

ประสบการณ์อาการในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว¹

อุกฤษฏ์ ปลั่งกลาง, พย.บ²

เยาวรัตน์ มัชฌิม, ประ.ด³

บวรลักษณ์ ทองทวี, ประ.ด⁴

บทคัดย่อขยาย

บทนำ ภาวะหัวใจล้มเหลวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในประเทศไทย แม้ว่าแนวทางการรักษาในปัจจุบันสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาวขึ้นได้ ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง โดยต้องเผชิญกับอาการต่าง ๆ จากโรคนี้ไปจนวาระสุดท้ายของชีวิต

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาประสบการณ์อาการในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ในมิติด้านการเกิดอาการ ความถี่ ความรุนแรง ความทุกข์ทรมาน และอาการโดยรวม

การออกแบบวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา โดยใช้ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์เป็นกรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาและติดตามอาการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตบริการสุขภาพที่ 9 จำนวน 264 ราย คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเลือกคือ 1) มีอายุมากกว่า 18 ปี 2) มีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจตามเกณฑ์ของ New York Heart Association อยู่ใน functional class 2, 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินประสบการณ์อาการในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (MSAS-HF) ค่าความเชื่อมั่น มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของเครื่องมือทั้งชุด เท่ากับ .83 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและประสบการณ์อาการของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยขณะทำการศึกษามากกว่าครึ่งเป็นเพศชาย (ร้อยละ 56.80) อายุตั้งแต่ 27 ปี ถึง 92 ปี เฉลี่ยอายุ 66.71 ปี (SD = 11.76) อาการที่สำรวจได้ทั้งสิ้น 30 อาการ จาก 32 อาการ อาการที่พบมากที่สุด คือ อาการหายใจลำบากเมื่อนอนราบ (ร้อยละ 71.21) รองลงมาคือ อาการหายใจไม่อิ่ม หายใจตื้น (ร้อยละ 70.83) อาการไอ (ร้อยละ 64.77) อาการอ่อนเพลียไม่มีแรง (ร้อยละ 61.36) และอาการนอนหลับยาก (ร้อยละ 53.79) อาการที่ไม่พบการรายงาน คือ อาการปัญหาทางเพศ และอาการอาเจียน ผู้ป่วยแต่ละรายประสบกับอาการตั้งแต่ 3 อาการ ถึง 20 อาการ จำนวนรวมอาการส่วนใหญ่คือ 9 อาการต่อคน (SD = 2.46) อาการหายใจลำบากเมื่อนอนราบเป็นอาการเดียวที่รายงานเป็นลำดับสูงสุด ในมิติด้านความรุนแรงระดับมาก (M = 3.44, SD = 0.18) มิติด้านความทุกข์ทรมานที่ระดับค่อนข้างมาก (M = 3.36, SD = 0.18)

ข้อเสนอแนะ การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงลักษณะของประสบการณ์อาการของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในมิติต่าง ๆ และมีเพียงบางกลุ่มของผู้ป่วยที่ประสบหลายอาการ และมีเพียงบางอาการเท่านั้นที่เป็นปัญหากับผู้ป่วย และสามารถนำไปใช้ในการจัดกลุ่มผู้ป่วย และได้รับการจัดการอาการที่เหมาะสม นอกจากนี้ ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง

วารสารสภาการพยาบาล 2566; 38(4) 373-386

คำสำคัญ ประสบการณ์อาการ ภาวะหัวใจล้มเหลว ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ แบบประเมินประสบการณ์อาการในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

วันที่ได้รับ 2 ต.ค. 66 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 19 พ.ย. 66 วันที่รับตีพิมพ์ 20 พ.ย. 66

¹เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

²นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

³ผู้ประพันธ์บรรณกิจ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ E-mail: yaowarat.m@gmail.com

⁴ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Symptom Experiences in Patients with Heart Failure¹

Aukrit Plangklang, M.N.S.²

Yaowarat Matchim, Ph.D. (Nursing)³

Borwarnluck Thongthawee, Ph.D. (Medical Science)⁴

Extended Abstract

Introduction The prevalence of heart failure (HF) is increasing in Thailand. While current treatment approaches play a crucial role in prolonging life, patients with HF may experience worsening symptoms over time. This can lead to re-admission, along with the ongoing challenge of managing persistent and distressing symptoms throughout their lives.

Objective This study aimed to describe symptom experiences among patients with HF, including symptom occurrence, frequency, severity, distress, and overall symptom.

Design This study employed a descriptive design, adopting the Theory of Unpleasant Symptoms as its conceptual framework.

Methods Through purposive sampling, the participants included 264 patients with HF aged 18 years or older, and classified as having heart functional class II or III based on the New York Heart Association classification. Data were collected using a demographic form and the Thai version of the Memorial Symptom Assessment Scale-Heart Failure (MSAS-HF). The reliability testing of the overall MSAS-HF in this study yielded a Cronbach's alpha coefficient of .83. Descriptive statistics were used to analyze all dimensions of symptoms.

Results Over half of the participants were male (56.80%), ranging in age from 27 to 92 years, with an average age of 66.71 years (SD = 11.76). Out of the 32 total symptoms, the participants reported experiencing approximately 30 symptoms. The symptoms that were not reported included issues related to sexual interest or activity and vomiting. The most prevalent symptoms were difficulty breathing when lying flat (71.21%), shortness of breath (70.83%), cough (64.77%), lack of energy (61.36%), and difficulty sleeping (53.79%). Each patient experienced between 3 to 20 symptoms, with an average of about 9 symptoms per patient (SD = 2.46). Difficulty breathing when lying flat ranked highest across severity (M = 3.44, SD = 0.18) and distress dimensions (M = 3.36, SD = 0.18).

