 เพศหญิง ร้อยละ 33.3 โดยมีอายุเฉลี่ย 52 ปี (S.D. = 12.8) มีอายุระหว่าง 36-65 ปี สถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คู่ ร้อยละ 75.6 รองลงมา สถานภาพสมรส หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ ร้อยละ 13.3 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบประถมศึกษา ร้อยละ 62.2 อาชีพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เกษตรกร ร้อยละ 55.6 รายได้ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 71.1 สิทธิในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 75.6

ประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีอาการกำเริบ ประวัติการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่ผ่านมา 3 - 4 ปี ร้อยละ 68.9 (ค่าเฉลี่ย 2.5 ปี, S.D. = 0.54) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1 ปีที่ผ่านมา จำนวน 2 ครั้ง ร้อยละ 60 การวินิจฉัยโรคของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาใน โรงพยาบาลครั้งนี้ มีภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมกับมีภาวะน้ำเกิน ร้อยละ 100 โรคประจำตัวร่วมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 93.3 อาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีอาการหายใจลำบาก ร้อยละ 97.8 รองลงมาคือ อาการบวมกดบุ๋ม ร้อยละ 86.7 ระดับความรุนแรง ระดับ 3 ร้อยละ 86.7 รองลงมาคือระดับ 4 ร้อยละ 13.3

ส่วนที่ 2 ภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีอาการกำเริบ

1. ภาพของคุณลักษณะของโรคหรือการเจ็บป่วย (Identity) พบว่าการรับรู้การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นขณะนี้จะมีลักษณะอาการในระดับมาก 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) หายใจลำบากในเวลากลางคืน ($\bar{X}$ = 4.64 , S.D. = 0.57) 2) หายใจลำบากเมื่อนอนราบ ($\bar{X}$ = 4.62 , S.D. = 0.49) 3) หายใจลำบากเมื่อออกกำลังกาย ($\bar{X}$ = 4.60 , S.D. = 0.58)

2. ภาพของสาเหตุของโรคหรือการเจ็บป่วย (Cause) พบว่าการรับรู้ภาพสาเหตุของโรคหรือการเจ็บป่วย เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพ อันดับแรก ได้แก่ ไม่ควบคุมเกลือ ($\bar{X}$ = 4.62, S.D. = 0.58) เกิดจากสภาพอารมณ์และจิตใจ อันดับแรก ได้แก่ ความเครียดหรือความวิตกกังวล ($\bar{X}$ = 3.83, S.D. = 0.47) และเกิดจากสรีรวิทยา อันดับแรก ได้แก่ การมีอายุมากขึ้นหรือความชรา ($\bar{X}$ = 4.00, S.D. = 0.41)



3. ภาพของการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลา (Time-line) พบว่าการรับรู้ภาพของการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาในช่วงเวลาสั้นหรือเป็นเวลานาน (Timeline Acute / Chronic) อันดับแรก ได้แก่ การเจ็บป่วยจะคงอยู่ช่วงเวลาสั้นๆ ($\bar{X}$ = 4.02, S.D. = 0.54) การรับรู้ภาพของการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาเป็นช่วงๆ (Timeline Cyclical) อันดับแรก คืออาการของการเจ็บป่วยเปลี่ยนแปลงมากมายแบบวันต่อวัน ($\bar{X}$ = 4.89, S.D. = 0.49)

4. ภาพของความสามารถที่จะควบคุมหรือรักษาการเจ็บป่วยได้ (Cure/ Controllability) พบว่าการรับรู้ภาพของความสามารถที่จะควบคุมหรือรักษาการเจ็บป่วยตามความสามารถการควบคุมโรคโดยบุคคล (Personal Control) อันดับแรก ได้แก่ ไม่มีอะไรที่จะทำให้ส่งผลกระทบต่อการเจ็บป่วย ($\bar{X}$ = 3.82, S.D. = 0.58) การรับรู้ภาพของความสามารถที่จะควบคุมหรือรักษาการเจ็บป่วยตามความสามารถการควบคุมโรคโดยการรักษา (Treatment Control) อันดับแรก ได้แก่ การรักษาสามารถควบคุมการเจ็บป่วยได้ ($\bar{X}$ = 3.96, S.D. = 0.31)

