ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว*

สุมาลี สามัคคานนทการ**
สุภาภรณ์ ด้วงแพง***
วัลภา คุณทรงเกียรติ****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพยากรณ์ เพื่อศึกษาการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและศึกษาอิทธิพลของปัจจัยอาการหายใจลำบาก โรคร่วม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้าและความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษาต่อการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเข้ารับการตรวจรักษา ณ คลินิกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระปกเกล้า จ.จันทบุรี โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจำนวน 111 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินอาการหายใจลำบาก แบบประเมินโรคร่วม แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา และแบบสอบถามการปฏิบัติหน้าที่ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการปฏิบัติหน้าที่อยู่ในระดับสูง (Mean=3.48, SD=0.62) การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Beta=.39) และภาวะซึมเศร้า (Beta=-.28) สามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 32 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)

ผลจากการศึกษานี้สามารถนำไปพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพ และโปรแกรมจัดการภาวะซึมเศร้าที่จะช่วยให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ควรมีการวิจัยซ้ำเพื่อค้นหาตัวแปรทำนายอื่นร่วมด้วย และนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมที่ส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

คำสำคัญ : ภาวะหัวใจล้มเหลว, การปฏิบัติหน้าที่, ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่

---

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

** พยาบาลวิชาชีพ
*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Factors influencing functional performance among heart failure patients*

Sumalee Samakkanonthakarn**
Supaporn Duangpaeng***
Wanlapa Kunsongkeit****

Abstract

This descriptive predictive research was aimed to explore functional performance and factors that influence functional performance including dyspnea, co-morbidity condition, health perception, depression and medical treatment adherence among heart failure patients. The subjects of the study comprised 111 heart failure patients, randomly selected by simple random sampling technique. They received treatment at Outpatient clinic, Prapokklao Hospital, Chantaburi Province. The research instruments utilized for data elicitation consisted of demographic questionnaire, dyspnea assessment form, co-morbidity assessment form, health perception questionnaires, depression questionnaires, medical regimen adherence questionnaires and functional performance questionnaires. Descriptive statistic and stepwise multiple regression were used to analyze the data collected.

The results revealed that the heart failure patients had high level of functional performance (Mean=3.48, SD=0.62). Health perception (Beta=.39) and depression (Beta=-.28) exclusively influenced functional performance. Health perception and depression were likely to significantly predict 32% of the variance in functional performance ($p<.001$).

The research results can be beneficial for developing programs to promote health perception and depression management. This would help heart failure patients perform their functional performance effectively. It is recommended that further study be carried out to find out other predictors that could make a significant contribution to developing programs promoting functional performance among heart failure patients.

Keywords : heart failure, functional performance, factors influencing functional performance

---

* Master of Nursing Science (Adult Nursing) Graduate Studies, Burapha University.

** Registered Nurse

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing Burapha University

**** Assistant Professor, Faculty of Nursing Burapha University University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่มีความซับซ้อนซึ่งเกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างหรือการทำหน้าที่ของหัวใจที่เป็นปัญหาของหลายๆประเทศทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2554 มีผู้ป่วยทั่วโลกที่ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 41ล้านคน[1] สำหรับประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554-2556 มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้นในทุกๆปี[2] การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวมีแนวทางการรักษาที่ชัดเจนทั้งการรักษาด้วยยาหรือการรักษาด้วยเครื่องมือพิเศษรวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม[3] แต่ผู้ป่วยก็มีโอกาสเกิดอาการกำเริบและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเนื่องจากพยาธิสภาพของหัวใจที่มีภาวะบกพร่องในการส่งเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อและอวัยวะตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย มีผลให้ผู้ป่วยมีความทนในการทำกิจกรรมลดลง หรือทำให้ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลงส่งผลให้เกิดเลือดคั่งในปอดทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากหรือหอบเหนื่อยขณะทำกิจกรรม[4] ส่งผลต่อจิตใจทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน[5] เนื่องจากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยจึงเกิดความกลัวและมีความพยายามแยกตัวเองออกจากสังคมอย่างต่อเนื่อง6ซึ่งการอาศัยอยู่เพียงลำพัง การดื่มสุรา การได้รับผลกระทบจากภาวะเศรษฐกิจที่เกี่ยวกับการรักษา และภาวะสุขภาพมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า7ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงมากขึ้นก็ยิ่งทำให้การปฏิบัติหน้าที่ทางกายลดลง[8]

