

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว* Factors Influencing Health-Related Quality of Life among Congestive Heart Failure Patients*

รพีพรรณ นาวัประติษฐ์, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) ¹
Rapiphun Naopradist, M.N.S. (Adult Nursing) ¹

สุภากรณี ดวงแพง, พย.ด. ²
Supaporn Duangpaeng, D.N.S. ²

วัลภา คุณทรงเกียรติ, พย.ด. ³
Wanlapa Kunsongkeit, Ph.D. (Nursing) ³

Received: January 22, 2019

Revised: February 22, 2019

Accepted: March 23, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี จำนวน 144 คน เครื่องมือ การวิจัยประกอบด้วย แบบทดสอบสภาพจิตใจ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามอาการรบกวนทางกาย และอาการรบกวนทางจิตใจ มีค่าความเชื่อมั่น .90 แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรค แบบวัดการรับรู้ภาวะ สุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น .91 แบบสอบถามการปฏิบัติตามแผนการรักษา มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง .85-.99 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่น .92 และแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น .93 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคมถึงเดือนตุลาคม 2558 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพรายด้านและโดยรวมในระดับดี 2) อาการรบกวนทางกาย และอาการรบกวนทางจิตใจ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.623, p < .001$ และ $r = -.469, p < .001$ ตามลำดับ) ส่วนระดับความรุนแรง ของโรค class I และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพอย่างมี

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University

¹ มหาวิทยาลัยบูรพา สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

¹ Master, Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: rapiphun_api@hotmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Major Advisor

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

³ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Co-advisor

นัยสำคัญทางสถิติ ($r = .341, p < .001$ และ $r = .548, p < .001$ ตามลำดับ) และ 3) อาการรบกวนทางกาย อาการรบกวนทางจิตใจ ระดับความรุนแรงของโรค class I และการรับรู้ภาวะสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนาย คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพได้ร้อยละ 50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\text{adj. } R^2 = .500, p < .001$) โดยอาการ รบกวนทางกายสามารถทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพได้มากที่สุด ($\text{Beta} = -.361, p < .001$) รองลงมา คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($\text{Beta} = .272, p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการรับรู้ ภาวะสุขภาพที่ถูกต้อง และมีการปฏิบัติตามแผนการรักษาที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดระดับความรุนแรงของโรค ลดอาการรบกวนทางกายและอาการรบกวนทางจิตใจ

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ อาการรบกวน ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

Abstract

This predictive correlational research aimed to study health-related quality of life (HRQOL) and the factors influencing HRQOL among congestive heart failure (CHF) patients. The samples consisted of 144 CHF patients receiving services at Prapokklao Hospital, Chanthaburi Province. The research instruments were composed of the Chula Mental Test, a recording form of personal information, the Cardiac Symptom Survey (CSS) with the reliability of .90, the NYHA functional classification, a scale of general health perception with the reliability of .91, a questionnaire of adherence with the reliability in the range of .85-.99, a questionnaire of social support with the reliability of .92, and the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) with the reliability of .93. Data were collected from August to October, 2015. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression.

The research results revealed that 1) CHF patients had the mean scores of HRQOL by overall and each dimension at a good level; 2) physical symptom and psychological symptom were negatively statistically significant associated with HRQOL ($r = -.623, p < .001$ and $r = -.469, p < .001$, respectively), whereas NYHA functional classification (class I) and health perception were positively statistically significant associated with HRQOL ($r = .341, p < .001$ and $r = .548, p < .001$, respectively); and 3) physical symptom, psychological symptom, NYHA functional classification (class I), and health perception were statistically significant accounted for 50% of the variance for HRQOL ($\text{adj. } R^2 = .500, p < .001$). The most significant predicting factor was physical symptom ($\text{Beta} = -.361, p < .001$) followed by health perception ($\text{Beta} = .272, p < .001$).

This research suggests that health care providers should enhance proper health perception and appropriate adherence among CHF patients in order to reduce the severity of disease as well as the physical and psychological symptom.

