



ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของอาการ ความสามารถในการรับรู้และเข้าใจโรค ความรู้สึกไม่แน่นอน ในความเจ็บป่วย และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

The Relationship Among Perceive Severity of Symptom, Cognitive Capacity, Uncertainty in Illness and Depression in Persons with Heart Failure.

สุธิดา ดีหนู* พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

sutida.dee@gmail.com

มุกดา เดชประพนธ์** พร.ด. (การพยาบาล)

อรสา พันธุ์ภักดี*** พย.ด.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของอาการ ความสามารถในการรับรู้และเข้าใจโรค ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้กรอบแนวคิดของมิเชล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวและมารับการตรวจที่คลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมุทรสาคร จำนวน 100 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว แบบสอบถามความสามารถในการรับรู้และเข้าใจโรค แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย – ฉบับชุมชน และแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 55.23 ปี โดยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของอาการ ความสามารถในการรับรู้และเข้าใจโรค และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ใน

*นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร; E-mail mukda.det@mahidol.ac.th

***รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

ระดับปานกลาง ส่วนคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของอาการเป็นปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ดังนั้นพยาบาลควรมีการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และควรมีการพัฒนาโปรแกรมเพื่อช่วยเพิ่มการรับรู้ความรุนแรงของอาการ เพื่อให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม และลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

คำสำคัญ: การรับรู้ความรุนแรงของอาการ, ความสามารถในการรับรู้และเข้าใจโรค, ความรู้สึกไม่แน่นอนใน
ความเจ็บป่วย, ภาวะซึมเศร้า, ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

Abstract

This study aim to describe the relationship among perceive severity of symptom, cognitive capacity, uncertainty in illness and depression in persons with heart failure by using Mishel uncertainty theory as a conceptual framework. The sample consisted of 100 patients with heart failure who follow up at Outpatient Medicine clinic, Samutsakorn Hospital. The study instruments: the Perceive Severity of Illness Questionnaire, Cognitive Capacity Questionnaire, Uncertainty in Illness Scale – Community version and Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale. Data were analyzed using descriptive statistic and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient. The study findings show that the majority of patients with heart failure were male mean age 55.23 years. They had a moderate level perceive severity of symptom, cognitive capacity and uncertainty in illness. Depression score is normal level. Considering the relationships among the study variables, perceive severity of symptom was positively significant associated with depression. The results suggest that assessment of perceive severity of symptom should be provide to improve a proper nursing care and reduce depression in persons with heart failure

Keywords: Perceive Severity of Symptom, Cognitive Capacity, Uncertainty in Illness, Depression, Heart Failure



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของหัวใจ ทั้งในส่วนของโครงสร้าง และพยาธิสภาพของหัวใจ มีผลทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายหรือรับเลือดกลับเข้าสู่หัวใจได้ตามปกติ ทำให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงเนื้อเยื่อและอวัยวะส่วนต่าง ๆ ไม่เพียงพอ ส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวไม่สามารถที่จะดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ซึ่งต้องปรับเปลี่ยนกิจกรรมหรือบทบาทหน้าที่ ในด้านต่าง ๆ เพื่อให้เหมาะสมกับความเจ็บป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2552) ซึ่งทำให้เกิดความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (จันทร์เพ็ญ สมโน, 2551; Chong, 2007; Riegel et al., 2009) ซึ่งภาวะซึมเศร้าจะรุนแรงมาก หรือน้อยขึ้นอยู่กับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว

การรับรู้ความรุนแรงของอาการเป็นการรับรู้ส่วนบุคคล ซึ่งอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (สมจิต หนูเจริญกุล, 2552; Jessup et al., 2009) ส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดอาการวิตกกังวล หงุดหงิด กระสับกระส่ายนอนไม่หลับ รวมถึงความจำเสื่อม หลงลืม และนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความรุนแรงของอาการภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กันโดยอาการที่รุนแรงเพิ่มมากขึ้นจะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา และภาวะซึมเศร้าจะทำให้อาการของภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงมากขึ้น (Khan, Khan, Ghaffar, & Awan, 2012; Newhouse & Jiang, 2014; Roest et al., 2014) ซึ่งภาวะซึมเศร้าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ไปขัดขวางกระบวนการในการรับรู้และเข้าใจถึงภาวะของโรค และเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Riegel et al., 2009)