5. ภาพของผลที่เกิดตามมาภายหลังการเจ็บป่วย (Consequences) พบว่าการรับรู้การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นขณะนี้มีผลที่เกิดตามมาภายหลังการเจ็บป่วย ในระดับมาก 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) การเจ็บป่วยมีผลกระทบหลักๆต่อชีวิต ($\bar{X}$ = 3.96, S.D. = 0.41) 2) การเจ็บป่วยมีผลลัพธ์ทางด้านการเงินที่รุนแรง ($\bar{X}$ = 3.84, S.D. = 0.52) และ 3) การเจ็บป่วยก่อให้เกิดความยุ่งยากต่อบุคคลที่ใกล้ชิดกับฉัน ($\bar{X}$ = 3.82, S.D. = 0.58)

6. ภาพของการตอบสนองทางอารมณ์ต่อการเจ็บป่วย (Emotional) พบว่าการรับรู้ภาพของการตอบสนองทางอารมณ์ต่อการเจ็บป่วย ระดับมาก คือ การเจ็บป่วยไม่ได้ทำให้รู้สึกวิตกกังวล ($\bar{X}$ = 3.53, S.D. = 0.44)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง¹³ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยพบว่าเพศชายมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจมากกว่าเพศหญิงซึ่งได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และอายุที่เพิ่มขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างและสรีรวิทยาของระบบไหลเวียนเลือดตามวัย¹⁴ สอดคล้องกับการศึกษา

ที่ผ่านมาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ที่พบ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลายจนถึงผู้สูงอายุ ซึ่งอุบัติการณ์และความชุกของการเกิดโรคจะพบมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมียุมากกว่า 65 ปี นอกจากนี้การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่า ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบประถมศึกษา และมัธยมศึกษา ซึ่งระดับการศึกษามีผลต่อการรับรู้และการเข้าถึงข้อมูลทางด้านสุขภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ประวัติการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว 1 ปีที่ผ่านมา มากกว่าจำนวน 1 ครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Carlson, Riegel, & Moser¹⁵ ที่พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยมีอิทธิพลโดยอ้อมทางบวกต่อภาวะสุขภาพผ่านความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเอง ส่วนกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นระยะเวลานานแต่กลับยังมารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบในโรงพยาบาลนั้น เกิดจากพยาธิสภาพของหัวใจที่มีการเสื่อมประสิทธิภาพการทำงานที่ลง¹⁶ อาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลส่วนใหญ่มิมีอาการหายใจลำบาก รองลงมาคือ อาการบวมกดบวม ระดับความรุนแรง ระดับ 3 รองลงมาคือ ระดับ 2 การวินิจฉัยโรคของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้ มีภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมกับมีภาวะน้ำเกินสอดคล้องกับอาการเฉพาะของภาวะหัวใจล้มเหลวที่เป็นผลมาจากการคั่งของน้ำและเกลือในร่างกาย⁴ โรคประจำตัวร่วมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมา คือ โรคเบาหวาน จะเห็นได้ว่าปัจจุบันนี้โรคหัวใจหลอดเลือดหัวใจสามารถเกิดขึ้นได้กับประชาชนทุกคน ซึ่งอาจอธิบายได้จากสภาพสังคมไทยที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ประชาชนมีวิถีชีวิตแบบชาวตะวันตกมากขึ้น¹⁷

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีอาการกำเริบ มีการรับรู้หรือเกิดภาพทางความคิด (Schema) เกี่ยวกับการเกิดอาการกำเริบ ภาพของคุณลักษณะของโรคหรือการเจ็บป่วย (Identity) การให้ความหมาย (Label) หรืออาการ (Symptom) ของอาการกำเริบ คือ อาการหายใจลำบาก บวม และเหนื่อยอ่อนล้า สอดคล้องกับภาวะสุขภาพที่เกิดจริง เทียบเคียงกับ ประสบการณ์ตนเองได้อย่างถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับพยาธิสภาพของการเกิดอาการกำเริบของภาวะหัวใจ เกิดจากกลไกการปรับตัวที่ไม่เพียงพอความสามารถในการบีบตัวของหัวใจลดลง ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง เป็นผลให้ปริมาณเลือดที่เหลือ