Keywords: Health-related quality of life, Symptom distress, Congestive heart failure

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากโครงสร้างหรือความสามารถในการบีบตัวของหัวใจลดลง ทำให้มีอาการบวม หายใจเหนื่อยหอบ และมีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกาย ซึ่งเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจึงมีคุณภาพชีวิตต่ำเมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น (Fotos et al., 2013) ดังนั้น เป้าหมายในการดูแลรักษาจึงมุ่งเน้นในเรื่องการชะลอความก้าวหน้าของโรค การควบคุมไม่ให้อาการกำเริบ และการลดสาเหตุชักนำที่ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้น (Heart Failure Society of America [HFSA], 2006; Yancy et al., 2013) อุบัติการณ์การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (Yancy et al., 2013) สำหรับประเทศไทย จากรายงานการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของโรงพยาบาลทั่วประเทศ (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) ในช่วงปี พ.ศ. 2550-2552 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, 2552) ซึ่งผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะได้รับผลกระทบจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและการรักษาในทุกด้าน และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ (health-related quality of life [HRQOL]) ของผู้ป่วย

คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยต่อผลกระทบที่ได้รับจากภาวะสุขภาพและการได้รับการรักษา (World Health Organization [WHO], 1997) สำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ต้องเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจึงเกิดจากผลกระทบที่ได้รับจากภาวะสุขภาพที่แย่ลงและจากการได้รับการรักษา จากการทบทวนวรรณกรรมในช่วงปี พ.ศ. 2531-2556 พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพในระดับต่ำถึงระดับปานกลาง และพบว่ามีปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ อาการรบกวนทางกายและจิตใจ (นิตยา ศรีสุข, 2551; Bekelman et al., 2007; Blinderman, Homel, Billings, Portenoy, & Tennstedt, 2008) ระดับความรุนแรงของโรค (Demir & Unsar, 2011) การรับรู้ภาวะสุขภาพ (นิตยา ศรีสุข, 2551) การปฏิบัติ

ตามแผนการรักษา และการสนับสนุนทางสังคม (ฉัตรวลัย ใจอารีย์, 2533) อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าจะพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แต่การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศไทยยังไม่มีอยู่อย่างจำกัด โดยมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพียงการศึกษาเดียว คือ การศึกษาอิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ของวนิดา หาจักร และดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ (2556) ที่พบว่า ทั้งสามปัจจัยสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้เพียงร้อยละ 47 ซึ่งอาจมีปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยเลือกตัวแปรที่ศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ได้แก่ อาการรบกวนทางกาย อาการรบกวนทางจิตใจ ระดับความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติตามแผนการรักษา และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผลการวิจัยที่ได้สามารถนำมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของอาการรบกวนทางกาย อาการรบกวนทางจิตใจ ระดับความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติตามแผนการรักษา และการสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

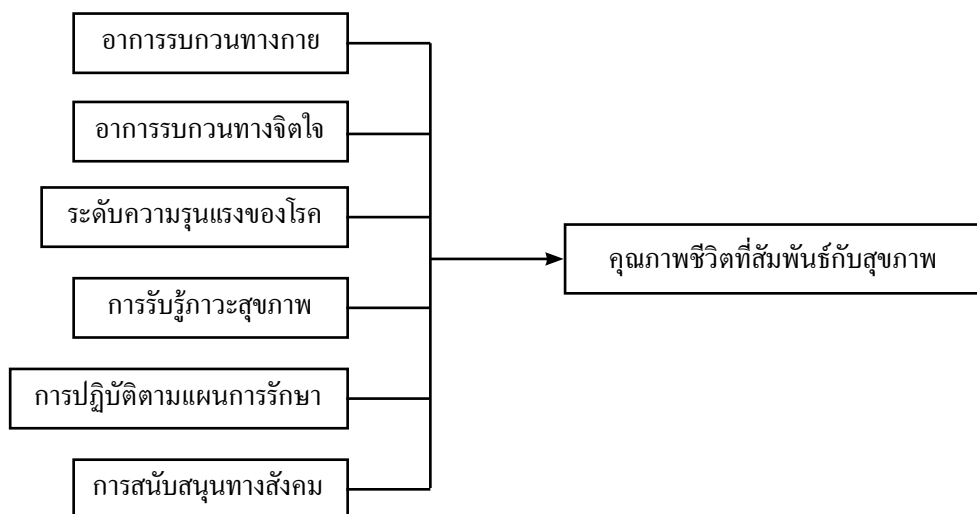
สมมติฐานการวิจัย

อาการรบกวนทางกาย อาการรบกวนทางจิตใจ ระดับความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติตามแผนการรักษา และการสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้โมเดลคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของ Ferrans, Zerwic, Wilbur, and Larson (2005) ซึ่งคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพ มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ ทั้งด้านภาวะ

