



ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในจังหวัดตรัง Factors Related to Quality of Life of Caregivers among Patients with Heart Failure in Trang Province

นิตยา ศรีสุข^{1*} จิราพร วัฒนศรีสิน¹ และ ธวัชชัย ทีปะपाल¹
Nittaya Srisuk^{1*}, Jiraporn Wattanasrisin¹ and Thawatchai Tepapal¹
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย การดูแลตนเองของผู้ป่วย ความรู้ และการรับรู้ความสามารถในการจัดการกับภาวะหัวใจล้มเหลวของสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแล กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลัก ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว 100 คู่ ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วย แบบวัดความรู้ของผู้ดูแล แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถ ในการจัดการกับภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้ดูแล และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .85, .62, .75, .83 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ผลการวิจัย พบว่า

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ อายุ และจำนวนโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ และระดับปานกลาง ($r = -.23, -.34$ ตามลำดับ) กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
2. ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูง ($r = -.77, p < .01$) ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับสูง ($r = .56, p < .01$) ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r = .23, p < .05$) กับคุณภาพชีวิตด้านกายภาพของผู้ดูแล และการรับรู้ความสามารถในการจัดการกับภาวะหัวใจล้มเหลว มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ($r = .55, p < .01$) กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ดูแล

บุคลากรทางด้านสุขภาพ ควรให้ความสำคัญกับการประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อนำไปสู่รูปแบบการพัฒนาให้มีผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: หัวใจล้มเหลว, ผู้ดูแล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: nittayasrisuk1981@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-5386625)



Abstract

The purpose of this study was to examine the relationship among the demographic factors of patients and caregivers, patients' self-care, caregivers' knowledge and perceived control over managing patients' heart failure problem, and quality of life of caregivers in Trang Province. One hundred dyads of caregivers and their heart-failure relatives, who attended Cardiovascular Clinic in Trang hospital, were randomly sampled in the study. The research instruments included: 1) the demographics of patients and caregivers, 2) the Self-Care of Heart Failure Index (SCHFI), which was applied only to patients, as well as 3) the Dutch Heart Failure Knowledge Scale (DHFKS), 4) the Control Attitudes Scale (CAS), and 5) the 12-Item Short Form Survey (SF-12), which were applied to caregivers. Reliability of the questionnaire in each part was tested yielding values of .85, .62, .75, and .83 respectively. The data were analyzed by using descriptive statistics and chi-square, Spearman's rank order correlation and Pearson product-moment correlation coefficients. The research findings were as follows:

1. The patient's age and number of comorbidities were significantly related to caregivers' quality of life in terms of mental health dimension ($r=-.23$, $-.34$ respectively, $p<.05$).

2. The caregiver's age, level of education, and knowledge were significantly related to caregivers' quality of life in terms of physical dimension ($r=-.77$, $r_s=.56$, $p<.01$, and $r=.23$, $p<.05$ respectively).

3. Perceived control over managing patients' heart failure problems was significantly related to caregivers' quality of life in the mental health dimension ($r=.55$, $p<.01$).

Health care professionals should be aware of factors associated with health related quality of life among caregivers in order to promote their health status.

Keyword: Heart Failure, Caregivers, Quality of Life

บทนำ

ภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของโครงสร้าง หรือการทำหน้าที่ของหัวใจนำไปสู่อาการที่สำคัญ ได้แก่ อาการหายใจลำบาก หรือหายใจตื้น ขณะพักหรือออกกำลังกาย อ่อนเพลีย และกลุ่มอาการที่เกิดจากน้ำคั่งบริเวณต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ภาวะน้ำท่วมปอด หรือการบวมบริเวณอวัยวะส่วนล่าง เช่น ข้อมือ เป็นต้น จากการศึกษาของLaothavorn, Hengrussamee, Kanjanavanit, Moleerergpoom, Laorakpongse, Pachirat, et al. (2010) ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลจากศูนย์โรคหัวใจ 18 แห่งทั่วประเทศไทยพบว่า ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศไทย มีอายุน้อยกว่า ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศตะวันตก และสหรัฐอเมริกา แต่มีอาการทางคลินิก ซึ่งนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรุนแรงกว่า นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศไทยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77) เข้ารับการรักษาผ่านทางแผนกฉุกเฉิน และ

ประมาณ 1 ใน 4 ต้องการรักษาขั้นสูงในแผนกผู้ป่วยวิกฤต ระหว่างการเข้ารับการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลที่สำคัญยังพบว่า ภาวะหัวใจล้มเหลวยังเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน โดยพบว่า เกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยกลุ่มนี้ หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ภายใน 6 เดือน มักกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (Kobkuechaiyapong, 2013) นำมาซึ่งการสูญเสียรายได้ของรัฐในการจัดการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก

นอกจากนี้ รัฐ จะต้องสูญเสียรายได้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวแล้ว ประเด็นสำคัญประการหนึ่งคือ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ยังต้องใช้ชีวิตอยู่ด้วยความทุกข์ทรมาน จากการที่ต้องเผชิญกับกลุ่มอาการที่ซับซ้อน สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างจำกัด ไม่สามารถคาดการณ์การดำเนินของโรคได้ ส่งผลต่อทางด้านอารมณ์และจิตสังคม ผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังชนิดอื่น ๆ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น และหลีกเลี่ยงการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ ด้วยการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ได้แก่ 1) การดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ เช่น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การติดตาม หรือเฝ้าระวังอาการที่นำไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลวด้วยตนเอง เช่น อาการ และอาการแสดงของภาวะน้ำและเกลือคั่ง การตวงปริมาณน้ำดื่ม และจำนวนปัสสาวะทุกวัน การชั่ง และบันทึกน้ำหนักทุกวัน การรับประทานอาหารลดเค็ม เป็นต้น 2) การจัดการกับอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น ปรับขนาดยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง ตามแผนการรักษา หากมีอาการบวมหรือน้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว 3) ความมั่นใจในการดูแลตนเอง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ต้องการความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ และความมั่นใจในการจัดการกับอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวในกรณีที่มีอาการรุนแรงขึ้น (Riegel, Lee, Dickson & Carlson, 2009) อย่างไรก็ตามพบว่า การดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นเรื่องที่ยาก และมีความซับซ้อนจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีความสามารถดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศไทย ทำให้ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ในการสนับสนุนพฤติกรรมดูแลตนเอง นอกจากนี้แนวทางในการดูแลผู้ป่วย ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทั่วโลก ยังกำหนดให้ทีมสุขภาพจัดให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในทุกขั้นตอน

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของBuck, Harkness, Wion, Carroll, Cosman, Kaasalainen, et al. (2015) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นที่พึ่งและเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน ทั้งในรูปแบบที่เป็นรูปธรรม ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว การดูแลบ้าน การรับประทานยา การไปตรวจตามนัด และในรูปแบบนามธรรม ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านจิตใจ การติดต่อที่มสุขภาพ เป็นต้น ผู้ดูแลต้องทุ่มเททั้งแรงกาย กำลังใจ กำลังทรัพย์ เสียสละเวลา และแสวงหาความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว สอดคล้องกับการศึกษาของChiaranai (2014) ซึ่งศึกษาประสบการณ์ชีวิตในแต่ละวัน ของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการความช่วยเหลือ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจจากผู้ดูแล รวมทั้งจากเพื่อน เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ใกล้เคียงกับในยามปกติมากที่สุด ผลการวิจัยที่ผ่านมาในต่างประเทศ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการทำหน้าที่ทางร่างกายอยู่ในระดับดี ได้รับการสนับสนุนทางสังคม และมีการรับรู้ความสามารถในการ



จัดกับการภาวะหัวใจล้มเหลว มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ความร่วมมือในการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

อย่างไรก็ตาม การที่ผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลกิจวัตรประจำวัน และช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ในการดูแลตนเอง ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลเช่นเดียวกัน จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ต้องประสบกับความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย จากการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันให้กับผู้ป่วย มีความวิตกกังวล เครียด และเหนื่อย ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ยิ่งไปกว่านั้น ยังพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย ที่มีภาวะหัวใจบางด้าน ต่ำกว่าตัวผู้ป่วยเอง (Luttik, Jaarsma, Veeger & Van Veldhuisen, 2005) สำหรับในประเทศไทย ยังไม่พบการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวโดยเฉพาะ แต่พบว่า มีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลโรคเรื้อรัง ซึ่งรวมถึงภาวะหัวใจล้มเหลว โดยผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพศชาย ที่มีอายุน้อย มีคุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ทางกายดีกว่าผู้ดูแลเพศหญิง ซึ่งมีอายุมากกว่าและต้องดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีปัญหาทางสุขภาพหลายอย่าง และยังพบว่า ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอย่างสม่ำเสมอ มีการรับรู้ทางสังคมที่มากกว่า และมีการรับรู้ต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในทางบวก มีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีกว่า

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้ดูแล และผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ อายุ เพศ จำนวนโรคประจำตัวของผู้ดูแล ความรุนแรง และจำนวนโรคประจำตัวของผู้ป่วย ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล เช่น ผู้ดูแลที่มีอายุน้อยกว่า เป็นเพศชาย มีโรคประจำตัวน้อยกว่า มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิง มีอายุมากกว่า และมีโรคประจำตัวมากกว่า การรับรู้ความสามารถในการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล โดยพบว่า การรับรู้ความสามารถในการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวของผู้ดูแล ในระดับมาก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (Bakas, Pressler, Johnson, Nausier & Shaneyfelt, 2006) นอกจากนี้ยังพบว่า ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นตัวแปรอิสระที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (Agren, Evangelista & Stromberg, 2010)

ถึงแม้ว่าผู้ดูแล เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างมากในการดูแลผู้ป่วย ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวแบบองค์รวม งานวิจัยในประเทศไทย ส่วนใหญ่มุ่งศึกษาการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของตัวผู้ป่วยเอง ยังไม่พบบางงานวิจัยที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลโดยตรง อีกทั้งวัฒนธรรมของสังคมไทยในการดูแลสมาชิกในครอบครัว มีความแตกต่างกับวัฒนธรรมทางตะวันตกอย่างมาก ผลการวิจัย จากการทบทวนวรรณกรรมจากต่างประเทศดังกล่าว จึงอาจไม่สามารถอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยในประเทศไทยได้โดยตรง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งผลการวิจัยที่ได้จะช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพ ได้รับทราบถึงคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล และสามารถนำปัจจัยดังกล่าวมาใช้ในการสร้างรูปแบบหรือพัฒนาคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยเอง

วัตถุประสงค์การวิจัย

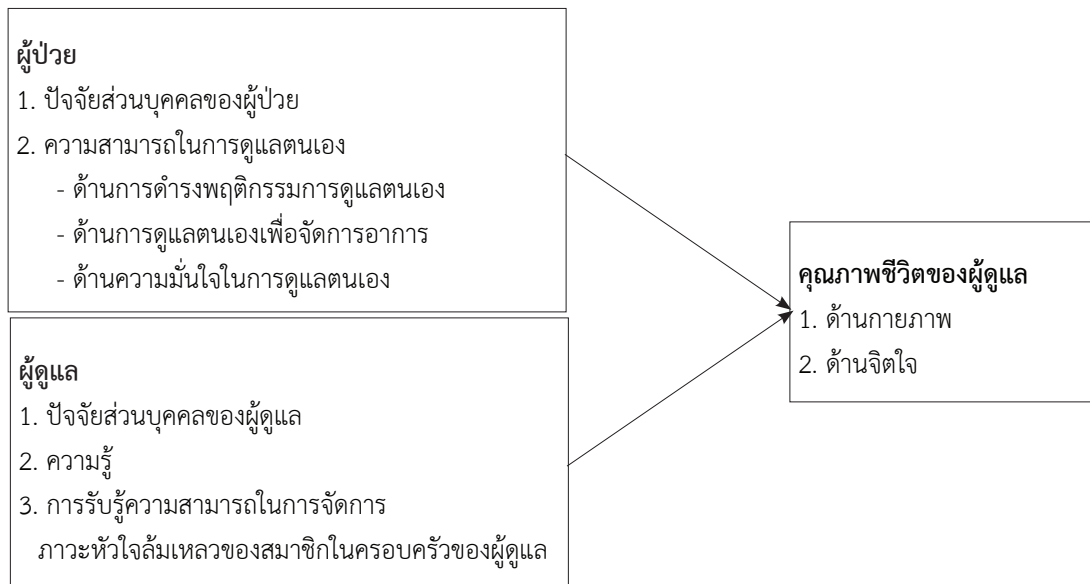
1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ การรับรู้ความสามารถในการจัดการกับภาวะหัวใจล้มเหลว ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการดูแลตนเองของผู้ป่วย ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้และการรับรู้ความสามารถ ในการจัดการกับภาวะหัวใจล้มเหลว ของสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแล กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในจังหวัดตรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ประยุกต์กรอบแนวคิด Framework for Heart Failure Self-Management and Family Variables ของ Dunbar, Clark, Quinn, Gary & Kaslow (2008) โดยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยทั้งตัวผู้ป่วย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเอง และปัจจัยจากตัวผู้ดูแลเอง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ และการรับรู้ความสามารถในการจัดการกับภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ดังภาพ



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลตรัง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลตรัง จำนวน 100 คน สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple Random



Sampling) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยได้มาจากการคำนวณจากสูตรของ Thorndike (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณ คือ $n = 10k + 50$ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ จำนวน 100 โดยผู้ป่วยมีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) มีอายุมากกว่า 20 ปี 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ หรือจากผลการตรวจสะท้อนคลื่นเสียงหัวใจและประวัติการเจ็บป่วย ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวตามเกณฑ์ New York Heart Association ระดับ I ถึง ระดับ III 3) อาศัยอยู่กับผู้ดูแลอย่างน้อย 1 คน และผู้ดูแลมีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) มีอายุมากกว่า 20 ปี 2) อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย และมีความสัมพันธ์แบบเครือญาติ โดยให้การดูแลแบบไม่ได้รับค่าตอบแทน นอกจากนี้ ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องสามารถสื่อสารและอ่านเข้าใจภาษาไทย และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ (Left Ventricular Ejection Fraction, LVEF) จำนวนโรคประจำตัว และแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านปัจจัย ที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ประกอบด้วย 4 ตอน โดยตอนที่ 1 และ ตอนที่ 2 ผู้วิจัยได้แปลเป็นภาษาไทยตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก ส่วนตอนที่ 3 และตอนที่ 4 ผู้วิจัยใช้เครื่องมือซึ่งมีผู้แปลเป็นภาษาไทยไว้แล้ว

ตอนที่ 1 แบบสอบถามความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งผู้วิจัยได้รับอนุญาตทางจดหมายจาก อีเล็กทรอนิกส์ จากเจ้าของแบบสอบถามให้แปล The Dutch of Heart Failure Scale (DHFKS) (Van der Wal, Jaarsma, Moser & van Veldhuisen, 2005) ซึ่งประกอบด้วยคำถามจำนวน 15 ข้อ 3 ตัวเลือก ซึ่งเป็นคำถามในหมวดความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวทั่วไป จำนวน 4 ข้อ การดูแลรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 6 ข้อ และอาการและอาการแสดง ที่เกี่ยวข้องกัภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 6 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน ตอบไม่ถูกต้องได้ 0 คะแนน 1) ระดับคะแนนมาก หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวในระดับดี 2) คะแนนน้อย หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวในระดับน้อย โดยเครื่องมือวัดความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลวนี้ ทดสอบในผู้ป่วยจำนวน 902 คน มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ .62 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาคำนวณค่าความเชื่อมั่น ของเครื่องมือโดยใช้วิธี Kuder Richardson ในผู้ดูแลหลัก 30 คนได้ค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ .62