ส่วนผลกระทบด้านครอบครัว เมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวถูกจำกัดการทำกิจกรรมส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพาเพิ่มมากขึ้นในแต่ละสัปดาห์ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องได้รับการดูแลจากผู้อื่นเป็นเวลาหลายชั่วโมง[9] ทำให้ครอบครัวมีความรู้สึกเหน็ดเหนื่อย ขาดอิสระในชีวิต และขาดรายได้[10] จากความเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยต้องปรับตัวและเริ่มต้นใช้ชีวิตอยู่กับการเจ็บป่วยด้วยการพยายามจำกัดกิจกรรมต่างๆ[11] ทั้งการจำกัดกิจกรรมทางกายและสังคมของตนเอง เนื่องจากรู้สึกหวาดกลัวและรู้สึกไม่ปลอดภัย ซึ่งอาจจะทำให้การปฏิบัติหน้าที่ลดลงตามไปด้วยจะเห็นได้ว่าผลกระทบจากภาวะหัวใจล้มเหลวส่งผลต่อทั้งผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบที่มีต่อการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วย

เลนซ์ และคณะ[12] ได้กล่าวถึงการปฏิบัติ (Performance) ว่าเป็นผลลัพธ์ของบุคคลที่ปฏิบัติได้ประกอบด้วย การปฏิบัติหน้าที่ (Functional performance) และการปฏิบัติด้านการคิดทางปัญญา (Cognitive performance) การปฏิบัติหน้าที่ได้ครอบคลุมถึงการปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานประจำวัน การปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนเองและการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการตามสภาวะของบุคคล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้สนใจศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวไว้อย่างกว้างขวาง ซึ่งพบปัจจัยที่สำคัญได้แก่ อาการหายใจลำบาก[13] และปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ โรคร่วม[14] การรับรู้ภาวะสุขภาพ[15] ภาวะซึมเศร้า[16] และความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา[16,17] ซึ่งสอดคล้องกับเลนซ์ และคณะ[12] ที่ได้กล่าวถึงการปฏิบัติหน้าที่ในทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ไว้ว่า อาการไม่พึงประสงค์และปัจจัยส่วนบุคคลทั้งทางด้านกายภาพ ด้านจิตใจ และด้านสถานการณ์ต่างมีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่

จากการสืบค้นงานวิจัยในประเทศไทย การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีอยู่อย่างจำกัด พบเพียงการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการไม่พึงประสงค์และปัจจัยส่วนบุคคลกับการปฏิบัติหน้าที่ เช่น อาการอ่อนเพลียหรือเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่[18,19] ในขณะที่อาการหายใจลำบากซึ่งเป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่อาจมี

ผลต่อการจำกัด การปฏิบัติกิจกรรม แต่พบว่าอาการหายใจลำบากขณะนอนราบไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่[18] ซึ่งไม่สอดคล้องกับบวรรณกรรมในต่างประเทศ เนื่องด้วยบริบทที่แตกต่างกันทั้งแนวคิดหรือวิถีชีวิตทางสังคม ส่วนการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลพบว่าภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและจำกัดน้ำดื่มมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่[16]