ความสามารถในการรับรู้และเข้าใจโรคของบุคคล เป็นความสามารถของบุคคลในการจัด ปรับ และแปลข้อมูล เพื่อใช้ในการพิจารณาตัดสินใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการเจ็บป่วยด้านร่างกาย ยาที่ได้รับ ภาวะทุพโภชนาการ ความรู้สึกเป็นอันตราย ความไม่สุขสบาย และความผิดปกติของการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้ความสามารถในการแก้ไขปัญหาลดลง และไม่สามารถจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ โดยผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีความสามารถในการรับรู้และเข้าใจโรคที่ไม่เพียงพอ (จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์, ขวัญจิต คุปตานนท์ และนพพร ว่องสิริมาศ, 2557) จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความสับสนในการรับรู้ข้อมูลและการจัดการกับภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Mishel, 1988)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่ขัดขวางความสามารถในการประเมินสถานการณ์ของบุคคล เกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากการขาดข้อมูลที่เพียงพอ การอธิบายข้อมูลที่ขัดแย้ง การวินิจฉัยไม่ครบถ้วน การไม่คุ้นเคยกับความเจ็บป่วยที่รุนแรง รวมถึงการกำเริบของอาการ (Mishel & Clayton, 2003) ทำให้เกิดความคิดที่ไม่เป็นระบบ สูญเสียอำนาจในการควบคุมตนเอง และการทำหน้าที่ต่าง ๆ บกพร่องไป เมื่อบุคคลมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ส่งผลให้เกิดความทุกข์ใจ ความวิตกกังวล และทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (Ahadi, Narimani, & Sooreh, 2012)

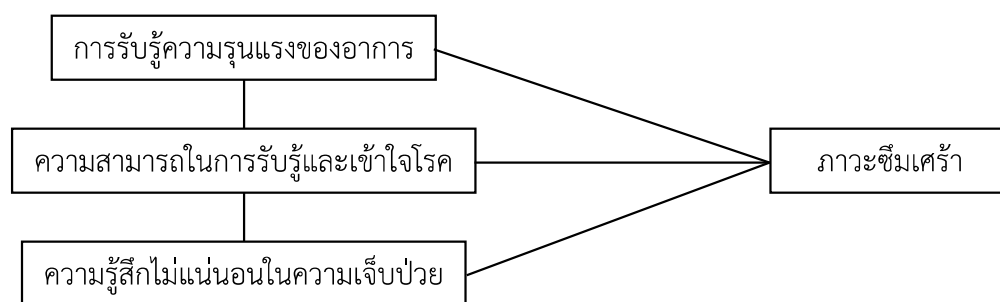
ภาวะซึมเศร้าที่พบในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถคาดเดาถึงความรุนแรงและช่วงเวลาที่将会เกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยจึงไม่สามารถ

ทำนายความเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นว่าจะส่งผลกระทบต่อตนมากน้อยเพียงใด ทำให้ผู้ป่วยมีการควบคุมโรคที่ไม่มีประสิทธิภาพ ความรุนแรงของอาการเพิ่มมากขึ้น และกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง (Rebecca, Ann, Terry, Mary, & Debra, 2009) ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่เกิดจากความเจ็บป่วยได้ และไม่สามารถที่จะคิดหรือตัดสินใจได้เหมาะสม รวมถึงไม่สามารถจัดการตนเองให้อยู่ร่วมกับความเจ็บป่วยได้ (จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์, ขวัญจิต คุปตานนท์ และนพพร ว่องสิริมาศ, 2557)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ ปัจจัยด้านความรุนแรงของอาการ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

แต่ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านความสามารถในการรับรู้และเข้าใจโรคในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ความรุนแรงของอาการ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความสามารถในการรับรู้และเข้าใจโรค และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาเป็นแนวทางให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อไป

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบทฤษฎีความรู้สึกละเอียดไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Uncertainty in illness theory) ของมิเชล (Mishel, 1988) โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของอาการ ความสามารถในการรับรู้และเข้าใจโรค ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว สามารถสรุปได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ความรุนแรงของอาการ ความสามารถในการรับรู้และเข้าใจโรค ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของอาการ ความสามารถในการรับรู้และเข้าใจโรค ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative research) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับการตรวจที่ คลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมุทรสาคร โดยมีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป และไม่มีประวัติการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าโดยดูจากเวชระเบียน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือน



กันยายน พ.ศ. 2557 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ใช้หลักการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของ มุนโร (Munro, 2001) จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 90 คน ผู้วิจัยได้ปรับเพิ่มจำนวนของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อเป็นการป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการวิจัยหรือการได้ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 100 คน

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของโรงพยาบาลสมุทรสาคร ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย รวมถึงชี้แจงว่าการตอบแบบสอบถามไม่มีผลต่อการบริการและการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ โดยข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะเป็นนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อ กลุ่มตัวอย่าง และถ้ากลุ่มตัวอย่างต้องการยุติการเข้าร่วมวิจัยสามารถทำได้ทันทีโดยไม่มีผลต่อการได้รับบริการและการรักษาใดๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (Demographic data) แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย และ 2) ข้อมูลประวัติความเจ็บป่วย ได้แก่ โรคประจำตัว ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ระยะเวลาในการเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวและการปฏิบัติตัว โดยผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์และจากเวชระเบียน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวของ จิราภรณ์ มีชูสิน (2552) มีข้อคำถาม 18 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) การรับรู้เกี่ยวกับอาการเหนื่อยหอบ จำนวน 5 ข้อ 2) การรับรู้เกี่ยวกับความทนในการทำกิจกรรมลดลง จำนวน 8 ข้อ และ 3) การรับรู้อาการบวม จำนวน 5 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 0 – 10 คะแนน โดยคะแนนรวมทั้งหมด อยู่ระหว่าง 0 – 180 คะแนน แบ่งระดับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง และสูง ตามความกว้างของอันตรภาคชั้น ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ คะแนนมากที่สุดที่กลุ่มตัวอย่างตอบ เท่ากับ 124 คะแนน และคะแนนน้อยที่สุด เท่ากับ 59 คะแนน จึงได้ความกว้างของอันตรภาคชั้น เท่ากับ 65 คะแนน จึงจัดระดับเป็น 3 กลุ่ม ได้ดังนี้ 1) 59 – 80 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวต่ำ 2) 81 – 102 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวปานกลาง และ 3) 103 – 124 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวสูง การหาคุณภาพของเครื่องมือผู้วิจัยได้หาความเชื่อมั่น โดยการนำไปทดสอบกับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.89 และ 0.81 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความสามารถในการรับรู้และเข้าใจโรค ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามความสามารถในการรับรู้และเข้าใจโรคของ จิราภรณ์ มีชูสิน (2552) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วย (Illness Perception Questionnaire – Revised: R) ของ

มอส มอร์ริสและคณะ (Moss-Morris et al., 2002) ประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ 1) การรับรู้สาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลว มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ และ 2) ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบลิเคิร์ตสเกล (likert scale) 5 อันดับ ประกอบด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 24 – 120 คะแนน แบ่งระดับความสามารถในการรับรู้และเข้าใจโรค เป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง และสูง ตามความกว้างของอันตรภาคชั้น ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ คะแนนมากที่สุดที่กลุ่มตัวอย่างตอบ เท่ากับ 92 คะแนน และคะแนนน้อยที่สุด เท่ากับ 53 คะแนน จึงได้ความกว้างของอันตรภาคชั้น เท่ากับ 39 คะแนน จึงจัดระดับเป็น 3 กลุ่ม ได้ดังนี้ 1) 53 – 65 คะแนน หมายถึง มีความสามารถในการรับรู้และเข้าใจโรคต่ำ 2) 66 – 78 คะแนน หมายถึง มีความสามารถในการรับรู้และเข้าใจโรคปานกลาง และ 3) 79 – 92 คะแนน หมายถึง มีความสามารถในการรับรู้และเข้าใจโรคสูง การหาคุณภาพของเครื่องมือผู้วิจัยได้หาความเชื่อมั่น โดยการนำไปทดสอบกับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.68, 0.75 และ 0.65, 0.70 ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย-ฉบับชุมชน (Mishel Uncertainty in Illness Scale- Community: MUIS-C) การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามความรู้สึก ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย – ฉบับชุมชน สร้างโดย มิเชล (Mishel, 1988) แปลเป็นภาษาไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุล, บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์ และทิพาพร วงศ์หงษ์กุล (2534) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 23 ข้อ แต่ละข้อ