Recommendation This study highlights the diverse symptom dimensions experienced by patients with HF. Remarkably, only certain patient groups experienced a multitude of symptoms, and specific symptoms were identified as problematic. This information is valuable for identifying high-risk groups that may benefit from targeted symptom management. Additionally, it emphasizes the need for ongoing, thorough symptom assessments for these patients.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2023; 38(4) 373-386

Keywords symptom experiences/ heart failure/ Theory of unpleasant symptoms (TOUS)/ Memorial symptom assessment scale - Heart failure (MSAS - HF)

Received 2 October 2023, Revised 19 November 2023, Accepted 20 November 2023

¹Part of Thesis, Master's degree of Nursing Science, Faculty of Nursing, Thammasat University, Thailand

²Graduate student, Master's degree of Nursing Science in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Thammasat University, Thailand

³Corresponding author, Associate professor, Faculty of Nursing, Thammasat University, Thailand E-mail: yaowarat.m@gmail.com

⁴Assistant professor, Faculty of Nursing, Thammasat University, Thailand

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย โดยมีรายงานว่าพบผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทั่วโลกประมาณ 26 ล้านคน โดยคาดว่าจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 25 ในปี พ.ศ. 2573¹ สำหรับประเทศไทยไม่พบรายงานของภาวะหัวใจล้มเหลวโดยเฉพาะ โดยรายงานรวมอยู่ในกลุ่มสถิติผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด จากรายงานปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 683,215 ราย และในเขตสุขภาพที่ 9 ซึ่งครอบคลุมพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์ พบผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดถึง 64,551 ราย² โดยมีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกระหว่าง พ.ศ. 2563 ถึง 2565 จำนวนรวมทั้งสิ้น 7,035 ราย 7,870 ราย และ 8,025 ราย ตามลำดับ³ จำนวนตัวเลขดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สำหรับประเทศไทย พบอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ถึงร้อยละ 51⁴ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องประสบกับปัญหาต่าง ๆ อันเนื่องมาจากภาวะเจ็บป่วยของตน เกิดภาวะการดูแลกับผู้เกี่ยวข้อง และค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้ของประเทศใช้งบประมาณจำนวนมาก⁵ ประสิทธิภาพการดูแล คือ ภาวะที่ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดีที่เกิดขึ้นกับร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ซึ่งพบได้ในมิติของความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมาน⁶ ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะที่เป็นผลมาจากการทำงานของหัวใจที่ไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอ⁷ ส่งผลต่อภาวะน้ำคั่งในร่างกาย เช่น น้ำคั่งในปอดจากการไหลเวียนเลือดลดลงทำให้เกิดอาการหายใจเหนื่อย หายใจลำบาก นอนราบ

ไม่ได้ ตื่นมาเหนื่อยตอนกลางคืน และมีอาการบวมบริเวณต่าง ๆ ของร่างกาย นอกจากนี้ยังมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถเกิดอาการทั้งจากภาวะของโรค ยาที่ได้รับการรักษา และโรคร่วม สำหรับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การรายงานอาการที่เกิดขึ้นในการศึกษาจากต่างประเทศพบผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีการรายงานที่แตกต่างกัน แต่ส่วนใหญ่เป็นในเรื่องของการตื่นตอนกลางคืนเนื่องจากหายใจลำบาก⁸ อาการหายใจหอบหายใจถี่⁸⁻¹⁰ อาการนอนหลับยาก⁸ อาการอ่อนเพลียไม่มีแรง⁹⁻¹⁰ สำหรับรายงานการศึกษาในประเทศไทย พบอาการแน่นหน้าอก¹¹ อาการเหนื่อยเมื่อนอนราบ¹¹ อาการหน้ามืดวิงเวียน¹¹ อาการนอนไม่หลับหรือหลับยาก¹² อาการหายใจไม่อิ่ม¹² อาการอ่อนเพลียไม่มีแรง¹² ซึ่งอาการที่รับรู้ส่วนใหญ่เป็นไปตามพยาธิสภาพของโรค และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติเกิดขึ้นกับร่างกาย บุคคลจะรับรู้ถึงความผิดปกตินั้น อาจประเมินและตอบสนองต่ออาการแตกต่างกัน ดังนั้น การประเมินอาการควรประเมินมากกว่าการเกิดอาการเพียงอย่างเดียว

จากการจำแนกความแตกต่างของสมรรถภาพหัวใจ (functional class) ตาม New York Heart Association (NYHA) พบว่า การทำงานของหัวใจที่ functional class 2 ผู้ป่วยจะมีอาการที่ส่งผลต่อกิจวัตรประจำวัน และเพิ่มมากขึ้นใน functional class 3 เข้าสู่ระยะรุนแรงจนมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยสมรรถภาพหัวใจ functional class 4¹³ ดังนั้นการศึกษาประสิทธิภาพการดูแลของผู้ป่วย functional class 2 – 3 จึงมีความสำคัญที่ทำให้สามารถวางแผนควบคุมหรือจัดการอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพและยืดระยะเวลาความเสื่อม ไปจนถึงระยะที่ 4 ทั้งนี้ควรศึกษาอย่างครอบคลุมในทุกมิติทั้งการเกิดอาการ

ความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมาน รวมไปถึงอาการโดยรวม⁷

ปัจจุบันประเทศไทยได้แบ่งเขตบริการสุขภาพออกเป็น 13 เขตบริการสุขภาพ สำหรับเขตบริการสุขภาพที่ 9 ประกอบไปด้วยจังหวัด นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์ซึ่งอยู่ในเขตพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง พบสาเหตุการเสียชีวิตลำดับแรก คือ ภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการศึกษาประสบการณ์อาการในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในเขตบริการสุขภาพที่ 9 รวมถึงการศึกษาที่ผ่านมา ยังไม่ชัดเจนถึงอาการที่พบในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยนี้ จะทำให้สามารถวางแผนการดูแลได้อย่างมีเป้าหมายที่ชัดเจนมากขึ้น จึงนำมาสู่การวิจัยในครั้งนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาประสบการณ์อาการในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาและติดตามอาการ ในแผนกผู้ป่วยนอก ในมิติด้านการเกิดอาการ ความถี่ ความรุนแรง ความทุกข์ทรมาน และอาการโดยรวม

กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of Unpleasant Symptoms: TOUS)⁶ โดยประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบหลักที่สำคัญ คือ อาการ (symptom) ปัจจัยที่มีผลต่ออาการ (influencing) และผลจากอาการ (consequences of the symptom experience) คำว่า อาการ หมายถึง ประสบการณ์การรับรู้เฉพาะตัวของบุคคลที่บ่งชี้ถึงการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ตามปกติของร่างกายและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย เมื่อมีการรับรู้อาการเกิดขึ้น (symptom occurrence) อาการสามารถประเมินได้ใน 4 มิติ คือ ความถี่ (frequency) ความรุนแรง (intensity)

ความทุกข์ทรมาน (distress) และคุณลักษณะของอาการ (quality)

ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์มาประยุกต์เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยทำการศึกษาเฉพาะองค์ประกอบของอาการ (symptom) และมีได้ประเมินในมิติคุณลักษณะของอาการ (quality) เนื่องจากเป็น การศึกษาเชิงปริมาณ โดยประสบการณ์อาการ คือ การรับรู้ถึงความผิดปกติของอาการที่เกิดขึ้นกับร่างกายในการศึกษานี้ ใช้อาการเป็นตัวแปรที่ทำการศึกษ อาการในมิติของ 1) การเกิดอาการ (symptom occurrence) หมายถึง การรับรู้การผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย 32 อาการ 2) ความถี่ (frequency) หมายถึง ความถี่ของอาการที่เกิดขึ้นเป็นระยะ (intermittent) หรือเป็นช่วงความยาวนาน (duration) ของอาการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง 3) ความรุนแรง (intensity) หมายถึง ความรุนแรง (severity) ความแรง (strength) หรือขนาด (amount of symptom) ของอาการ 4) ความทุกข์ทรมาน (distress) หมายถึง ระดับความทุกข์ทรมานหรือความลำบากของบุคคลที่เกิดจากอาการ ระดับความทุกข์ทรมานมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาและติดตามอาการ ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตบริการสุขภาพที่ 9

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาและติดตามอาการ ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตบริการสุขภาพที่ 9 เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างคือ อายุ 18 ปีขึ้นไป และมี

ระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจอยู่ใน functional class 2, 3 ตามการจำแนกของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association) เนื่องจาก การศึกษานี้ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในโครงการวิจัยวิทยานิพนธ์ “เรื่อง อาการรบกวนในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง” ที่ศึกษาในเชิงความสัมพันธ์ ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ด้วยโปรแกรม G*power¹⁴ การวิเคราะห์โดยอ้างถึงการศึกษาที่ใกล้เคียงจากงานวิจัยของ รูโอ และคณะ¹⁵ ผู้วิจัยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญที่ .05 ค่ากำลังการทดสอบ เท่ากับ .90 ได้ขนาดของตัวอย่างที่ต้องการ คือ 264 ราย จากนั้นผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง และคำนวณขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวของแต่ละชั้น ได้กลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาล ประกอบด้วย โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โรงพยาบาลชัยภูมิ และโรงพยาบาลสุรินทร์ โดยจำนวนผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวรายโรงพยาบาล เท่ากับ 2,722 ราย 1,432 ราย 1,235 ราย และ 510 ราย ตามลำดับ และแบ่งสัดส่วนประชากรต่อขนาดตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างจากแต่ละโรงพยาบาล จำนวน 122 ราย 64 ราย 55 ราย และ 23 ราย ตามลำดับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และ รายได้ ลักษณะของแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป คือ ข้อมูลเกี่ยวกับอายุ น้ำหนัก ส่วนสูง เป็นแบบเติมคำตอบ ส่วนเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และ รายได้ เป็นข้อความให้เลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินประสบการณ์อาการในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ใช้แบบประเมิน The Memorial Symptom Assessment Scale Heart Failure (MSAS-HF) ของ แซมโบสกี และคณะ¹⁵ ฉบับภาษาไทย โดย วาสนา สุวรรณรัตน์¹² ประเมินการรับรู้การเกิดอาการ (symptom occurrence) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอาการ 32 อาการ โดยแบ่งรายละเอียดรายมิติ ดังนี้

มิติด้านความถี่ (frequency) ประเมินด้วยการประมาณค่า 4 ระดับ จาก 1 – 4 โดย 1 หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นน้อยมาก และ 4 หมายถึง มีอาการตลอดเวลา ทั้งนี้ อาการที่ไม่คำนวณความถี่ มีจำนวน 6 อาการ ได้แก่ อาการหายใจลำบากเมื่อนอนราบ อาการบวมบริเวณแขนขา อาการน้ำหนักเพิ่ม อาการน้ำหนักลด อาการท้องผูก และอาการลิ้นรับรสเปลี่ยนแปลง

มิติด้านความรุนแรง (severity) ประเมินด้วยการประมาณค่า 4 ระดับ จาก 1 – 4 โดย 1 หมายถึง มีความรุนแรงน้อย และ 4 หมายถึง มีความรุนแรงมากที่สุด

มิติความทุกข์ทรมาน (distress) ประเมินด้วยการประมาณค่า 5 ระดับ จาก 0 – 4 ทั้งนี้คู่มือต้นฉบับได้กำหนดการแปลงค่าข้อมูลหลักเนื่องการนำ 0 มาคำนวณ¹⁵ โดย 0 มีค่าเท่ากับ 0.8 หมายถึง ไม่มีความทุกข์ทรมานเลย 1 มีค่าเท่ากับ 1.6 หมายถึง มีความทุกข์ทรมานเล็กน้อย 2 มีค่าเท่ากับ 2.4 หมายถึง มีความทุกข์ทรมานพอควร 3 มีค่าเท่ากับ 3.2 หมายถึง มีความทุกข์ทรมานค่อนข้างมาก และ 4 หมายถึง มีความทุกข์ทรมานมาก