ตอนที่ 2 แบบสอบถามผู้ดูแลหลัก เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการจัดการกับภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งผู้วิจัยแปลจาก The Control Attitudes Scale ของ Moser & Dracup (2000) ประกอบด้วย คำถามจำนวน 8 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ 1) ผู้ดูแลรับรู้ว่าตนเองสามารถจัดการกับภาวะหัวใจล้มเหลว ของสมาชิกในครอบครัวได้มากน้อยเพียงไร และ 2) ผู้ดูแลรู้สึกที่ตัวเองได้รับความช่วยเหลือ ในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมากแค่ไหน มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 5 เห็นด้วยอย่างยิ่ง ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาทดสอบ หาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ในผู้ดูแลหลักจำนวน 30 คนได้เท่ากับ .75

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การดูแลตนเอง ของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (Self-Care of Heart Failure Index: SCHFI) ซึ่งผู้วิจัยได้ขออนุญาตจาก Riegel, Carlson, Moser, Sebern, Hicks & Roland (2004) ในการนำเครื่องมือดังกล่าวมาใช้ เครื่องมือประกอบด้วย การประเมินการดูแลตนเอง 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 การดำรงพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Self-Care Maintenance) ส่วนที่ 2 การดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ (Self-Care Management) และส่วนที่ 3 ความมั่นใจในการดูแลตนเอง (Self-Care Confidence) โดยมีข้อคำถามแบบมาตราส่วน จำนวน 16 ข้อ ซึ่งมีคะแนนรวมในแต่ละส่วนเท่ากับ 100 โดยกำหนดค่าจุดตัดที่ 70 คะแนน หมายถึงผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับที่เพียงพอ และต่ำกว่า 70 หมายถึง ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับที่ไม่เพียงพอ เครื่องมือนี้นำมาใช้ในงานวิจัย กับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 400 คน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาฉบับรวม เท่ากับ .85

ตอนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (Short-Form 12 Item (SF12) Health Survey เป็นแบบสอบถามฉบับย่อ ของแบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิต SF-36 ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 12 ข้อ เกี่ยวกับมิติทางด้านสุขภาพ 8 มิติ ได้แก่ มิติทางด้าน Physical Functioning (คำถามข้อ ที่ 2, 3) Role Physical (คำถามข้อที่ 4, 5) Bodily Pain (คำถามข้อที่ 8) General Health (คำถามข้อที่ 1) Vitality (คำถามข้อที่ 10) Social Functioning (คำถามข้อที่ 12) Role Emotional (คำถามข้อที่ 6, 7) และ Mental Health (คำถามข้อที่ 9, 11) มีลักษณะข้อคำถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 ตลอดเวลา จนถึง 5 ไม่เคยเลยสักครั้ง คะแนนมากหมายถึง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี และคะแนนน้อย หมายถึงมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ SF-12 เป็นเครื่องมือที่ใช้กันแพร่หลาย และได้รับการแปลเป็นภาษาไทย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาฉบับภาษาไทย เท่ากับ .83 ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาคำนวณหาความเชื่อมั่น ในผู้ดูแลหลัก จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการจัดการกับภาวะหัวใจล้มเหลว ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความชัดเจนของการใช้ภาษาและความสอดคล้องของข้อคำถามจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วย พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ ซึ่งทำงานอยู่ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา 1 คน อาจารย์พยาบาล 1 คน และแพทย์โรคหัวใจจำนวน 1 คน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .82 หลังจากได้รับคำแนะนำและข้อเสนอแนะจากผู้วิจัย ได้นำเครื่องมือมาปรับปรุงให้มีความชัดเจนและครอบคลุมมากขึ้น และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยแบบสอบถามความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว คำนวณค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .62 แบบสอบถามผู้ดูแลหลักเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการจัดการกับภาวะหัวใจล้มเหลว นำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ .75 และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (SF-12) นำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ .83 โดยแบบสอบถามคุณภาพชีวิต (SF-12) ผู้วิจัยได้รับใบอนุญาตอย่างถูกต้องจากบริษัท Optum ซึ่งเป็นเจ้าของลิขสิทธิ์ให้สามารถนำเครื่องมือ (License Number QMO21509) และโปรแกรมการคำนวณคุณภาพชีวิต (QualityMetric) มาใช้ในการวิจัย



การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยข้อมูลแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศของผู้ป่วย และผู้ดูแล ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย และระดับการศึกษาของผู้ดูแล กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลโดยใช้ไคสแควร์

3. ทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่างระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย และระดับการศึกษาของผู้ดูแล กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลโดยใช้สถิติ Spearman Rank Order Correlation

4. ทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ ระยะเวลาที่ได้รับบริการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวนโรคประจำตัว และความสามารถในการดูแลตนเองกับ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลโดยใช้สถิติเชิงอนุมานของเพียร์สัน กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

5. ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ ความรู้ การรับรู้ความสามารถในการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลว ของสมาชิกในครอบครัว กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลใช้สถิติเชิงอนุมานของเพียร์สัน กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 เกณฑ์การแปลความหมายระดับของความสัมพันธ์ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การวัดความสัมพันธ์ ของโคเฮน (Cohen, 1998 cited in Pallant, 2013) ดังนี้

มีค่าน้อยกว่า - 1.00 ถึง - 0.50 หรือ 0.50 ถึง 1.00 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง

มีค่าระหว่าง - 0.49 ถึง - 0.30 หรือ 0.30 ถึง 0.49 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง

มีค่าระหว่าง - 0.29 ถึง - 0.10 หรือ 0.10 ถึง 0.29 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ

ทั้งนี้ ก่อนการวิเคราะห์สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน ผู้วิจัยได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) (Pallant, 2013) ของสถิติที่ใช้ ดังนี้

1. ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) โดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov - Smirnov test พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองแต่ละด้านของผู้ป่วย ความรู้ การรับรู้ความสามารถในการจัดการกับภาวะหัวใจล้มเหลวของสมาชิกในครอบครัว และคุณภาพชีวิตด้านกายภาพ และด้านจิตใจของผู้ดูแลมีการแจกแจงแบบปกติ ($p > .05$)

2. ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตาม โดยพิจารณาจากกราฟ Normal Probability Plot พบว่าข้อมูลส่วนใหญ่จะอยู่รอบ ๆ เส้นตรง และการทดสอบสถิติค่าเอฟของตัวแปรต้นและตัวแปรตาม (F-test) โดยพิจารณาค่า F-test Linearity $p < .05$ และ Deviation form Linearity $p > .05$

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยคำนึงถึงจริยธรรมและพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยเสนอโครงร่างวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลตรัง (ID 013/2557)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53) มีอายุเฉลี่ย 62 ($SD=16.2$) ปี ส่วนใหญ่เรียนจบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 38) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 62 ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉลี่ย 22 เดือน ($SD=18.3$) ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ เฉลี่ย (ร้อยละ 50.5, $SD=12.9$) มีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับ 2 (NYHA Functional Class II) (ร้อยละ 50) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 3 โรค (ร้อยละ 36) และมีโรคประจำตัว 2 โรค (ร้อยละ 35) มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3-5 คน (ร้อยละ 61)

1.2 ผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73) มีอายุเฉลี่ย 41 ปี ($SD=10.74$) ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยม (ร้อยละ 27) รองลงมา คือ ระดับอนุปริญญา (ร้อยละ 23) ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบุตร (ร้อยละ 39) รองลงมาคือคู่สมรส (ร้อยละ 27) ประกอบอาชีพทำสวน (ร้อยละ 32) มีรายได้อยู่ในช่วง 10,000 ถึง 20,000 (ร้อยละ 56) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลว เท่ากับ 8.0 ($SD=.02$) การรับรู้ความสามารถในการจัดการกับภาวะหัวใจล้มเหลวเฉลี่ย เท่ากับ 25.47 ($SD=.30$) คุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ทางกายเฉลี่ย เท่ากับ 50.81 ($SD=.01$) และด้านสุขภาพจิตเฉลี่ย 42.23 ($SD=.70$)

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

2.1 ปัจจัยด้านผู้ป่วย

ตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

ปัจจัยส่วนบุคคล	คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล	χ^2, r_s, r	P-value
ผู้ป่วย			
1. เพศ	ด้านกายภาพ	$\chi^2=89.64$ df=92	.55
	ด้านจิตใจ	$\chi^2=85.63$ df=90	.61
ชาย (n=47)			
หญิง (n=53)			
2. ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม			
ระดับที่ I (n=7)	ด้านกายภาพ	$r_s=.04$.97
ระดับที่ II (n=50)	ด้านจิตใจ	$r_s=.10$.33
ระดับที่ III (n=43)			
3. อายุ (61.96±16.24)			
	ด้านกายภาพ	-.02	.79
	ด้านจิตใจ	-.23*	.02



ตาราง 1 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล	χ^2, r_s, r	P-value
4. ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ (50.53±12.98)	ด้านกายภาพ	-.09	.33
	ด้านจิตใจ	.17	.09
5. ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว(เดือน) (22.77±18.28)	ด้านกายภาพ	-.07	.46
	ด้านจิตใจ	.15	.15
6. จำนวนโรคประจำตัว (2.72±1.02)	ด้านกายภาพ	-.12	.55
	ด้านจิตใจ	-.34*	.01
7. ความสามารถในการดูแลตนเอง			
7.1 ด้านการดำรงพฤติกรรม การดูแลตนเอง (43.30±12.12)	ด้านกายภาพ	.09	.35
	ด้านจิตใจ	.07	.44
7.2 ด้านการดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ (51.53±13.16)	ด้านกายภาพ	.05	.61
	ด้านจิตใจ	.09	.36
7.3 ด้านความมั่นใจในการดูแลตนเอง (43.25±10.90)	ด้านกายภาพ	.14	.18
	ด้านจิตใจ	.01	.94

; เพียร์สันไคสแควร์, r; สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์, r_s ; Spearman's Rank Order Correlation (rho)