นอกจากนี้มีผู้สนใจศึกษาการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการปฏิบัติหน้าที่ได้ดีขึ้น ดังเช่นการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบากและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง ซึ่งหลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเพิ่มขึ้นแต่เพิ่มขึ้นไม่มากนัก[20] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ภาวะหายใจลำบาก ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน หลังการทดลองพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนภาวะหายใจลำบากลดลง และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น แต่ผู้ป่วยมีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันไม่สูงที่สุดตามค่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่เป็นไปได้[21] ส่วนการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของร่างกายและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้นแต่ยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ส่วนใหญ่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการปฏิบัติหน้าที่ได้ใกล้เคียงกับก่อนผู้ป่วยได้รับโปรแกรม อาจเป็นไปได้ว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นอาจไม่ครอบคลุมในทุกปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยจึงต้องการการศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับสภาวะการเจ็บป่วยต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์[12] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยซึ่งทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ มีมโนทัศน์หลักที่สำคัญ 3 มโนทัศน์ ได้แก่ อาการไม่พึงประสงค์และปัจจัยที่มีผลต่ออาการไม่พึงประสงค์ ประกอบด้วย 1)ปัจจัยด้านกายภาพ 2) ปัจจัยด้านจิตใจและ 3)ปัจจัยด้านสถานการณ์ ซึ่งอาการไม่พึงประสงค์และปัจจัยส่วนบุคคลด้านต่างๆ ส่งผลต่อการปฏิบัติซึ่งเป็นอีกหนึ่งในมโนทัศน์หลักประกอบด้วยการปฏิบัติหน้าที่และการปฏิบัติด้านการคิดทางปัญญา การศึกษาครั้งนี้อาการหายใจลำบากเป็นตัวแปรที่อยู่ในมโนทัศน์ของอาการไม่พึงประสงค์ ส่วนมโนทัศน์ของปัจจัยที่มีผลต่ออาการไม่พึงประสงค์ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยด้านกายภาพได้แก่ โรคร่วม ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพและภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านสถานการณ์คือความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยทั้งอาการและปัจจัยทั้งสามด้านมีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งเป็นตัวแปรในมโนทัศน์การปฏิบัติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้แก่ อาการหายใจลำบาก โรคร่วม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้าและความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา

สมมติฐานของการวิจัย

อาการหายใจลำบาก โรคร่วม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า และความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงพยากรณ์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่ ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ประชากร

คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการวิเคราะห์ค่าอำนาจในการทดสอบด้วยโปรแกรม G*power[22] ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 111 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายที่มีคุณสมบัติดังนี้ 1)ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวมากกว่า 1 เดือนขึ้นไป 2) อายุมากกว่า 20 ปีขึ้นไป 3) มีสติสัมปชัญญะดี สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และ 4)หากผู้ป่วยมีโรคร่วมต้องเป็นโรคที่อยู่ในระยะคงที่ไม่มีอาการกำเริบของโรค ไม่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติหน้าที่ เช่น Stroke หรือการบาดเจ็บของระบบเนื้อกระดูกและข้ออย่างรุนแรง เช่น กระดูกขาหัก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลมีทั้งหมด 7 ชุด มีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ข้อมูลส่วนบุคคลข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และข้อมูลการรักษา ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย

2. แบบประเมินอาการหายใจลำบาก โดยใช้การประเมินแบบตัวเลข (Numeric rating scale) ซึ่ง Gift และ Narsavage[23] นำมาพัฒนาเป็น Numeric rating scale ซึ่งมีตัวเลขตั้งแต่ 0 หมายถึง ไม่มีอาการหายลำบาก ถึง ตัวเลข 10 หมายถึงหายใจลำบากมาก วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้สถิติ Intraclass correlation coefficient ได้ค่า Average of measure raters เท่ากับ.98

3. แบบประเมินโรคร่วม ประเมินโดยใช้แบบประเมินโรคร่วมของ Charlson comorbidity index ซึ่งพัฒนาโดย Charlson และคณะ[24] ฉบับภาษาไทยของ สุภาภรณ์ ด้วงแพง และ จุฬาลักษณ์ บารมี[25] แบบประเมินโรคร่วมเป็นแบบประเมินโรคที่มีผลต่อการทำงานของร่างกายและการเจ็บป่วย ซึ่งพัฒนาจากดัชนีโรคที่ทำนายการเสียชีวิตใน 1 ปี ด้วยการวิเคราะห์ถ่วงน้ำหนักค่าอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตใน 1 ปี ซึ่งการวิเคราะห์ถ่วงน้ำหนักค่าอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิต (Relative risk of death) เป็นการให้คะแนนทั้งหมด 5 กลุ่มโรค โดยคะแนน 0หมายถึงไม่มีโรคที่กำหนดไว้ กลุ่มโรคที่ให้คะแนน 1 ซึ่งมีทั้งหมด 10 โรค กลุ่มโรคที่ให้คะแนน 2 มีทั้งหมด 6 โรคกลุ่มโรคที่ให้คะแนน 3 มีทั้งหมด 1 โรค และกลุ่มโรคที่ให้คะแนน 6 มีทั้งหมด 2 โรคการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินรายการโรคร่วมทั้งหมด 18 โรคโดยตัดโรคหัวใจล้มเหลวออกจากรายการโรคร่วม คะแนนรวมทั้งชุดของแบบประเมินโรคร่วมอยู่ระหว่าง 0-36 คะแนน วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้สถิติ Intraclass correlation coefficient ได้ค่า Average of measure raters เท่ากับ.99

4. แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยใช้แบบประเมิน Short Form - 12 version 2 ฉบับภาษาไทยที่พัฒนาขึ้นจากองค์กร Quality Metric Incorporated ในประเทศสหรัฐอเมริกา[26] ใบอนุญาตเลขที่ QM033972 ซึ่งมีคำถามทั้งหมด 12 ข้อ โดยผู้ป่วยตอบประเมินตนเองเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจภายใน 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา สามารถรายงานคะแนนตามมิติทางด้าน

สุขภาพทั้ง 8 มิติ การแปลผลคะแนน คะแนนน้อยกว่า 50 เป็นกลุ่มที่มีการรับรู้ ภาวะสุขภาพไม่ดี และช่วงคะแนน 50-100 เป็นกลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี ทดสอบหาความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .71

5. แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข[27] ซึ่งแบบสอบถามมีคำตอบให้เลือกตอบเป็นการให้คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 ค่าคะแนนรวมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 0-27 ซึ่งการแปลความหมายของคะแนนรวมแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้ คะแนนรวม <7 หมายถึง ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก คะแนนช่วง 7-12 หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย คะแนนช่วง 13-18 หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง คะแนนรวม >19 หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง ทดสอบหาความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ.73

6. แบบสอบถามความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและพัฒนาขึ้นใหม่ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว[3] มีจำนวนทั้งหมด 10 หัวข้อ การเลือกตอบในแต่ละข้อเป็นมาตรส่วนประมาณค่า Likert scale มี 4 ระดับ โดยในข้อ 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9 และข้อ 10 ซึ่ง 1 หมายถึง ไม่เลยหรือน้อยมาก 2 หมายถึง บางครั้ง 3 หมายถึง บ่อยๆ และ 4 หมายถึง เสมอ/เป็นประจำทุกวัน ส่วนข้อ 5 และข้อ 8 โดย 1 หมายถึง ไม่เลย 2 หมายถึง ค่อนข้างจะใช่ 3 หมายถึง ใช่ และ4 หมายถึง ใช่มากที่สุด ค่าคะแนนรวมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 10-40

7. แบบสอบถามการปฏิบัติหน้าที่ ผู้วิจัยนำของของพัทธ์ชนก วิถีธรรมศักดิ์[28] ได้แปลมาจากแบบประเมิน Functional Performance Inventory Short Form พัฒนาโดย Liedy และ Kneble การนำแบบสอบถามมาใช้ครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ตามกรอบแนวคิด โดยจัดแบ่งการประเมินการปฏิบัติหน้าที่ออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานประจำวัน ด้านการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนเอง และด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมมีจำนวนทั้งหมด 24 ข้อ การเลือกตอบแต่ละข้อเป็นมาตรส่วนประมาณค่าLikert scale 4 ระดับ ดังนี้ 1 หมายถึง ไม่สามารถทำกิจกรรมได้เลยเป็นผลจากปัญหาสุขภาพ 2 หมายถึง ทำกิจกรรมได้ความลำบากมากเป็นผลจากปัญหาสุขภาพ 3 หมายถึง ทำกิจกรรมได้ความลำบากบางครั้งเป็นผลจากปัญหาสุขภาพ และ 4 หมายถึง ทำกิจกรรมได้สะดวกไม่มีข้อจำกัดใดๆ โดยมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 1-4 คะแนน การแปลความหมายแบ่งเป็น 5 ระดับ โดยใช้สถิติคำนวณหาอัตราภาคชั้น กำหนดช่วงคะแนน ดังนี้

คะแนนช่วง 1.000-1.599 หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่อยู่ในระดับต่ำ

คะแนนช่วง 1.600-2.199 หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่อยู่ในระดับปานกลางต่ำ

คะแนนช่วง 2.200-2.799 หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนช่วง 2.800-3.399 หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่อยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง

คะแนนช่วง 3.400-4.000 หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่อยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา และแบบสอบถามการปฏิบัติหน้าที่ ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านการรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจจำนวน 5 ท่านประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลมีความเชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจจำนวน 2 ท่าน พยาบาลมีความเชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจจำนวน 2 ท่าน

และแพทย์มีความเชี่ยวชาญทางด้านโรคหัวใจจำนวน 1 ท่าน และนำเครื่องมือทั้ง 7 ชุดทดลองใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .75 และ .88 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุมัติการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลร่วมกับผู้ช่วยวิจัย โดยสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติที่กำหนดภายหลังจากได้กลุ่มตัวอย่างมาแล้ว ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ณ คลินิกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกโดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัยเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหลังจากนั้นผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยได้อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและตอบแบบสอบถามด้วยตนเองซึ่งใช้เวลาเฉลี่ยอยู่ที่ 35 นาที

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำเสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์พร้อมเครื่องมือวิจัย เพื่อขอรับพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา หมายเลข 06-02-2559 และโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี หมายเลข CTIREC015 เมื่อผ่านการพิจารณาแล้วผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างทุกราย ข้อมูลที่ได้รับถูกปกปิดเป็นความลับและนำเสนอเป็นภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยใช้สถิติเชิงบรรยายและวิเคราะห์อำนาจการทำนายของอาการหายใจลำบาก โรคร่วม การรับรู้ภาวะสุขภาพภาวะซึมเศร้า และความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษากับการปฏิบัติหน้าที่ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปและลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอัตราส่วนของเพศหญิงและเพศชายที่ใกล้เคียงกันอยู่ที่ร้อยละ 55 และ 45 ตามลำดับ อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 64.74 (SD = 12.81) ร้อยละ 27.9 ของกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาเฉลี่ยที่ได้รับการวินิจฉัยอยู่ที่ 35.43 เดือน (SD = 42.61) กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 76.6 ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะฉุกเฉินภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา มีเพียงจำนวน 26 รายคิดเป็นร้อยละ 23.4 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะฉุกเฉินภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวด้วยยาร้อยละ 66.7 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาทั้งยาและเครื่องมือพิเศษพบร้อยละ 33.3

การปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติหน้าที่โดยรวมอยู่ในระดับสูงซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.48 (SD = 0.62) ส่วนใหญ่ร้อยละ 86.5 มีการปฏิบัติหน้าที่โดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อวิเคราะห์ตามรายด้านพบว่าการปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานประจำวันมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติหน้าที่อยู่ในระดับสูง ส่วนการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูงดังตารางที่1

ตารางที่ 1 แสดงคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการปฏิบัติหน้าที่โดยรวม และรายด้าน จำแนกตามระดับการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (n = 111)

การปฏิบัติหน้าที่	ช่วงคะแนน		Mean	SD	ระดับการปฏิบัติหน้าที่
	แบบสอบถาม	กลุ่มตัวอย่าง			
โดยรวม	1.00-4.00	1.68-4.00	3.48	0.62	สูง
การปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานประจำวัน	1.00-4.00	1.25-4.00	3.78	0.44	สูง
ตามบทบาทของตนเอง	1.00-4.00	1.43-4.00	3.34	0.83	ปานกลางค่อนข้างสูง
การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม	1.00-4.00	1.00-4.00	3.32	0.83	ปานกลางค่อนข้างสูง

การศึกษาปัจจัยต่าง ๆ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยหายใจลำบากเท่ากับ 2.67(SD = 2.82) ค่าเฉลี่ยคะแนนโรคร่วมเท่ากับ3.15 (SD = 1.59) กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีและมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 57.35 (SD = 12.19) กลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมากซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.91 (SD = 4.32) และมีคะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษาเท่ากับ 28.23 (SD = 4.56) ดังตารางที่2

ตารางที่ 2 แสดงคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของอาการหายใจลำบาก โรคร่วม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้าและความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (n = 111)

ตัวแปร	Mean	SD
อาการหายใจลำบาก	2.67	2.82
โรคร่วม	3.15	1.59
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	57.35	12.19
ภาวะซึมเศร้า	5.91	4.32
ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา	28.23	4.56