ค้างในหัวใจห้องล่างซ้ายมากขึ้นและความดันในหัวใจห้องล่างซ้าย สูงขึ้นตามมา ร่วมกับเมื่อความสามารถในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างขวาตกลง ทำให้มีเลือดค้างในหัวใจห้องล่างขวามากขึ้น เป็นผลให้ความดันในหัวใจห้องล่างขวา ซึ่งระยะต่อมาจะทำให้ปริมาตรและความดันในหัวใจห้องบนขวาสูงขึ้นเป็นเหตุให้มีการคั่งของเลือดในหลอดเลือดดำทั่วร่างกาย⁴ ความเข้าใจภาพของสาเหตุของโรคหรือการเจ็บป่วย (Cause) ที่ไม่ชัดเจน การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้สาเหตุเกิดจาก พฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพ ได้แก่ ไม่ควบคุมเกลือ ไม่จำกัดน้ำดื่ม เป็นต้น จากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมเกี่ยวกับสาเหตุของโรคหรือการเจ็บป่วย ทั้งนี้ผู้ป่วยได้ให้ข้อมูลว่าไม่สามารถบังคับตนเองได้ในเรื่องของอาหารที่มีรสจัด ชอบรับประทานอาหารนอกบ้าน ไม่ได้ทำเอง และรับประทานอาหารร่วมกับสมาชิกในบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ Jurgens และคณะ¹³ ที่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนในด้านสาเหตุ ทำให้ผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงความรุนแรงที่อาจจะเกิดขึ้นหากไม่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล รวมถึงมีการรับรู้เกี่ยวกับภาพของการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลา (Time-line) การเกิดอาการกำเริบจะคงอยู่ช่วงเวลาสั้นๆ เป็นแค่ชั่วคราว มากกว่าคงอยู่ถาวร และจะดีขึ้นตามกาลเวลา เนื่องจากมีการรับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นนี้ไม่รุนแรง รับประทานาก็ดีขึ้น ผู้ป่วยจึงไม่จำกัดน้ำ ไม่ควบคุมเกลือในอาหาร และผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 60 เคยมีประสบการณ์อาการกำเริบ และเข้ารับการรักษาซ้ำ มากกว่า 2 ครั้งขึ้นไปใน 1 ปี แต่ละครั้งมีระยะเวลาการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 3 วัน จึงมีการรับรู้ประสบการณ์เดิมว่าการเจ็บป่วยจะเกิดในช่วงสั้นๆ ไม่คงอยู่นาน ซึ่งสอดคล้องกับการดำเนินโรคและพยาวิสภาพของหัวใจล้มเหลว อาการกำเริบดังกล่าวสามารถมีอาการเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ที่มีทั้งระยะอาการทรงตัวและกำเริบสลับกันอย่างต่อเนื่อง จะเกิดได้ในขณะที่ผู้ป่วยไม่มีกิจกรรมใด ๆ หรือขณะทำกิจกรรมก็ได้ ภาพของความสามารถที่จะควบคุมหรือการรักษาการเจ็บป่วย (Cure/Controllability) พบว่า ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถควบคุมการเจ็บป่วยได้น้อย โดยรับรู้ว่าการรักษาสามารถควบคุมการเจ็บป่วยได้มาก จากการสัมภาษณ์พบว่า เมื่อมีอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการกำเริบ ผู้ป่วยจะพยายามควบคุมอาการเหล่านั้นด้วยตนเองก่อน เช่น การพักผ่อน เพื่อบรรเทาอาการ หรือใช้การรักษา เช่น การปรับยาขับ