เศรษฐกิจ การเมือง สังคม วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ แนวคิดนี้มีการจัดหมวดหมู่ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพตามข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ ปัจจัยด้านหน้าที่ทางชีววิทยา อาการ การทำหน้าที่ และการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป นอกจากนี้ยังมีปัจจัยภายนอกอีก 2 ปัจจัย ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล และลักษณะของสิ่งแวดล้อม ซึ่งปัจจัยแต่ละปัจจัยล้วนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งสิ้น การวิจัยครั้งนี้จึงศึกษาตัวแปรดังกล่าว ซึ่งน่าจะมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก และแผนกอายุรกรรมทั่วไปผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล

พระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ในช่วงเดือนสิงหาคมถึงเดือนตุลาคม 2558 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวระดับ 1-3 (class I-III) ซึ่งแบ่งตามความสามารถในการทำกิจกรรมตามเกณฑ์การจำแนกของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association Functional Classification [NYHA functional class]) 2) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป

3) หากมีโรคร่วม เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ต้องไม่อยู่ในระยะที่โรคกำเริบ และไม่มีภาวะแทรกซ้อน ด้วยเรื่องไตวายเรื้อรัง 4) ไม่มีอาการเหนื่อย เจ็บหน้าอก หรือใจเต้น ภายใน 24 ชั่วโมง ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล 5) ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่มีปัญหาการรับรู้บกพร่อง ซึ่งประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test [CMT]) 6) มีสติสัมปชัญญะดี 7) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี และ 8)ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.2 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) ซึ่งกำหนดตามสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .15 จากการศึกษาของนิตยา ศรีสุข (2551) อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 และระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 146 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลาก

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 8 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา ใช้สำหรับคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนทั้งสิ้น 13 ข้อ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-19 คะแนน หากได้คะแนน 16 คะแนนขึ้นไป แสดงว่าหน้าที่ด้านการรับรู้ของสมองปกติ

ชุดที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพ สมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ยาที่ได้รับในปัจจุบัน และโรคประจำตัวอื่นๆ จำนวนทั้งสิ้น 11 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ

ชุดที่ 3 แบบสอบถามอาการรบกวนทางกาย และอาการรบกวนทางจิตใจ ผู้วิจัยใช้แบบสำรวจอาการโรคหัวใจที่จันทนา หล่อตะจะกุล (2549) แปลจากต้นฉบับแบบประเมิน Cardiac Symptom Survey (CSS) ของ Zimmerman, Barnason, Bery, Catin, and Nieveen ปี ค.ศ. 2002 จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ ประกอบด้วย 1) อาการ

รบกวน จำนวน 9 ข้อ แต่ละข้อแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านความรุนแรง และด้านความถี่ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกรับรองจากเลข 0-10 (numeric rating scale) โดยเลข 1 หมายถึง มีน้อยที่สุด จนถึงเลข 10 หมายถึง มีมากที่สุด และ 2) อาการอื่น จำนวน 1 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเติมคำ สำหรับการแปลผลคะแนนคะแนนน้อย หมายถึง มีอาการรบกวนน้อย และคะแนนมาก หมายถึง มีอาการรบกวนมาก

ชุดที่ 4 แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรค ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามเกณฑ์การจำแนกของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (NYHA functional class) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ class I ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม class II มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเล็กน้อย และ class III มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมปกติ ซึ่ง NYHA functional class ได้จากการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย

ชุดที่ 5 แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยใช้แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของ Krethong (2007) ที่พัฒนาจากแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของ Havranek et al. ปี ค.ศ. 2004 มีลักษณะเป็นมาตรวัดด้วยสายตา (visual analogue scale) ความยาว 10 เซนติเมตร ด้านซ้ายสุดกำกับด้วยข้อความ ไม่ดีเลย (0 คะแนน) และด้านขวาสุดกำกับด้วยข้อความ ดีที่สุด (100 คะแนน) สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนน้อย หมายถึง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปในระดับต่ำ และคะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปในระดับสูง

ชุดที่ 6 แบบสอบถามการปฏิบัติตามแผนการรักษา ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับกิจกรรมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่สอดคล้องกับแผนการรักษาและการดูแลตนเอง แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานยา ด้านการรับประทานอาหาร เฉพาะโรค ด้านการออกกำลังกาย ด้านการป้องกันโรคติดเชื้อ และด้านการมาตรวจตามนัด มีลักษณะเป็นมาตรวัดด้วยสายตา ความยาว 10 เซนติเมตร ด้านซ้ายสุดกำกับด้วยข้อความ ไม่เคยปฏิบัติ (0 คะแนน) และ

ด้านขาสู้ดื่อกำกับด้วยข้อความ ปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้ง (100 คะแนน) สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนน้อย หมายถึง มีการปฏิบัติตามแผนการรักษาในระดับต่ำ และคะแนนมาก หมายถึง มีการปฏิบัติตามแผนการรักษาในระดับสูง

ชุดที่ 7 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่จินทนา หล่อตจะกูล (2549) แปลจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของเอ็นริช (The ENRICH Social Support Questionnaire) จำนวนทั้งสิ้น 6 ข้อ (จากเดิม 7 ข้อ) มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เคยได้รับ ได้รับบ้างเล็กน้อย ได้รับเป็นบางครั้ง ได้รับบ่อยครั้ง และได้รับทุกครั้ง สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนน้อย หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ และคะแนนมาก หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง

ชุดที่ 8 แบบประเมินคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินที่ Krethong (2007) แปลจากต้นฉบับแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire [MLHFQ]) ปี ค.ศ. 2003 แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จำนวน 8 ข้อ ด้านอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ และด้านสังคมและเศรษฐกิจ จำนวน 8 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 21 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกและข้อคำถามทางลบ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 6 ระดับ จากคะแนน 0-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่มีเรื่องนี้เกิดขึ้น มี 1-2 ครั้งต่อเดือน มีมากกว่า 2-5 ครั้งต่อเดือน มีมากกว่า 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ มีมากกว่า 4-6 ครั้งต่อสัปดาห์ และมีมากที่สุดหรือทุกวัน ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนน้อย หมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพไม่ดี และคะแนนมาก หมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพดี

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการปฏิบัติตามแผนการรักษาไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล (2 คน) และอาจารย์พยาบาล (2 คน) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .86 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบสอบถามอาการรบกวนทางกายและอาการรบกวนทางจิตใจ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .90, .92 และ .93 ตามลำดับ ส่วนแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ และแบบสอบถามการปฏิบัติตามแผนการรักษา นำไปหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการสอบซ้ำกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จำนวน 2 ครั้ง ห่างกัน 1 วัน โดยแบบวัดการรับรู้ มีความเชื่อมั่น .91 และแบบสอบถามการปฏิบัติ มีค่าความเชื่อมั่นรายด้านเท่ากับ .85, .89, .89, .90 และ .99 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ 02-03-2558 วันที่ 20 เมษายน 2558) และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดจันทบุรี (เอกสารรับรอง เลขที่ CTIREC 029 วันที่ 21 สิงหาคม 2558) ผู้วิจัยจึงได้เก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูล จะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระปกเกล้า เข้าพบ

หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และพยาบาลประจำการแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก ทุกวันอังคาร วันพุธ และวันศุกร์ เวลา 08.00-12.00 น. และที่แผนกอายุรกรรมทั่วไปผู้ป่วยนอก ทุกวันจันทร์และวันพฤหัสบดี เวลา 08.00-16.00 น. แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึก แบบประเมิน แบบสอบถาม และแบบวัด โดยใช้เวลา 30-40 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคมถึงเดือนตุลาคม 2558

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลอาการรบกวนทางกายและอาการรบกวนทางจิตใจ ข้อมูลระดับความรุนแรงของโรค ข้อมูลการรับรู้ภาวะสุขภาพ ข้อมูลการปฏิบัติตามแผนการรักษา ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม และข้อมูลคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ทั้งนี้พบว่า ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างมี outlier จำนวน 2 คน ซึ่งแก้ไขโดยตัดออกจากการวิเคราะห์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 57.60 อายุต่ำสุด คือ 20 ปี และสูงสุด คือ 84 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 61.25 ปี ($SD = 12$) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 75.70 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 98.60 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 74.30 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 43.80 มีรายได้ครอบครัวน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 41 มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 39.60 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในช่วง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.40 ยาที่ได้รับ

ในปัจจุบันส่วนใหญ่ คือ ยากลุ่ม antiplatelets คิดเป็นร้อยละ 79.50 และมีโรคประจำตัวอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 95.80 โดยโรคที่เป็นมากที่สุด คือ โรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด คิดเป็นร้อยละ 78.80

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

2.1 อาการรบกวนทางกาย พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยอาการรบกวนทางกายในระดับน้อยมาก ($M = 10.71, SD = 16.01$) โดยพบอาการเจ็บแน่นหน้าอก/ไม่สบายบริเวณทรวงอก ($M = 1.13, SD = 2.05$) หายใจขัด ($M = 1.57, SD = 2.47$) อ่อนล้า/เหนื่อยมาก ($M = 2.11, SD = 2.37$) นอนไม่หลับ ($M = 2.73, SD = 2.93$) บวมที่ขา ($M = 1.35, SD = 2.36$) ใจสั่น/หัวใจเต้นเร็ว ($M = 1.38, SD = 2.08$) และเบื่ออาหาร ($M = 1.67, SD = 2.73$)

2.2 อาการรบกวนทางจิตใจ พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยอาการรบกวนทางจิตใจในระดับน้อยมาก ($M = 8.51, SD = 18.64$) โดยพบภาวะหดหู่/เศร้าหมอง ($M = .72, SD = 1.81$) และภาวะวิตกกังวล/เครียด ($M = 1.53, SD = 2.64$)

2.3 ระดับความรุนแรงของโรค พบว่า ผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคระดับ II มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.80 รองลงมา คือ ระดับ I คิดเป็นร้อยละ 38.90 และระดับ III คิดเป็นร้อยละ 15.30 ตามลำดับ

2.4 การรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับดี ($M = 68.42, SD = 18.55$)

2.5 การปฏิบัติตามแผนการรักษา พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามแผนการรักษาโดยรวมในระดับดี ($M = 77.74, SD = 12.35$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการมาตรวจตามนัด ($M = 95.83, SD = 10.48$) รองลงมา คือ ด้านการรับประทานยา ($M = 94.58, SD = 10.64$) ด้านการรับประทานอาหารเฉพาะโรค ($M = 73.96, SD = 22.69$) ด้านการป้องกันโรคติดเชื้อ ($M = 72.43, SD = 24.27$) และด้านการออกกำลังกาย ($M = 51.88, SD = 27.71$) ตามลำดับ

2.6 การสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง ($M = 42.80, SD = 23.17$)

3. คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพโดยรวมในระดับดี ($M = 74.20, SD = 21.72$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้านมีคะแนนเฉลี่ยในระดับดี ได้แก่ ด้านร่างกาย ($M = 68.06, SD = 27.03$) ด้านอารมณ์ ($M = 75.99, SD = 22.81$) และด้านสังคมและเศรษฐกิจ ($M = 79.33, SD = 21.22$)

4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการรบกวนทางกาย อาการรบกวนทางจิตใจ ระดับความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติตามแผนการรักษา และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ พบว่า อาการรบกวนทางกาย และอาการรบกวนทางจิตใจ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.623, p < .001$ และ $r = -.469, p < .001$ ตามลำดับ) และพบว่าระดับความรุนแรงของโรค class I และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .341, p < .001$ และ $r = .548, p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการรบกวนทางกาย อาการรบกวนทางจิตใจ ระดับความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติตามแผนการรักษา และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ($n = 144$)