มีความหมายทั้งเชิงบวกและเชิงลบ เรียงกันอย่างไม่ตั้งใจ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับระบบการรักษาและบริการ 2) ด้านความไม่สอดคล้องในเรื่องข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงบ่อย 3) ด้านความสามารถทำนายการเจ็บป่วยการรักษาและผลการรักษา และ 4) ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบลิเคิร์ตสเกล (likert scale) 5 อันดับ ประกอบด้วย จริงที่สุด จริง ไม่แน่ใจ ไม่จริง ไม่จริงที่สุด มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 23-115 คะแนน แบ่งระดับความรู้สึก ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง และสูง ตามความกว้างของอันตรภาคชั้น ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ คะแนนมากที่สุดที่กลุ่มตัวอย่างตอบ เท่ากับ 80 คะแนน และคะแนนน้อยที่สุด เท่ากับ 51 คะแนน จึงได้ความกว้างของอันตรภาคชั้น เท่ากับ 39 คะแนน จึงจัดระดับเป็น 3 กลุ่ม ได้ดังนี้ 1) 51-60 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำ 2) 61-70 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยปานกลาง และ 3) 71-80 คะแนน มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง การหาคุณภาพของเครื่องมือผู้วิจัยได้หาความเชื่อมั่น โดยการนำไปทดสอบกับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.82 และ 0.80 ตามลำดับ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า CES-D (Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale) การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าพัฒนาโดยแรดลอฟ (Radloff, 1977) แปลเป็นภาษาไทยโดย ธวัชชัย วรพงศธร, วงเดือน ปันดี และสมพร เตรียมชัยศรี (2533) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 20 ข้อคำถาม แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ 1) ความรู้สึกด้านซึมเศร้า 2) ความรู้สึก



ด้านที่ 3) อาการทางกาย และ 4) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอื่น ลักษณะของแบบสอบถามคำถามเป็นแบบลิเคิร์ทสเกล (likert scale) 4 อันดับ ประกอบด้วย ไม่เลย นาน ๆ ครั้ง ค่อนข้างบ่อย บ่อยครั้ง มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 – 21 คะแนน โดยคะแนนมาตรฐานตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไปจัดเป็นตัวบ่งชี้ว่าบุคคลนั้นมีภาวะซึมเศร้า การหาคุณภาพของเครื่องมือผู้วิจัยได้หาความเชื่อมั่น โดยการนำไปทดสอบกับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.79 และ 0.70 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของโรงพยาบาลสมุทรสาคร เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรสาคร เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงรายละเอียดในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาประมาณ 25–40 นาที ในกรณีที่ผู้ตอบแบบสอบถามไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านข้อคำถามให้ผู้ป่วยฟัง และให้ผู้ป่วยเลือกตอบคำถามด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีวิจัยทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ใช้สถิติพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความรุนแรงของอาการ ความสามารถในการรับรู้และเข้าใจโรค ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และภาวะซึมเศร้าโดยรวม ใช้สถิติวิเคราะห์คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product-correlation coefficient) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของอาการ ความสามารถในการรับรู้และเข้าใจโรค ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ผลการวิจัย

ในการศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 ราย อายุเฉลี่ย 55.23 ปี (Max = 65, Min = 35, Mean = 55.23, S.D. = 6.92) ร้อยละ 59 เป็นเพศชาย ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 76 และร้อยละ 74 ตามลำดับ ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 45 โดยมีรายได้อยู่ระหว่าง 10,000 – 14,999 บาทต่อเดือน ร้อยละ 51 และอาศัยอยู่กับบุตร ร้อยละ 53

ลักษณะการเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 7 – 12 เดือน ร้อยละ 24 มีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งประเมินจากความสามารถในการทำกิจกรรม (New York Heart Association Functional Classification: NYHA) อยู่ในระดับ NYHA class II โดยร้อยละ 53 มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค พบว่าเป็นโรคความดัน

โลหิตสูงมากที่สุด และส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้และคำแนะนำในการดูแลตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 77

ด้านการรับรู้ความรุนแรงของอาการพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 91.36, S.D. = 10.10) โดยมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงด้านอาการเหนื่อยหอบพบมากที่สุด (Mean = 26.54, S.D. = 3.43) ความสามารถในการรับรู้และเข้าใจโรคโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 61.29, S.D. = 5.42) โดย

การรับรู้สาเหตุของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 33.14, S.D. = 3.45) และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 22.00, S.D. = 3.18) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 60.86, S.D. = 4.90) โดยด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับระบบการรักษาและบริการมากที่สุด (Mean = 14.88, S.D. = 2.58) ภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ (Mean 8.39, S.D. = 3.44) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การรับรู้ความรุนแรงของอาการความสามารถในการรับรู้และเข้าใจโรค ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และภาวะซึมเศร้า (N=100)