อาการโดยรวม (total symptom score) คือ ผลรวมคะแนนในมิติความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมาน แล้วนำมาหาค่าเฉลี่ย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

แบบประเมิน (MSAS-HF) เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ผ่านการแปลเป็นภาษาไทยและผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาในการศึกษาก่อนหน้าที่เป็นประชากรประเภทเดียวกัน¹² และการตรวจสอบความเที่ยง (reliability) กับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่คล้ายคลึงกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .83

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เลขที่ 091/2565 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เลขที่ 65112 โรงพยาบาลบุรีรัมย์ เลขที่ BR04-04/01.0 โรงพยาบาลสุรินทร์ เลขที่ 57/2565 และโรงพยาบาลชัยภูมิ เลขที่ 006/2565 รวมถึงใช้หลักการเคารพในความเป็นบุคคล หลักผลประโยชน์ และหลักความยุติธรรม ก่อนการดำเนินการขอคำยินยอม ผู้ป่วยได้นับข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่ได้รับและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น โดยข้อมูลที่ได้รับจากผู้ป่วยถือเป็นความลับ ข้อมูลที่ได้นำไปใช้เพื่อการวิเคราะห์ห่อภิรกายและเผยแพร่ผลในภาพรวมเท่านั้น ผู้ป่วยมีสิทธิ์ในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยและมีสิทธิ์ที่จะยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาตามความสมัครใจ การขอคำยินยอมโดยการลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับอนุมัติการดำเนินการจัดทำโครงการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้วิจัยดำเนิน

ตามขั้นตอนโดยผู้วิจัยเข้าพบแพทย์ หัวหน้าพยาบาล เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ณ คลินิกหัวใจล้มเหลว แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โรงพยาบาลสุรินทร์ และ โรงพยาบาลชัยภูมิ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย และจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย

จากนั้นผู้วิจัยพบผู้ป่วย ณ คลินิกหัวใจล้มเหลว แผนกผู้ป่วยนอก คัดเลือกผู้ป่วยด้วยการประเมิน ระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจ ตามการจำแนกของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association) โดยเลือกผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพการทำงานของหัวใจ functional class 2, 3 ดำเนินการขอการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถาม และข้อมูลบางส่วนจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 30 นาที ดำเนินการในระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึง เดือนกรกฎาคม 2566 จำนวน 264 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean: M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 56.80) มีอายุเฉลี่ย 66.71 ปี (SD = 11.76) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 33.33) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 29.55) รายได้น้อยกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 48.84) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 46.59) ผู้ป่วยทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (Table 1)

Table 1 Demographic characteristics of the participants (n=264)

Variable	Male (n=150)		Female (n=114)		Total (n=264)	
	n	%	n	%	n	%
Gender	150	56.80	114	43.20	264	100
Age (years) (M = 66.71, SD = 11.76, Min = 27, Max = 92)						
Occupation						
Farmers	78	29.55	65	24.62	143	54.17
Self employed	54	20.45	32	12.12	86	32.58
Seller	6	2.27	7	2.65	13	4.92
Government	10	3.79	5	1.89	15	5.68
Unemployed	2	0.76	5	1.89	7	2.65
Income (baht) (M = 9,590.10, SD = 7,435.08 Min – Max= 3,000 – 40,000)						
Marital status						
Married	123	46.59	94	35.61	217	82.20
Single	16	6.06	8	3.03	24	9.09
Widowed	11	7.33	12	4.55	23	8.71
Religion						
Buddhist	150	56.82	114	43.18	264	100.00

ข้อมูลประสบการณ์อาการที่พบในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบการรายงานอาการ 30 อาการจากทั้งหมด 32 อาการ อาการที่ไม่พบการรายงานคือ ปัญหาทางเพศ และอาการอาเจียน

รายงานการเกิดอาการ (symptom occurrence) ในช่วง 7 วันก่อนหน้าที่ทำการศึกษา ที่พบมากกว่าร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หายใจลำบากเมื่อนอนราบ (ร้อยละ 72.1) หายใจไม่อิ่มหายใจตัน (ร้อยละ 70.83) ไอ (ร้อยละ 64.4) อ่อนเพลียไม่มีแรง (ร้อยละ 61.36) นอนไม่หลับหรือหลับยาก (ร้อยละ 53.79) เจ็บหน้าอก (ร้อยละ 51.89) และรู้สึกง่วงนอน (ร้อยละ 51.14) (Table 2)

Table 2 Symptom prevalence of the participants (n = 264)

Symptom	n	%
1. Difficulty breathing when lying flat	188	71.21
2. Shortness of breath	187	70.83
3. Cough	171	64.77
4. Lack of energy	162	61.36
5. Difficulty sleeping	142	53.79
6. Chest pain	137	51.89
7. Feeling drowsy	135	51.14
8. Swelling of arms or legs	130	49.24
9. Dry mouth	99	37.50
10. Numbness/tingling in hands/feet	90	34.09
11. Waking up breathless at night	85	32.20
12. Itching	79	29.92
13. Lack of appetite	76	28.79
14. Palpitations	75	28.41
15. Feeling irritable	68	25.76

Table 2 Symptom prevalence of the participants (n = 264) (Cont.)