ปัสสาวะ หลังจากนั้นรอดูผลของการจัดการด้วยตนเองก่อนที่จะตัดสินใจมารับการรักษาที่โรงพยาบาลหากไม่สามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยจะรีบมาโรงพยาบาลในที่สุด ซึ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมการเจ็บป่วยด้วยตนเองได้น้อย ต้องควบคุมโดยการรักษาเท่านั้นอาการกำเริบจึงจะทุเลาลง สอดคล้องกับทฤษฎีของ Leventhal และคณะ⁶ ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยจะทำการจัดการด้วยตนเอง และทำการประเมิน เมื่อพบว่า ผลที่เกิดขึ้นไม่สามารถทำได้ จึงรับรู้ว่าตนเองควบคุมอาการได้น้อย ก่อนที่จะตัดสินใจสุดท้ายมาโรงพยาบาลเพราะเชื่อว่าการรักษาที่โรงพยาบาลสามารถรักษาได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของกาญจนา ลือมงคล¹⁸ และสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า ผู้ป่วยจะพยายามจัดการอาการที่กำเริบเหล่านั้นด้วยตนเอง โดยการปรับตัว การทำกิจกรรมที่ลดการใช้พลังงาน¹⁹ จากการศึกษาครั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยมีประสบการณ์การจัดการตนเองเพื่อให้อาการทุเลาลง ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมไปถึงการรับรู้ระยะเวลาการเกิดอาการกำเริบที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาสั้นๆ และอาการนั้นจะดีขึ้นตามกาลเวลา ภาพของผลที่เกิดขึ้นตามมาภายหลังการเจ็บป่วย (Consequences) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการกำเริบ ส่งผลกระทบหลักๆ ต่อชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพิ่มเติมพบว่า ผลที่เกิดขึ้นตามมาภายหลังจากการเกิดอาการกำเริบจะทำให้ผู้ป่วยทำงานหรือทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยลงจากเดิม เนื่องจากมีอาการหายใจลำบาก บวมเหนื่อยอ่อนล้า ทำให้ต้องนั่ง/นอนพัก หรือต้องพักระหว่างการทำกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละวันเพิ่มขึ้น จากพยาวิสภาพของโรคเมื่อเกิดอาการกำเริบในระยะแรกหัวใจสามารถปรับตัวการทำหน้าที่เพื่อให้ร่างกายดำรงอยู่ได้ แต่ถ้าพยาวิสภาพโรครยังคงดำเนินต่อไป การปรับตัวชดเชยในการทำหน้าที่ของหัวใจจะลดลง ทำให้เนื้อเยื่อของอวัยวะต่างๆ ได้รับเลือดไปเลี้ยงลดลง อาการและอาการแสดงจะรุนแรงขึ้น⁶ ผู้ป่วยต้องมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ส่งผลลัพท์ต่อทางด้านการเงินที่รุนแรงของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ ขาดรายได้ มีค่าใช้จ่ายจากการรักษา และก่อให้เกิดความยุ่งยากต่อบุคคลที่ใกล้ชิดที่ต้องดูแลผู้ป่วย ภาพของการตอบสนองทางอารมณ์ต่อการเจ็บป่วย (Emotional) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยรับรู้



ว่าการเจ็บป่วยไม่ได้ทำให้ฉันรู้สึกวิตกกังวล ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลายจนถึงผู้สูงอายุ ร่วมกับส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีโรคเรื้อรังหลายโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น และเป็นมากกว่า 5 ปี ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Chronic Illness) หมายถึง ปัญหาสุขภาพที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องยาวนานเป็นปี หรือสิบ ๆ ปี ทำให้ผู้ป่วยเกิดการปรับตัวในการเผชิญกับปัญหาสุขภาพหรือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้ระดับความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยลดลง จากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกว่า อายุมากแล้ว อะไรจะเกิดมันก็ต้องเกิด มีการรับรู้ว่าการกำเริบจะคงอยู่ช่วงเวลาสั้น ๆ การเจ็บป่วยจะเป็นแค่ชั่วคราวมากกว่า คงอยู่ถาวร และจะดีขึ้นตามกาลเวลา ซึ่งหมายถึง ระยะเวลาที่เกิดอาการกำเริบจะสั้นสุดลงในระยะเวลาสั้น ๆ และไม่คงอยู่ตลอดไป ทำให้มีความหงุดหงิดกังวลเล็กน้อยเมื่อเกิดอาการกำเริบ เนื่องจากสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยลงจากเดิม ประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่ เคยมีประสบการณ์การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการกำเริบมาก่อน มีประสบการณ์การจัดการตนเองเพื่อให้อาการทุเลาลง ทำให้ผู้ป่วยมีการตอบสนองทางอารมณ์ต่อการเจ็บป่วยอยู่ในระดับน้อยสอดคล้องกับการศึกษาของ Jurgens และคณะ⁷ ที่พบว่าความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นบ่อย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ จากการที่ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีที่จะอยู่กับภาวะนี้ ซึ่งอาจจะทำให้เกิดอาการกำเริบที่รุนแรง การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลล่าช้า และอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้²⁰

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยครั้งนี้พยาบาลควรตระหนักถึงความเข้าใจการรับรู้ภาพสะท้อนทางความคิดของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยเอง โดยมีการประเมินภาพสะท้อนทางความคิดของการเจ็บป่วยเป็นระยะๆ ตลอดช่วงของการมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งอาจจะเริ่มตั้งแต่ที่ช่วยให้พยาบาลเข้าใจการปฏิบัติตามแผนการรักษา การดูแลตนเอง การจัดการตนเองของผู้ป่วยมากขึ้น สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยได้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับตัวได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย และพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น