ตัวแปร	ค่าพิสัยที่เป็นไปได้	ค่าพิสัยจริง	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
การรับรู้ความรุนแรงของอาการโดยรวม	0 – 180	59-124	91.36	10.14	ปานกลาง
ด้านอาการเหนื่อยหอบ	0 – 50	17 – 36	26.54	3.43	ปานกลาง
ด้านอาการบวม	0 – 50	15 – 34	25.1	3.43	ปานกลาง
ด้านความทนในการทำกิจกรรม	0 – 80	24 – 57	39.67	4.88	ปานกลาง
ความสามารถในการรับรู้และเข้าใจโรคโดยรวม	24 -120	53-92	61.29	5.42	ปานกลาง
การรับรู้สาเหตุของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว	12 – 60	26 – 59	33.14	3.45	ปานกลาง
การเข้าใจเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว	12 – 60	22 – 41	22	3.18	ปานกลาง
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวม	23 – 115	51-80	60.86	4.96	ปานกลาง
ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับระบบการรักษาและบริการ	5 – 25	10 – 20	14.88	2.58	ปานกลาง
ด้านความไม่สอดคล้องในเรื่องข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงบ่อย	6 – 30	12 – 24	16	2.08	ปานกลาง
ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย	7 – 35	11 – 24	16.93	2.24	ปานกลาง
ภาวะซึมเศร้า	0 – 21	4-20	8.49	3.37	ปกติ



ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .204, p < 0.05$) และมีความ

สัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการรับรู้และเข้าใจโรค และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.358, -.255, p < 0.01, 0.05$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของอาการ ความสามารถในการรับรู้และเข้าใจโรค ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และภาวะซึมเศร้า ($N=100$)

ตัวแปร	1	2	3	4
การรับรู้ความรุนแรงของอาการ	1			
ความสามารถในการรับรู้และเข้าใจโรค	-.358**	1		
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	-.255*	.204*	1	
ภาวะซึมเศร้า	.204*	-.155 ^{ns}	-.151 ^{ns}	1

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการ ความสามารถในการรับรู้และเข้าใจโรค และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง โดยภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ เมื่อนำมาหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของอาการ ความสามารถในการรับรู้และเข้าใจโรค ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และภาวะซึมเศร้า พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .204, p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของแพงและคณะ (Pang et al., 2010) ที่พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะรับรู้ว่าการเหนื่อยหอบหายใจลำบาก เป็นอาการที่ส่งผลต่อการปฏิบัติกิจกรรม โดยผลของอาการที่รุนแรงและเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ในด้านต่างๆ และเกิดความทุกข์ทรมานด้านจิตใจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (Chong, 2007) และ

พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการรับรู้และเข้าใจโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.358, -.255, p < 0.01, 0.05$ ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จะยอมรับว่าอาการเหนื่อยหอบหรือการปฏิบัติกิจกรรมที่ลดลง เกิดจากการเสื่อมของร่างกาย ซึ่งเป็นไปตามวัย มากกว่าการคิดว่าเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรค อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว อยู่ในระดับ NYHA class II ยังสามารถที่จะทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวที่จะทำให้เกิดอาการเหนื่อยหอบ จึงทำให้ไม่มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ซึ่งมีเชลได้อธิบายไว้ว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถให้ความหมายของเหตุการณ์จากการเจ็บป่วยที่รุนแรง อาการที่เกิดขึ้นซ้ำๆ หรือการกำเริบของอาการ (Mishel, 1988)

ความสามารถในการรับรู้และเข้าใจโรค พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.155, p > 0.05$) ทั้งนี้เนื่องมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล และเคยได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางแพทย์ เช่น การได้รับข้อมูลการรักษาที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย ทำให้มีความเข้าใจในอาการและการรักษามากขึ้น (Doering et al., 2011) รวมถึงผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมุทรสาคร จะมีการจัดกลุ่ม เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ทั้งในเรื่องของอาหาร การดูแลตนเอง รวมถึงการรับประทานยา ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการรับรู้และเข้าใจโรคเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้โดยไม่ต้องพึ่งพาบุคคลรอบข้าง