Symptom	n	%
16. Diarrhea	62	23.48
17. Weight gain	62	23.48
18. Other pain	59	22.35
19. Dizziness	55	20.83
20. Weight loss	54	20.45
21. Nausea	47	17.80
22. Feeling nervous	43	16.29
23. Problems with urination	40	15.15
24. Feeling bloated	39	14.77
25. Difficulty concentrating	35	13.26
26. Sweats	26	9.85
27. Feeling sad	17	6.44
28. Worrying	15	5.68
29. Constipation	11	4.17
30. Change in the way food tastes	10	3.79
31. Vomiting	0	0.00
32. Problems with sexual interest or activity	0	0.00

จำนวนรวมอาการในผู้ป่วยแต่ละราย (number of symptoms per person) พบการรายงานจำนวนอาการของผู้ป่วยแต่ละรายส่วนใหญ่คือ 7 ถึง 10 อาการ ค่าเฉลี่ย 9.05 อาการ (SD = 2.46, Min = 3, Max = 20) (Table 3)

Table 3 Number of symptoms per person (n = 264)

Total of symptom occurrence experienced/person	n	%
3 symptoms	1	0.40
4 symptoms	7	2.70
5 symptoms	12	4.50
6 symptoms	14	5.30
7 symptoms	39	14.80
8 symptoms	34	12.90
9 symptoms	40	15.20
10 symptoms	54	20.50
11 symptoms	24	9.10
12 symptoms	22	8.30
13 symptoms	11	4.20
14 symptoms	2	0.80
16 symptoms	1	0.40
17 symptoms	2	0.80
20 symptoms	1	0.40
(Mean = 9.05, SD = 2.46)		

ผลการวิเคราะห์อาการโดยรวม (total symptom score) พบว่า อาการที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมสูงสุด คือ อาการหายใจลำบากเมื่อนอนราบ ($M = 3.40, SD = 0.18$) มีอาการอยู่ในระดับค่อนข้างมาก รองลงมาคือ อาการนอนหลับยาก ($M = 2.77, SD = 0.20$) อาการตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน ($M = 2.48, SD = 0.26$) อาการอ่อนเพลียเปลี่ยนไม่มีแรง ($M = 2.47, SD = 0.19$) อาการปวด ($M = 2.43, SD = 0.31$) และอาการหายใจไม่อิ่มหายใจตื่น ($M = 2.40, SD = 0.18$) และอยู่ในระดับปานกลาง

อาการในมิติด้านความถี่ (frequency) อาการที่มีค่าเฉลี่ยของอาการสูงสุด คือ อาการนอนหลับยาก ($M = 2.79, SD = 0.20$) ซึ่งเป็นอาการที่มีระดับของการมีอาการที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว สำหรับอาการที่ถูกรายงานรองลงมาที่อยู่ในระดับของความถี่ของอาการที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราวเช่นกัน คือ อาการอ่อนเพลียไม่มีแรง ($M = 2.46, SD = 0.19$) อาการรู้สึกง่วง ($M = 2.40, SD = 0.21$) อาการรู้สึกไม่มีสมาธิ ($M = 2.37, SD = 0.40$) อาการหายใจไม่อิ่มหายใจตื่น ($M = 2.33, SD = 0.18$) และ อาการไอ ($M = 2.29, SD = 0.19$) สำหรับอาการอื่นถูกรายงานอยู่ในระดับความถี่แบบนาน ๆ ครั้ง

อาการในมิติด้านความรุนแรง (severity) อาการที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ อาการหายใจลำบากเมื่อนอนราบ ($M = 3.44, SD = 0.18$) ในระดับของความรุนแรงมาก สำหรับอาการที่มีระดับความรุนแรงปานกลาง คือ อาการนอนหลับยาก ($M = 2.85, SD = 0.20$) อาการปวด ($M = 2.79, SD = 0.32$) อาการตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน ($M = 2.76, SD = 0.26$) อาการอ่อนเพลียไม่มีแรง ($M = 2.62, SD = 0.19$) อาการหายใจไม่อิ่มหายใจตื่น ($M = 2.49, SD = 0.18$) และอาการเจ็บหน้าอก ($M = 2.16, SD = 0.21$) สำหรับอาการอื่นถูกรายงานอยู่ในระดับรุนแรงเล็กน้อย

อาการในมิติด้านความทุกข์ทรมาน (distress) อาการที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ อาการหายใจลำบากเมื่อนอนราบ ($M = 3.36, SD = 0.18$) ในระดับความทุกข์ทรมานค่อนข้างมาก ซึ่งอยู่ในระดับเดียวกันกับอาการตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน ($M = 3.29, SD = 0.26$) รองลงมาคือ อาการที่มีระดับความทุกข์ทรมานพอควร คือ อาการนอนหลับยาก ($M = 2.66, SD = 0.20$) และอาการปวด ($M = 2.53, SD = 0.32$) สำหรับอาการอื่นถูกรายงานอยู่ในระดับทุกข์ทรมานเล็กน้อย (Table 4)

Table 4 Symptom experiences of the participants (n = 264)

Symptom	Total Symptom score M (SD)	Frequency M (SD)	Severity M (SD)	Distress M (SD)
1. Difficulty breathing when lying flat	3.40 (0.18)	NA	3.44 (0.18)	3.36 (0.18)
2. Difficulty sleeping	2.77 (0.20)	2.79 (0.20)	2.85 (0.20)	2.66 (0.20)
3. Waking up breathless at night	2.48 (0.26)	1.40 (0.26)	2.76 (0.26)	3.29 (0.26)
4. Lack of energy	2.47 (0.19)	2.46 (0.19)	2.62 (0.19)	2.33 (0.19)
5. Other pain	2.43 (0.31)	1.97 (0.31)	2.79 (0.32)	2.53 (0.32)
6. Shortness of breath	2.40 (0.18)	2.33 (0.18)	2.49 (0.18)	2.39 (0.18)
7. Difficulty concentrating	1.93 (0.40)	2.37 (0.40)	1.89 (0.40)	1.53 (0.40)
8. Chest pain	1.93 (0.21)	1.27 (0.21)	2.16 (0.21)	2.37 (0.21)
9. Feeling drowsy	1.79 (0.22)	2.4 (0.21)	1.85 (0.21)	1.11 (0.23)
10. Dizziness	1.75 (0.32)	1.69 (0.32)	1.73 (0.32)	1.82 (0.32)

Table 4 Symptom experiences of the participants (n = 264)