2. การศึกษานี้เป็นเพียงการศึกษานำร่อง ไม่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรกลุ่มใหญ่ได้ ดังนั้นในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีศึกษาเพื่อพัฒนาโปรแกรมหรือรูปแบบการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีอาการกำเริบให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เข้าร่วมการวิจัย รวมถึงศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงานที่ให้ทุนสนับสนุนและส่งเสริมการวิจัย ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

References

1. Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG, et al. focused update incorporated into the ACC/AHA 2005 Guidelines for the diagnosis and management of heart failure in adults: A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines developed in collaboration with the International Society for Heart and Lung Transplantation. J Am Coll Cardiol 2009; 53(15): e1-e90.
2. Waldreus N, Hahn R G, Jaarsma T. Thirst in heart failure: a systematic literature review. European Journal of Heart Failure 2013; (2): 141-149.
3. The Heart of Association of Thailand under the Royal Patronage of H.M. The King, Heart Failure Committee of Thailand. Congestive heart failure guideline. [database on the Internet]. 1996 [cited 2017 Jan 15]. Available from: http://www.thaiheart.org/images/column_1291454908/CHFGuideline.pdf
4. McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the



- ESC. *Eur Heart J* 2012; 33: 1787–847.
5. Jessup M, Abraham WT, Casey DE, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG, et al. 2009 focused update: ACCF/AHA Guidelines for the Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines: developed in collaboration with the International Society for Heart and Lung Transplantation. *Circulation* 2009; 119, 1977–2016.
6. Leventhal H, Nerenz D, Steele D. Illness representation and coping with health threats. In: Baum A, & Singer J, editor. *A handbook of psychology and health*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ; 1984. p. 219-52.
7. Jurgens CY, Hoke L, Byrnes J, Riegel B. Why do elders delay responding to heart failure symptoms?. *Nurs Res* 2009; 58(4): 274-82.
8. Broadbent E, Ellis CJ, Gamble G, Petrie KJ. Changes in patient drawings of the heart identify slow recovery after myocardial infarction. *Psychosom Med* 2006; 68(6): 910-3.
9. Stanley L, David WH, Janelle K, Stephen KL. Adequacy of sample size in health studies. Chichester: John Wiley & Sons; 1990.
10. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie J, Horne, R, Cameron D, & Buick D. The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology Health* 2002; 17: 1-16.
11. Brislin W. Back-Translation for Cross-Cultural research. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 1970; 1(3): 185 - 216.
12. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: Principle and methods*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
13. Jurgens CY, Moser DK, Armola R, Carlsson B, Sethares, K, & Riegel, B. Symptom clusters of heart failure. *Research in Nursing & Health* 2009; 32(5): 551-560.
14. Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Adams RJ, Berry JD, Brown TM, et al. Heart disease and stroke statistics--2011 update. A report from the American Heart Association. *Circulation* 2011; 123(4): e18-e209.
15. Riegel B, Carlson B, Moser DK, Sebern M, Hicks FD, Roland V. Psychometric testing of the self-care of heart failure index. *Journal of Cardiac Failure*. 2004; 10(4): 350–360.
16. Juntima R, Rukchanok K, Rampapun P. Self-Care Management Guideline Development for Persons with Heart Failure in Nakhonayok Province from Patients and Caregivers Aspects on Self-Care Abilities and Readmission. *Journal of Nursing and Health Care* 2014; 32(1): 137-151.
17. Pragai J. Cardiovascular risk factors in a cross-sectional study. *Journal of Cardio – Thoracic Nursing* 2013; 24(1): 46-55.
18. Karnjana L, Wasana R. Factors Associated with Salt Restriction among Patients with Heart Failure. *Journal of Nursing and Health Care* 2017; 35(2): 99-110.
19. Altice NF. Factors associated with delayed care-seeking in hospitalized heart failure patients... 2010 .AAHFN 6th Annual Meeting. *Heart & Lung* 2010; 39(4): 360-360.
20. Nieuwenhuis MMW, Jaarsma T, van Veldhuisen DJ, van der Wal MHL. Factors associated with patient delay in seeking care after worsening symptoms in heart failure patients. *J Card Fail* 2011; 17(8): 657-63.