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.149, p > 0.05$) เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว อยู่ในระดับ NYHA class II และมีความสามารถที่จะทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ รวมถึงได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจากครอบครัว บุคคลใกล้ชิด และบุคลากรทางการแพทย์

ในการให้ข้อมูลในเรื่องการให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง ทั้งความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค การสังเกตอาการที่ผิดปกติ และการมาพบแพทย์ ตลอดจนความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ทำให้เกิดกระบวนการรับรู้ที่ถูกต้อง และสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ (Mishel, 1988; Mishel & Clayton, 2003)

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาครั้งนี้ พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์กับความภาวะซึมเศร้า จึงควรมีการศึกษาพัฒนาโปรแกรมหรือสื่อที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถที่จะประเมินความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น ถือได้ว่าเป็นการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการรับรู้และเข้าใจโรค และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เช่น การสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้เกิดความครอบคลุมและเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว





เอกสารอ้างอิง

จันทร์เพ็ญ สมโน. (2551). *ความร่วมมือในการรักษาและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลเชียงใหม่ร่วม*. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์, ขวัญจิต คุปตานนท์ และ นพพร ว่องสิริมาศ. (2557). กระบวนการจัดการทางด้านจิตใจและอารมณ์เพื่อการมีชีวิตที่ปกติของผู้ที่มีภาวะหัวใจวาย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(4), 109-122.

จิราภรณ์ มีชูสิน. (2552). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายของผู้ป่วยหัวใจวาย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

ธวัชชัย วรพงศธร, วงเดือน ปั่นดี และสมพร เตรียมชัยศรี. (2533). คุณลักษณะความตรงของแบบวัดความซึมเศร้า CES-D. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*, 21(1), 26-45.

สมจิต หนูเจริญกุล, บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์ และ ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล. (2534). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา. *วารสารพยาบาล*, 40(1), 11-26.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2552). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ.), *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2* (หน้า 1-24). กรุงเทพฯ: วี.เจ. พรินติ้ง.

Ahadi, B., Narimani, M., & Sooreh, J. (2012). Depression and uncertainty in cardiac patients. *Zahedan. Journal of Research in Medical Sciences*, 14(10), 103-106.

Chong A. (Ed.). (2007). *Psychological interventions for depression in heart failure*. The Cochrane Collaboration: John Wiley & Sons.

Doering, L. V., McKinley, S., Riegel, B., Moser, D. K., Meischke, H., Pelter, M. M., et al. (2011). Gender-specific characteristics of individuals with depressive symptoms and coronary heart disease. *Heart Lung*, 40(3), e4-14.

Jessup, M., Abraham, W. T., Casey, D. E., Feldman, A. M., Francis, G. S., Ganiats, T. G., et al. (2009). 2009 Focused update: ACCF/AHA guidelines for the diagnosis and management of heart failure in adults. *Circulation*, 119, 1977-2016.

Khan, S., Khan, A., Ghaffar, R., & Awan, Z. A. (2012). Frequency of depression in patient with chronic heart failure. *Journal of Ayub Medical College* 24(2), 26-29.

Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in Illness. *Image: Journal of Nursing Scholarships*, 20(4), 225 – 231.

Mishel, M. H., & Clayton, M. F. (2003). Theories of uncertainty in illness: *Middle range theory for nursing*. New York: Springer.

Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L.D., & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*. 17(1), 16.

Munro, B. H. (2001). *Statistical Methods for Health care Research*. London: Lippincott Williams & Wilkins.

Newhouse, A., & Jiang, W. (2014). Heart failure and depression 2014 heart failure clinics. *Heart Failure Clinics*, 10, 295-304.

Pang, P. S., Komajda, M., & Gheorghiade, M. (2010). The current and future management of acute heart failure syndromes. *European Heart Journal*, 31(7), 784-793.

Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.

Rebecca, D. L., Ann, P. R., Terry, L. A., Mary, S. P., & Debra, M. K. (2009). Living with depressive symptom: Patient with heart failure. *American Journal of Critical Care*, 18(4). 312-318.

Riegel, B., Moser, D. K., Anker, S. D., Appel, L. J., Dunbar, S. B., Grady, K. L., et al. (2009). Promoting self-care in persons with heart failure. A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 120, 1141-1163.

Roest, A. M., Heideveld, A., Martens, E. J., Jonge, P. d., Johan, & Denollet, J. (2014). Symptom dimensions of anxiety following myocardial infarction: Associations with depressive symptoms and prognosis. *Health Psychology*, 33(12), 1468-1476.