ตัวแปร	คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ	
	r	p
อาการรบกวนทางกาย	-.623	< .001
อาการรบกวนทางจิตใจ	-.469	< .001
ระดับความรุนแรงของโรค class I	.341	< .001
ระดับความรุนแรงของโรค class II	-.104	.209
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.548	< .001
การปฏิบัติตามแผนการรักษา	.135	.174
การสนับสนุนทางสังคม	.095	.382

4.2 ความสามารถในการทำนายของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า อาการรบกวนทางกาย อาการรบกวนทางจิตใจ ระดับความรุนแรงของโรค class I และการรับรู้ภาวะสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพได้ร้อยละ 50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\text{adj. } R^2 = .500, p < .001$) โดยอาการรบกวนทางกาย

สามารถทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพได้มากที่สุด ($\text{Beta} = -.361, p < .001$) รองลงมา คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($\text{Beta} = .272, p < .001$) อาการรบกวนทางจิตใจ ($\text{Beta} = -.204, p < .01$) และระดับความรุนแรงของโรค class I ($\text{Beta} = .126, p < .05$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสามารถในการทำนายของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (n = 144)

ปัจจัยทำนาย	b	SE	Beta	t	p
อาการรบกวนทางกาย	-.456	.099	-.361	-4.840	< .001
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.319	.081	.272	3.851	< .001
อาการรบกวนทางจิตใจ	-.246	.076	-.204	-3.070	.003
ระดับความรุนแรงของโรค class I	8.451	2.723	.126	1.991	.048

Constant = 57.865, R = .717, R² = .511, adj. R² = .500, F = 36.717, p < .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพทั้งรายด้าน และโดยรวมในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว อยู่ในช่วง 1-5 ปี ซึ่งพยาโรศภาพและความก้าวหน้าของโรค ยังไม่มากนัก การรักษายังสามารถควบคุมและรักษาได้ด้วยวิธีมาตรฐาน (Yancy et al., 2013) อีกทั้งผู้ป่วย มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามแผนการรักษาโดยรวม ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยการมาตรวจตามนัด และคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยา ในระดับดีมาก มีคะแนนเฉลี่ยการรับประทานอาหารเฉพาะโรค และคะแนนเฉลี่ยการป้องกันโรคติดเชื้อ ในระดับดี ซึ่งการปฏิบัติตามแผนการรักษาเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพราะเป็นการชะลอความก้าวหน้าและป้องกันการกำเริบของโรค (Kato et al., 2009) การที่ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามแผนการรักษาด้านการมาตรวจตามนัด และคะแนนเฉลี่ยด้านการรับประทานยา ในระดับดีมาก ส่งผลให้มีระดับความรุนแรงของโรคลดลง โดยระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นตัวบ่งชี้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีความรุนแรงของโรคระดับ I-II (ร้อยละ 84.70) จึงทำให้มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ดี โดยมี

อาการรบกวนทางกายและอาการรบกวนทางจิตใจน้อยมาก จึงไม่กระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เมื่อผู้ป่วย มีการคงไว้ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ดี ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี จึงส่งผลให้มีระดับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพโดยรวมดีขึ้น (วาสนา สุวรรณศรีมี, วันเพ็ญ ภิญญภาสกุล, วิชชุดา เจริญกิจการ, และฉัตรกนก ทุมวิภาต, 2556; Hole, Grundtvig, Gullestad, Flonaes, & Westheim, 2010)

ผลการวิจัยพบว่า อาการรบกวนทางกาย อาการรบกวนทางจิตใจ ระดับความรุนแรงของโรค class I และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับโมเดลคุณภาพชีวิตของ Ferrans et al. (2005) โดยพบว่า อาการรบกวนทางกายมีความสัมพันธ์ทางลบและทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ได้มากที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องจากอาการรบกวนทางกาย ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วย เมื่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วย ไม่คงเดิม ต้องมีการพึ่งพาผู้อื่น จึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ซึ่งภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นโรคเรื้อรัง ที่รุนแรงที่มีความสัมพันธ์กับอาการรบกวนทางกาย จึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพต่ำ (Fotos et al., 2013) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยอาการรบกวนทางกายในระดับน้อยมาก เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่