Symptom	Total Symptom score M (SD)	Frequency M (SD)	Severity M (SD)	Distress M (SD)
11. Cough	1.72 (0.19)	2.29 (0.19)	1.71 (0.19)	1.17 (0.19)
12. Palpitations	1.5 (0.32)	1.42 (0.28)	1.45 (0.28)	1.64 (0.39)
13. Feeling irritable	1.48 (0.35)	1.87 (0.29)	1.31 (0.29)	1.27 (0.47)
14. Lack of appetite	1.42 (0.31)	1.59 (0.28)	1.40 (0.28)	1.28 (0.38)
15. Dry mouth	1.40 (0.30)	1.63 (0.24)	1.25 (0.24)	1.31 (0.43)
16. Feeling bloated	1.37 (0.38)	1.32 (0.38)	1.61 (0.38)	1.18 (0.38)
17. Swelling of arms or legs	1.36 (0.25)	NA	1.42 (0.21)	1.3 (0.29)
18. Feeling nervous	1.35 (0.39)	1.88 (0.36)	1.16 (0.36)	1.00 (0.44)
19. Itching	1.35 (0.31)	1.63 (0.27)	1.23 (0.27)	1.20 (0.38)
20. Weight loss	1.30 (0.49)	NA	1.13 (0.33)	1.47 (0.64)
21. Numbness/tingling in hands/feet	1.29 (0.30)	1.48 (0.26)	1.19 (0.26)	1.20 (0.37)
22. Sweats	1.21 (0.51)	1.38 (0.5)	1.19 (0.50)	1.05 (0.52)
23. Problems with urination	1.13 (0.38)	1.15 (0.37)	1.18 (0.37)	1.05 (0.40)
24. Diarrhea	1.08 (0.33)	1.13 (0.31)	1.15 (0.31)	0.97 (0.37)
25. Nausea	1.07 (0.36)	1.00 (0.35)	1.02 (0.35)	1.18 (0.38)
26. Weight gain	1.01 (0.40)	NA	1.07 (0.31)	0.95 (0.50)
27. Worrying	0.98 (0.63)	1.13 (0.58)	1.00 (0.58)	0.80 (0.72)
28. Feeling sad	0.97 (0.67)	1.12 (0.55)	1.00 (0.55)	0.80 (0.91)
29. Constipation	0.90 (0.76)	NA	1.00 (0.66)	0.80 (0.91)
30. Change in the way food tastes	0.90 (0.77)	NA	1.00 (0.75)	0.80 (0.79)
31. Vomiting	NA	NA	NA	NA
32. Problems with sexual interest or activity	NA	NA	NA	NA

NA= not applicable for frequency calculation

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาประสบการณ์อาการในมิติต่าง ๆ ที่พบในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีสมรรถภาพการทำงานของหัวใจในระดับ functional class 2 และ 3 ในการศึกษาครั้งนี้ มีประเด็นสำคัญหลายประเด็นสามารถอภิปรายได้ดังนี้

จากผลการศึกษาประสบการณ์อาการของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวภายใน 7 วันที่ทำการศึกษาพบว่าผู้ป่วยแต่ละรายรับรู้ถึงอาการที่เกิดขึ้น โดยเฉลี่ยประมาณ 9 - 10 อาการ ซึ่งเมื่อพิจารณาการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยใกล้เคียงกัน ด้วยเครื่องมือ

ประเมินเดียวกัน จำนวนอาการที่ปรากฏมีทั้งต่ำกว่า การศึกษาก่อนหน้า^{12,16-17} และใกล้เคียงกัน¹⁸ สะท้อนให้เห็นว่าการประเมินประสบการณ์อาการในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอาจมีหลายปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น การศึกษาของอาการในกลุ่มผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพการทำงานของหัวใจ functional class 2 - 4¹⁶ จะพบการรายงานจำนวนอาการเฉลี่ยที่มากกว่า ประสบการณ์อาการเป็นการรับรู้ต่อความผิดปกติที่เกิดขึ้นของบุคคล หากเกิดจากสภาวะความเจ็บป่วยก็จะพบกลุ่มอาการที่ใกล้เคียงกันตามหลักการทางการแพทย์ และแผนการรักษาที่มีความทันสมัยมากขึ้น การศึกษาในช่วงระยะเวลา

ที่แตกต่างกันสามารถพบผลการศึกษาที่ต่างกัน อย่างไรก็ตาม การที่ผู้ป่วยรายหนึ่งต้องประสบกับอาการ 9 – 10 อาการ ในขณะที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลโดยที่อาการดังกล่าวมิได้ถูกประเมินเป็นเรื่องที่ควรพิจารณาเพิ่มเติมในการเข้าถึงการดูแลรักษาพยาบาล

สำหรับอาการโดยรวม พบว่า อาการที่เด่นชัดมีเพียงหนึ่งอาการ คือ อาการหายใจลำบากเมื่อนอนราบ และสอดคล้องกับการประเมินในมิติอื่น โดยเฉพาะในมิติด้านความรุนแรงและมิติด้านความทุกข์ทรมาน อาการดังกล่าว เป็นอาการทางด้านร่างกาย ลักษณะอาการเป็นผลมาจากพยาธิสภาพของการทำงานของหัวใจที่ลดลง ทำให้ปริมาตรเลือดที่สูบฉีดจากหัวใจลดลง ไม่สามารถไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่าง ๆ ให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย และเลือดไหลกลับไปที่ปอด ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพจึงมีอาการหายใจไม่อิ่ม หายใจหอบหายใจถี่ หายใจลำบากเมื่อนอนราบ เป็นต้น²⁰ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจึงปรากฏอาการหลายอาการ และพบการรายงานอาการดังกล่าวร่วมด้วยในการศึกษาก่อนหน้า^{10,12,19-20}

สำหรับมิติด้านความรุนแรงและความทุกข์ทรมาน พบว่า อาการที่พบค่าคะแนนในระดับมาก และค่อนข้างมาก มีทิศทางไปในทางเดียวกัน ทั้งนี้ยังพบว่า แม้จะปรากฏหลายอาการ แต่ระดับความรุนแรงมีเพียงบางอาการเท่านั้น ซึ่งผลการวิจัยมีลักษณะคล้ายคลึงกับการศึกษาก่อนหน้า¹² จึงเป็นการยืนยันถึงการประเมินอาการในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวควรประเมินในหลายมิตินอกเหนือไปจากการเกิดอาการเพียงอย่างเดียว

สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ไม่พบอาการ 2 อาการ คือ อาการอาเจียน และปัญหาทางเพศและกิจกรรมทางเพศ ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมา มีทั้งที่ไม่พบการ

รายงานอาการดังกล่าวเช่นเดียวกับการศึกษาครั้งนี้¹² สำหรับการศึกษาที่พบการรายงานปัญหาทางเพศและกิจกรรมทางเพศ จะรายงานอยู่ในระดับเล็กน้อย ทั้งในมิติความถี่ มิติความรุนแรง และมิติความทุกข์ทรมาน⁶ หากพิจารณาอายุเฉลี่ยของผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งนี้ วัฒนธรรมการสนทนาในเรื่องปกปิด และระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเฉลี่ยต่อรายประมาณ 30 นาที จึงอาจไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพ ให้เปิดเผยปัญหาทางเพศและกิจกรรมทางเพศได้

ผลการนำแบบประเมิน MSAS-HF มาใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ นอกจากจะทำให้เห็นภาพของประสบการณ์อาการในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้หลายมิติแล้ว พบข้อมูลที่น่าสนใจหลายประการเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ศึกษา อาทิเช่น การคำนวณคะแนนของอาการในมิติ ซึ่งพบว่าอาการเหนื่อยหอบนอนราบไม่ได้ ในต้นฉบับมิได้กำหนดให้มีการประเมินความถี่ซึ่งในทางคลินิกสามารถประเมินได้ เพราะเป็นอาการสำคัญที่พบรายงานในระดับมากในทุกมิติ ส่วนเครื่องมือฉบับภาษาไทยพบการนำทุกอาการมาคำนวณความถี่ ซึ่งขัดกับธรรมชาติของลักษณะอาการบางอาการ และข้อคำถาม เมื่อนำไปใช้แล้วการสื่อความให้ตรงกับที่ผู้ป่วยรับรู้อาการยังต้องการการพัฒนาให้ระบุอาการได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ซึ่งอาจต้องดำเนินการแปลกลับแบบสองภาษา (back translation) จะเป็นประโยชน์ในด้านความตรงของสาระที่สอดคล้องกับการประเมินอาการ และควรมีรายละเอียดของการคำนวณที่ชัดเจนเนื่องจากในต้นฉบับภาษาไทยของ MSAS-HF¹² วิธีการคำนวณมีความต่างจากต้นฉบับของต่างประเทศ¹⁶ นอกจากนี้คำว่า symptom burden ที่หมายถึงคะแนนเฉลี่ยรวมยังมีความแตกต่างจากคะแนนเฉลี่ยรวมตามต้นฉบับ MSAS ของ Portenoy และคณะ²¹ นอกจากนี้ เครื่องมือ MSAS-HF เป็นข้อคำถามแบบ 1 อาการ 1 ข้อ (one

item one symptom) การทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ MSAS-HF การใช้ test-retest reliability อาจมีความเหมาะสมมากกว่าเนื่องจากอาการที่ปรากฏอาจมีสาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องกัน หรืออาจมีปัจจัยหลายประการมาเกี่ยวข้อง อาจมิได้มีความสัมพันธ์ภายในอาการแต่ละข้อ

ผลการศึกษาในครั้งนี้ สามารถสรุปได้ว่า อาการที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นอาการทางกายเกิดเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรค เป็นอาการทางด้านร่างกาย เป็นการทํางานที่เกิดกับการไหลเวียนเลือดของหัวใจและปอด รวมถึงการแลกเปลี่ยนก๊าซ มีผลต่อการดำรงกํีวิตและ การนอนของผู้ป่วย

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้ มีข้อจำกัดในการจําแนกกลุ่มสมรรถภาพการทํางานของหัวใจ ที่ไม่ได้ดำเนินการจัดแยกกลุ่มอย่างชัดเจน ในกลุ่มสมรรถภาพการทํางานของหัวใจระดับ 3 กับ ระดับ 4 นอกจากนี้ผู้วิจัยไม่ได้ นำข้อมูลการรักษาที่ได้รับโดยเฉพาะยา ซึ่งอาการบางอาการอาจเป็นผลมาจากยาที่ได้รับ ทั้งการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมืออาจต้องพิจารณาเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมกับการทดสอบ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ในการปฏิบัติควรมีการประเมินอาการของผู้ป่วยในทุกครั้งที่มารับการรักษา รวมถึงการคัดแยกกลุ่มที่ประสบอาการหลายอาการมาก และควรได้รับการจัดการอาการ

สำหรับด้านการวิจัยควรมีการพัฒนาปรับปรุงเครื่องมือ MSAS-HF ฉบับภาษาไทย และทดสอบคุณภาพเครื่องมือ รวมถึงการศึกษาประสบการณ์อาการแบบแยกระดับสมรรถภาพของหัวใจและการนำปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการมาศึกษาพร้อมด้วย รวมไปถึงการศึกษาด้านการจัดการอาการในผู้ป่วยกลุ่มนี้

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จได้ด้วยดี คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ป่วยทุกคนที่ได้กรุณาเป็นกลุ่มตัวอย่างที่สละเวลาเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ อีกทั้งขอขอบพระคุณพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โรงพยาบาลสุรินทร์ และโรงพยาบาลชัยภูมิ ที่ได้ให้การช่วยเหลือในการประสานเก็บข้อมูล จึงต้องขอขอบคุณไว้ ณ โอกาสนี้