* $p < .05$, ** $p < .01$

จากตาราง 1 พบว่า การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล พบว่า ปัจจัยด้านอายุและจำนวนโรคประจำตัวของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.23, r_s = -.34, p < .05$) สำหรับปัจจัยด้าน เพศ ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว และความสามารถในการดูแลตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

2.2 ปัจจัยด้านผู้ดูแล

ตาราง 2 ปัจจัยของผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ผู้ดูแล	คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล	χ^2, r_s, r	P-value
1. เพศ			
ชาย (n=73)	ด้านกายภาพ	Pearson Chi-Square=92.27 df=92	.41
หญิง (n=27)			

ตาราง 2 (ต่อ)

ผู้ดูแล	คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล	r_s, r_s	P-value
	ด้านจิตใจ	Pearson Chi-Square=92.27 df=90	.47
2. ระดับการศึกษา	ด้านกายภาพ	$r_s = .56^{**}$.00
ไม่ได้เรียนหนังสือ (n=5)			
ประถมศึกษา (n=27)			
มัธยมศึกษา (n=23)			
ประกาศนียบัตร (n=23)	ด้านจิตใจ	$r_s = -.05$.59
ปริญญาตรี (n=22)			
3. อายุ (41.14±10.74)	ด้านกายภาพ	$-.77^{**}$.00
	ด้านจิตใจ	.55	.59
4. ความรู้ (8.04±2.02)	ด้านกายภาพ	.23*	.02
	ด้านจิตใจ	-.15	.12
5. การรับรู้ความสามารถในการจัดการกับภาวะหัวใจล้มเหลว (25.47±3.30)	ด้านกายภาพ	.21*	.04
	ด้านจิตใจ	.55**	.00

; เพียร์สันไคสแควร์, r; สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์, r_s ; Spearman's Rank Order Correlation (rho)

* $p < .05$, ** $p < .01$

จากตาราง 2 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลได้แก่อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านกายภาพกับผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.23, p < .05$) ระดับการศึกษา ความรู้ และการรับรู้ความสามารถ ในการจัดการกับภาวะหัวใจล้มเหลว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านกายภาพของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .56, r = .23, r = .21, p < .05$) นอกจากนี้ การรับรู้ความสามารถในการจัดการกับภาวะหัวใจล้มเหลวของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .55, p < .01$)

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ สามารถอธิบายผลการศึกษาระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ความรู้ และการรับรู้ความสามารถในการจัดการกับภาวะหัวใจล้มเหลว ของผู้ดูแลกับคุณภาพชีวิตด้านกายภาพ และด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ได้ดังนี้

1. อายุของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ดูแล อธิบายได้ว่า หากผู้ป่วยมีอายุมากขึ้นมีผลให้คุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ดูแลลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Evangelista,



Dracup, Doering, Westlake, Fonarow & Hamilton (2002) ซึ่งพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางลบกับอายุของผู้ป่วย เป็นที่ทราบกันดีว่าเมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มมากขึ้นย่อมมีความเสื่อมของการทำหน้าที่ทางกาย ยิ่งโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังย่อมต้องการการดูแลมากขึ้นเป็นสองเท่า ส่งผลให้มีความต้องการการดูแลเอาใจใส่จากผู้ดูแล ซึ่งในทางตรงกันข้ามสาเหตุดังกล่าวอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเครียด และเป็นสาเหตุให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Pihl, Jacobsson, Fridlund, Strömberg & Måtensson (2005) ซึ่งพบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล อย่างไรก็ตามพบว่าอายุของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านกายภาพของผู้ดูแล ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่ในการศึกษานี้มีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับที่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ แตกต่างจากผู้สูงอายุที่ผู้ดูแลต้องใช้แรงด้านกายภาพ เช่น ผู้ป่วยอัมพาตติดเตียง เป็นต้น

2. จำนวนโรคประจำตัวของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบ ในระดับปานกลาง กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ดูแล อธิบายได้ว่า หากผู้ป่วยต้องเผชิญกับโรคประจำตัวที่มากขึ้น ส่งผลให้คุณภาพด้านจิตใจของผู้ดูแลลดลง ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของSaunders (2008) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาระการดูแลผู้ป่วย ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวของผู้ดูแล แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของLuttik, Jaarsma, Veeger, Tijssen, Sanderman, & Veldhuisen (2007) ซึ่งพบว่า จำนวนโรคประจำตัวของผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์ภาระของผู้ดูแล ซึ่งการศึกษาดังกล่าวพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีโรคประจำตัวเฉลี่ย 2.3 โรค ได้แก่ โรคเบาหวานและปอดอุดกั้นเรื้อรัง อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเฉลี่ย 3 โรค ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน และโรคไตซึ่งโรคดังกล่าว ต้องการดูแลที่ซับซ้อน อีกทั้งยังต้องการทั้งเวลาและแรงสนับสนุนอย่างมากจากผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลอาจเกิดความเครียด วิตกกังวลและมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจลดลง

3. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล การศึกษานี้ขัดแย้งกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเอง และบทบาทของครอบครัว (Dunbar, Clark, Quinn, Gary & Kaslow, 2008) ซึ่งมองว่า หากผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ จะช่วยลดภาระของผู้ดูแล และทำให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แม้ว่าจากการทบทวนวรรณกรรมผู้ดูแล จะเป็นผู้ที่มีส่วนอย่างมาก ในการเป็นผู้สนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยและมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย ในทางตรงกันข้ามจากการศึกษานี้ไม่พบว่าการดูแลตนเองของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ซึ่งอธิบายได้ว่า อาจเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับสอง (ร้อยละ 50) จึงไม่จำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแล เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะมีอาการเหนื่อยเฉพาะตอนที่ออกแรงทำงานหนัก นอกจากนี้ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (SF-12) เป็นแบบสอบถามคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป อาจจะยังขาดความจำเพาะ และความไวต่อการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และมีความเป็นไปได้ว่า ผู้ดูแลมองว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นรางวัล หรือเป็นหน้าที่ของบุตรหลานในการดูแล (Somruedee, Wanlapa & Supaporn, 2014) อีกทั้งวัฒนธรรมของสังคมไทย ซึ่งเป็นครอบครัวขยาย ภาระการดูแล จึงไม่ได้ตกเป็นของบุคคลใดบุคคลหนึ่งแต่เพียงคนเดียว ซึ่งแตกต่างจากวัฒนธรรมตะวันตก (Netchang, 2012)

4. อายุของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ กับคุณภาพชีวิตด้านกายภาพของผู้ดูแล อธิบายได้ว่า หากผู้ดูแลผู้ป่วยมีอายุมากขึ้น จะมีคุณภาพชีวิตด้านกายภาพที่ลดลง ผลการวิจัยสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา (Bakas, Pressler, Johnson, Nauser & Shaneyfelt, 2006) ทั้งในผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ซึ่งอธิบายได้ว่า การมีอายุมากขึ้นเป็นอุปสรรคต่อการให้การดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลที่มีอายุมากขึ้นย่อมมีปัญหาทางด้านสุขภาพ มีความเสื่อมตามวัย และมีโรคประจำตัว การมีภาระต้องดูแลผู้ป่วยจึงอาจทำให้การรับรู้คุณภาพชีวิตด้านกายภาพลดลง

5. ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับปานกลาง และความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ กับคุณภาพชีวิตด้านกายภาพ ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าผู้ดูแลที่มีความรู้สามารถบริหารจัดการภาระในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ทักษะในการบริหารยาขับปัสสาวะ การเตรียมอาหารสำหรับผู้ป่วย และการเข้าถึงแหล่งบริการ ทำให้ลดภาระในการดูแลได้ในระดับหนึ่ง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีของDunbar, Clark, Quinn, Gary & Kaslow (2008) ที่มองว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลักผู้ป่วย ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ของทั้งตัวผู้ดูแลเองและตัวผู้ป่วย และสอดคล้องกับการศึกษาของ Somruedee, Wanlapa & Supaporn (2014) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องการเพิ่มพูนความรู้ ในการดูแลเนื่องจากไม่มั่นใจว่าจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้

6. การรับรู้ความสามารถ ในการจัดการกับภาวะหัวใจล้มเหลว ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวก กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ดูแล อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลที่รับรู้ว่าจะตนเองสามารถจัดการ ควบคุม และมีแหล่งสนับสนุนในการจัดการกับภาวะหัวใจล้มเหลว ของสมาชิกในครอบครัวในระดับมาก ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจที่มากขึ้น ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของBakas, Pressler, Johnson, Nauser & Shaneyfelt (2006) และ Moser & Dracup (2000) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพจิต และสุขภาพ โดยทั่วไป ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งการรับรู้ความสามารถในการจัดการกับภาวะหัวใจล้มเหลว ในการศึกษาครั้งนี้ ยังหมายความรวมถึงผู้ดูแลที่รับรู้ว่าจะตนเองมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็นที่พึ่งในการจัดการกับภาวะหัวใจล้มเหลวของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัย พบว่า อายุ และจำนวนโรคประจำตัวของผู้ป่วย ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล และอายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ด้านกายภาพของผู้ดูแล บุคลากรทางด้านสุขภาพ ควรตระหนักถึงผู้ดูแลกลุ่มนี้เป็นพิเศษ ในการส่งเสริมสุขภาพ และประเมินความเสี่ยงซึ่งนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ลดลง ซึ่งย่อมส่งผลต่อระบบสุขภาพทั้งระบบ รวมทั้งการส่งเสริมให้ให้สมาชิกในครอบครัวทุกคนมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลสุขภาพ

ความรู้ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวก กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล บุคลากรสุขภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะพยาบาล ควรให้ความสำคัญกับการสนับสนุนผู้ป่วย และผู้ดูแลรวมถึงสมาชิกในครอบครัว โดยการประเมินความรู้ผู้ดูแล และผู้ป่วย เช่นในเรื่องการรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติ และการแก้ไขเบื้องต้น การจัดการกับอาการบวมบริเวณส่วนล่างของร่างกาย อาการเหนื่อย การเตรียมอาหารลดเค็ม



การซ้้ำน้ำหน้ก อากกรที่จ้ต้องนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลซึ่งไม่เพียงแต่จะช่วยเหลือเพิ่มความม่ันใจของผู้ดูแล แต่ยังเป็นกรช่วยเหลือทั้งผู้ป่วย และผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่ยังเป็นกรช่วยเหลืออ้ตราการกลับเข้ารับกรรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยอ้กด้วย