มีความรุนแรงของโรคระดับ I-II สอดคล้องกับการศึกษาของ Heo, Doering, Widener, and Moser (2008) ที่พบว่า ความรุนแรงของอาการหายใจเหนื่อยและอ่อนเพลียอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 27.50) แต่เป็นอาการที่พบมากที่สุดของอาการรบกวนทางกายในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการใช้ชีวิตประจำวัน โดยอาการรบกวนทางกายมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลมากที่สุดในการทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ทางบวกและทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นการที่ผู้ป่วยรับรู้ถึงองค์ประกอบทั้งหมดของสุขภาพ โดยการทำหน้าที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป หากบุคคลมีความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง จะส่งผลให้การรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไปไม่ดี และส่งผลให้คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพลดลง (Wilson & Cleary, 1995) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคระดับ I-II จึงมีอาการรบกวนทางกายและอาการรบกวนทางจิตใจเพียงเล็กน้อย ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี และส่งผลให้คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพดี ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา ศรีสุข (2551) ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่า อาการรบกวนทางจิตใจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ทางลบและทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องเผชิญกับอาการของโรคที่ไม่สามารถทำนายได้ว่าจะกำเริบเมื่อใด และอาการมีลักษณะเป็น ๆ หาย ๆ จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวล และเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ส่งผลให้คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพเลวลง (วนิดา หาจกร และดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2556) นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนบทบาทและหน้าที่ของตนเอง ต้องพึ่งพา

ผู้อื่น ผู้ป่วยจึงรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า (จิราภรณ์ มีชูสิน, อารมณ์ ดินาน, และศิริวัลย์ วัฒนสินธุ์, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาของ Bean, Gibson, Flattery, Duncan, and Hess (2009) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลของปัจจัยด้านจิตสังคม คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ และปัจจัยด้านจิตใจในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพได้

ผลการวิจัยพบว่า ระดับความรุนแรงของโรค class I เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ทางบวกและทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ โดยระดับความรุนแรงของโรคเกี่ยวข้องกับความสามารถในปฏิบัติการของบุคคล ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคระดับ I-II สามารถปฏิบัติการกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น จึงทำให้มีคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพดี ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Demir and Unsar (2011) ที่พบว่า ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์และทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Chung, Moser, Lennie, and Frazier (2013) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าความรุนแรงของโรคสามารถทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพได้

ผลการวิจัยพบว่า อาการรบกวนทางกาย อาการรบกวนทางจิตใจ ระดับความรุนแรงของโรค class I และการรับรู้ภาวะสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคระดับ I-II ทำให้มีความสามารถในการปฏิบัติการกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดี รวมทั้งมีคะแนนเฉลี่ยอาการรบกวนทางกาย และคะแนนเฉลี่ยอาการรบกวนทางจิตใจ ในระดับน้อยมาก จึงไม่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เมื่อผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข จึงมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี ส่งผลให้ตัวแปรทั้ง 4 ตัว สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิต

ที่สัมพันธ์กับสุขภาพได้

อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้พบว่า การปฏิบัติตามแผนการรักษา และการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการปฏิบัติตามแผนการรักษา และการสนับสนุนทางสังคม ไม่ได้มีผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสมจะทำให้ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติตามแผนการรักษาด้านการรับประทานยา หรือการควบคุมอาหารและการจำกัดน้ำ ในทางตรงกันข้าม ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ตามลำพังอาจมีความยากลำบากในการปฏิบัติสิ่งเหล่านี้ จนในที่สุดก็จะทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลและเสียชีวิต (Luttik, Jaarsma, Moser, Sanderma, & van Veldhuisen, 2005) จึงอาจทำให้การปฏิบัติตามแผนการรักษา และการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางสุขภาพควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้อง และมีการปฏิบัติตามแผนการรักษาที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดระดับความรุนแรงของโรค ลดอาการรบกวนทางกายและอาการรบกวนทางจิตใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพดีขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยเน้นการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้อง และการปฏิบัติตามแผนการรักษาที่เหมาะสม