References

1. Rice H, Say R, Betihavas V. The effect of nurse-led education on hospitalisation, readmission, quality of life and cost in adults with heart failure. A systematic review. Patient Educ Couns. 2018 Mar;101(3):363-374. doi: 10.1016/j.pec.2017.10.002. Epub 2017 Oct 5. PMID: 29102442.
2. Ministry of Public Health. Public Health Statistics. Ministry of Public Health. [Internet]. 2023. [cited 2023 Jul. 10]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/ncd_death_age.php&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=e2a5a66dd74fa1252fcf786674f05f02
3. Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. Number of patients with heart failure admitted to the outpatient department 2019 - 2021. 2022.
4. Lertpongpaopoom S, Phonphet C, Suwanon J. Predictors of readmission after one-year hospital discharge with acute decompensated heart failure. Thai J. Cardio-Thorac Nurs. [Internet]. 2020 Mar. 7 [cited 2023 Jul. 10]; 30(2):126-40. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalthaicvtnurse/article/view/240345>

5. Longlalerng, w. Love Your Heart Program. TUHJ [Internet]. 2020 Dec. 1 [cited 2023 Jul. 10];5(3): 61–70. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TUHJ/article/view/247717>
6. Lenz ER, Pugh LC, Milligan RA, Gift A, Suppe F. The middle-range theory of unpleasant symptoms: an update. *ANS Adv Nurs Sci.* 1997;19(3):14–27. doi:10.1097/00012272-199703000-00003
7. Ariyachaipanich A, Krittayaphong R, Kunjara Na Ayudhya R, Yingchoncharoen T, Buakhamsri A, Suvachittanont N. Heart Failure Council of Thailand (HFCT) 2019 Heart Failure Guideline: Introduction and Diagnosis. *J Med Assoc Thai.* 2019 Feb 1;102(2):231–9. [cited 2023 Jul. 10];5(3):61–70. Available from: <http://www.jmatonline.com/index.php/jmat/article/view/9809>
8. Alkan S, Nural N. Evaluation of symptoms and predictors in patients with heart failure in Turkey. *J Hosp Palliat Nurs.* 2017;19(5):404–12. doi: 10.1097/NJH.0000000000000382
9. Moser DK, Frazier SK, Worrall-Carter L, Biddle MJ, Chung ML, Lee KS, Lennie TA. Symptom variability, not severity, predicts rehospitalization and mortality in patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2011 Jun;10(2):124–9. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2010.05.006. Epub 2010 Jul 15. PMID: 20637697; PMCID: PMC2987519.
10. Wilson J, McMillan S. Symptoms Experienced by Heart Failure Patients in Hospice Care. *J Hosp Palliat Nurs.* 2013 Feb 1;15(1):13–21. doi: 10.1097/NJH.0b013e31827ba343. PMID: 23853525; PMCID: PMC3706297.
11. Liamkrai, T., Jitpanya, C. Symptom Clusters in Heart Failure Patients. *J Police Nurs [Internet].* 2014 Nov. 11 [cited 2023 Jul. 10];4(2):49–5. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/policensure/article/view/23441>
12. Suwanratsamee W, Pinyopasakul W, Charoenkitkarn V, Dumavibhat C. Symptom Experiences, Symptom Management, and functional Status in Patients with Heart Failure. *Thai J. Cardio-Thorac Nurs.* [Internet]. 2014 Apr. 23 [cited 2023 Jul. 10];24(1):1–16. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalthaicvtnurse/article/view/17947>
13. Kemp CD, Conte JV. The pathophysiology of heart failure. *Cardiovasc Pathol.* 2012 Sep–Oct;21(5): 365–71. doi: 10.1016/j.carpath.2011.11.007. Epub 2012 Jan 5. PMID: 22227365.
14. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods.* 2009 Nov;41(4):1149–60. doi: 10.3758/BRM.41.4.1149. PMID: 19897823.
15. Luo H, Lindell DF, Jurgens CY, Fan Y, Yu L. Symptom Perception and Influencing Factors in Chinese Patients with Heart Failure: A Preliminary Exploration. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Apr 14;17(8):2692. doi: 10.3390/ijerph17082692. PMID: 32295183; PMCID: PMC7215728.
16. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods.* 2009 Nov;41(4):1149–60. doi: 10.3758/BRM.41.4.1149. PMID: 19897823.
17. Zambroski CH, Moser DK, Bhat G, Ziegler C. Impact of symptom prevalence and symptom burden on quality of life in patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2005 Sep;4(3):198–206. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2005.03.010. PMID: 15916924.
18. Haedtke CA, Moser DK, Pressler SJ, Chung ML, Wingate S, Goodlin SJ. Influence of depression and gender on symptom burden among patients with advanced heart failure: Insight from the pain assessment, incidence and nature in heart failure study. *Heart Lung.* 2019 May–Jun;48(3):201–207. doi: 10.1016/j.hrtlng.2019.02.002. Epub 2019 Mar 14. PMID: 30879736; PMCID: PMC7582916.

19. Thida M, Asdomwised U, Thosingha O, Dumavibhat C, Chansatitporn N. Symptom Experience, Symptom Management Strategies, and Health Related Quality of Life among People with Heart Failure. PRIJNR [Internet]. 2021 Jun. 15 [cited 2023 Nov. 16];25(3):359–74. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/243557>
20. Kemp CD, Conte JV. The pathophysiology of heart failure. Cardiovasc Pathol. 2012 Sep–Oct;21(5):365–71. doi: 10.1016/j.carpath.2011.11.007. Epub 2012 Jan 5. PMID: 22227365.
21. Katz SD, Balidemaj K, Homma S, Wu H, Wang J, Maybaum S. Acute type 5 phosphodiesterase inhibition with sildenafil enhances flow-mediated vasodilation in patients with chronic heart failure. J Am Coll Cardiol. 2000 Sep;36(3):845–51. doi: 10.1016/s0735-1097(00)00790-7. PMID: 10987609.
22. Portenoy RK, Thaler HT, Kornblith AB, Lepore JM, Friedlander-Klar H, Kiyasu E, Sobel K, Coyle N, Kemeny N, Norton L, et al. The Memorial Symptom Assessment Scale: an instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. Eur J Cancer. 1994;30A(9):1326–36. doi: 10.1016/0959-8049(94)90182-1. PMID: 7999421.