การรับรู้ความสามารถ ในการจัดการกับภาวะหัวใจล้มเหลวของสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทวักกับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ดูแล บุคลากรทางด้านสุขภาพควรให้การสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีความม่ันใจในการจัดการกับอาการของผู้ป่วย โดยการประเมินความม่ันใจ ในการจัดการและประเมินว่าผู้ดูแลมีแหล่งสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพียงพอหรือไม่ เช่น การให้บริการด้านคำปรึกษาที่คลินิก การเยี่ยมบ้าน หรือการโทรศัพท์ติดตาม ซึ่งจะช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัว เผชิญอยู่ร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรจะต้องให้ความสำคัญในการประเมินหรือค้นหาความเสี่ยงปัจจัยดังกล่าว เพื่อส่งเสริมให้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้ ควรมีการศึกษาความต้องการในการได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว และสิ่งทีผู้ดูแลต้องการเพื่อเพิ่มความม่ันใจในการจัดการกับภาวะหัวใจล้มเหลว ของสมาชิกในครอบครัว ผลการศึกษาในครั้งนี้ ยังสามารถนำไปพัฒนาโปรแกรมเพื่อเพิ่มความรู้ และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้อีกด้วย

รายการอ้างอิง

บุญใจ ศรีสถิตยัรกร. (2553). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเทอร์เน็ตเีย.

Agren, S., Evangelista, L. & Stromberg, A. (2010). Do Partners of Patients with Chronic Heart Failure Experience Caregiver Burden?. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 9: 254-262.

Bakas, T., Pressler, S. J., Johnson, E. A., Nauser, J. A. & Shaneyfelt, T. (2006). Family Caregiving in Heart Failure. *Nursing Research*, 55: 180-188.

Buck, H. G., Harkness, K., Wion, R., Carroll, S. L., Cosman, T., Kaasalainen, S., et al. (2015). Caregivers' Contributions to Heart Failure Self-Care: A Systematic Review. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 14: 79-89.

Chiaranai, C. (2014). A Phenomenological Study of Day-to-Day Experiences of Living with Heart Failure: do Cultural Differences Matter?. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 29: E9-17.

Dunbar, S. B., Clark, P. C., Quinn, C., Gary, R. A. & Kaslow, N. J. (2008). Family Influences on Heart Failure Self-Care and Outcomes. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 23: 258-265.



- Evangelista, L. S., Dracup, K., Doering, L., Westlake, C., Fonarow, G. C. & Hamilton, M. (2002). Emotional Well-Being of Heart Failure Patients and Their Caregivers. *Journal of Cardiac Failure*, 8: 300-305.
- Kobkuechaiyapong, S. (2013). Characteristics of Heart Failure Patients Readmitted within 28 Days in Saraburi Hospital. *The Journal of Prapokkiao Hospital Clinical Medical Education Center*, 1: 35-46.
- Laothavorn, P., Hengrussamee, K., Kanjanavanit, R., Moleerergpoom, W., Laorakpongse, D., Pachirat, O., et al. (2010). Thai Acute Decompensated Heart Failure Registry (Thai ADHERE). *CVD Prevention and Control*, 5: 89-95.
- Luttik, M. L., Jaarsma, T., Veeger, N., Tijssen, J., Sanderman, R., & Veldhuisen, D. J. (2007). Caregiver Burden in Partners of Heart Failure Patients; Limited Influence of Disease Severity. *European Journal of Heart Failure*, 9: 695-701.
- Luttik, M. L., Jaarsma, T., Veeger, N. J. & Van Veldhuisen, D. J. (2005). For Better and for Worse: Quality of Life Impaired in HF Patients as well as in Their Partners. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4: 11-14.
- Moser, D. K., & Dracup, K. (2000). Impact of Cardiopulmonary Resuscitation Training on Perceived Control in Spouses of Recovering Cardiac Patients. *Research in Nursing and Health*, 23: 270-278.
- Netchang, S. (2012). *Health-Related Quality of Life of Rural Thai Family Caregivers*. Michigan State University, United States.
- Pallant, J. (2013). *SPSS Survival Guide: A Step by Step Guide to Data Analysis using IBM SPSS*: Sydney: Allen & Unwin.
- Pihl, E., Jacobsson, A., Fridlund, B., Strömberg, A., & Måtensson, J. (2005). Depression and Health-Related Quality of Life in Elderly Patients Suffering from Heart Failure and Their Spouses: A Comparative Study. *European Journal of Heart Failure*, 7: 583-589.
- Riegel, B., Lee, C. S., Dickson, V. V. & Carlson, B. (2009). An Update on the Self-Care of Heart Failure Index. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 24: 485-497.
- Saunders, M. M. (2008). Factors Associated with Caregiver Burden in Heart Failure Family Caregivers. *Western Journal of Nursing Research*, 30(8): 943-959.
- Somruedee Deenuanpanoa, Wanlapa Kunsongkeit, & Supaporn Duangpaeng. (2014). Experiences of Family Memebers in Caring of Patients with Chronic Congestive Heart Failure. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 22: 52-64.
- Van Der Wal, M. H., Jaarsma, T., Moser, D. K., & Van Veldhuisen, D. J. (2005) . Development and testing of the Dutch Heart Failure Knowledge Scale. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4: 273-277.