2.2 ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่น่าจะทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ เช่น ความเข้มแข็งในการมองโลก ความสามารถในการจัดการอาการรบกวน

เอกสารอ้างอิง

- จันทนา หล่อตะกุล. (2549). *การพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไทยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด* (ดุษฎีนิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราภรณ์ มีชูสิน, อภรณ์ ดินาน, และศิริวัลย์ วัฒนสินธุ์. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 18(2), 19-31.
- ฉัตรลลย์ ใจอารีย์. (2533). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิตยา ศรีสุข. (2551). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วนิดา หาจักร, และดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. (2556). อิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 25(1), 79-92.
- วาสนา สุวรรณศรีศรี, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, วิชชุดา เจริญกิจการ, และฉัตรกนก ทุมวิภาต. (2556). ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 24(1), 2-16.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2552*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.

- Bean, M. K., Gibson, D., Flattery, M., Duncan, A., & Hess, M. (2009). Psychosocial factors, quality of life, and psychological distress: Ethnic differences in patients with heart failure. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 24(4), 131-140.
- Bekelman, D. B., Havranek, E. P., Becker, D. M., Kutner, J. S., Peterson, P. N., Wittstein, I. S., ... Dy, S. M. (2007). Symptoms, depression, and quality of life in patients with heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, 13(8), 643-648.
- Blinderman, C. D., Homel, P., Billings, J. A., Portenoy, R. K., & Tennstedt, S. L. (2008). Symptom distress and quality of life in patients with advanced congestive heart Failure. *Journal of Pain and Symptom Management*, 35(6), 594-603.
- Chung, M. L., Moser, D. K., Lennie, T. A., & Frazier, S. K. (2013). Perceived social support predicted quality of life in patients with heart failure, but the effect is mediated by depressive symptoms. *Quality of Life Research*, 22(7), 1555-1563.
- Demir, M., & Unsar, S. (2011). Assessment of quality of life and activities of daily living in Turkish patients with heart failure. *International Journal of Nursing Practice*, 17(6), 607-614.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160.
- Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(4), 336-342.
- Fotos, N. V., Giakoumidakis, K., Kollia, Z., Galanis, P., Copanitsanou, P., Pananoudaki, E., & Brokalaki, H. (2013). Health-related quality of life of patients with severe heart failure. A cross-sectional multicentre study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(3), 686-694.
- Heart Failure Society of America. (2006). Executive summary: HFSA 2006 comprehensive heart failure practice guideline. *Journal of Cardiac Failure*, 12(1), 10-38.
- 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.
- Hole, T., Grundtvig, M., Gullestad, L., Flonaes, B., & Westheim, A. (2010). Improved quality of life in Norwegian heart failure patients after follow-up in outpatient heart failure clinics: Results from the Norwegian heart failure registry. *European Journal of Heart Failure*, 12(11), 1247-1252.
- Kato, N., Kinugawa, K., Ito, N., Yao, A., Watanabe, M., Imai, Y., ... Kazuma, K. (2009). Adherence to self-care behavior and factors related to this behavior among patients with heart failure in Japan. *Heart & Lung*, 38(5), 398-409.

- Krethong, P. (2007). *Health-related quality of life in Thai heart failure patients* (Doctoral dissertation). Bangkok: Chulalongkorn University.
- Luttik, M. L., Jaarsma, T., Moser, D., Sanderman, R., & van Veldhuisen, D. J. (2005). The importance and impact of social support on outcomes in patients with heart failure: An overview of the literature. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(3), 162-169.
- Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *The Journal of the American Medical Association*, 273(1), 59-65.
- World Health Organization. (1997). *WHOQOL: Measuring quality of life*. Retrieved from http://.who.int/mental_health/media/68.pdf
- Yancy, C. W., Jessup, M., Bozkurt, B., Butler, J., Casey, D. E. Jr., Drazner, M. H., ... Wilkoff, B. L. (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. *Journal of the American College of Cardiology*, 62(16), e147-239.
-