ความสัมพันธ์ระหว่างอาการหายใจลำบาก โรคร่วม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษากับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติหน้าที่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิต (r=.50 , p < .001) รองลงมาคือ ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติหน้าที่ในระดับปานกลาง (r = -.44, p < .001) และอาการหายใจลำบากมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติหน้าที่ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -.30, p < .01) ในขณะที่โรคร่วมและความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ดังตารางที่ 3

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพและภาวะซึมเศร้าสามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ร้อยละ 32 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R^2 = .32, p < .001) โดยการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสูงที่สุด (Beta = .39, p < .001) รองลงมาได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (Beta = -.28, p < .01) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการหายใจลำบาก โรคร่วม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษากับการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (n = 111)

	ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1.	อาการหายใจลำบาก	1					
2.	โรคร่วม	-.09	1				
3.	การรับรู้ภาวะสุขภาพ	-.26**	-.02	1			
4.	ภาวะซึมเศร้า	.38***	-.06	-.41***	1		
5.	ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา	-.15	.08	-.12	-.21*	1	
6.	การปฏิบัติหน้าที่	-.30**	-.11	.50***	-.44***	-.07	1

* = p < .05, ** = p < .01,*** = p < .001

ตารางที่ 4 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณและค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ ของการรับรู้ภาวะสุขภาพและภาวะซึมเศร้าต่อการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (n = 111)

ตัวแปรทำนาย	B	Beta	
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	0.05***	0.39***	Intercept = 2.04
ภาวะซึมเศร้า	-0.04**	-0.28**	R^2 = 0.32, F (2,108) = 25.13***

* = p < .05, ** = p < .01, *** = p < .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การปฏิบัติหน้าที่โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติหน้าที่อยู่ในระดับสูงจากทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์[12] ซึ่งอาการไม่พึงประสงค์และปัจจัยส่วนบุคคลมีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการหายใจลำบากไม่รุนแรง เมื่อผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากในระดับไม่รุนแรงส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมส่วนโรคร่วมพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนโรคร่วมค่อนข้างต่ำเมื่อโรคที่เกิดร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลวไม่มีความรุนแรงหรือไม่มีอาการกำเริบจึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีสภาวะสุขภาพปกติ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 76.6 ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะฉุกเฉินภายใน 1 เดือน ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมาโดยพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวภายหลังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน[29] เมื่อโรคร่วมถูกควบคุมได้ดีอาจส่งผลให้การปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับการรับรู้ภาวะสุขภาพและภาวะซึมเศร้าซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีและไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีจึงมีความมั่นใจในสุขภาพของตนเอง ในขณะที่ภาวะซึมเศร้าเป็นการรับรู้เกี่ยวกับภาวะจิตใจที่เป็นทุกข์ที่เกิดจากความเจ็บป่วย เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีและมีภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำส่งผลให้มีการปฏิบัติหน้าที่ได้ในระดับสูง ส่วนความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษาเท่ากับ 28.23 (SD = 4.56) และกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 23.4 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะฉุกเฉินภายใน 1 เดือนที่ผ่านมาความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษาส่งผลให้สุขภาพอยู่ในสภาวะปกติอาจทำให้มีการปฏิบัติหน้าที่ในระดับสูง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวพบปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพและภาวะซึมเศร้าสามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติหน้าที่ได้ร้อยละ 32 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R^2 = .32, p < .001) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์[12] สามารถอธิบายได้ว่าอาการไม่พึงประสงค์และปัจจัยส่วนบุคคลด้านกายภาพ ด้านจิตใจและด้านสถานการณ์ต่างส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพและภาวะซึมเศร้าเป็นตัวแปรที่อยู่ในปัจจัยด้านจิตใจ การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Beta = .39, p < .001) หมายถึงเมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติหน้าที่ได้ดีตามไปด้วย รองลงมาได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (Beta = -.28, p < .01)

หมายถึงเมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติหน้าที่ได้ลดลง

เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตนเองในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ในขณะที่บุคคลที่มีความยากลำบากในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีแนวโน้มที่จะรับรู้ระดับสุขภาพของตนเองไม่ดี[30] ส่งผลให้การรับรู้ภาวะสุขภาพมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่ส่วนภาวะซึมเศร้าเป็นการรับรู้ด้วยจิตใจที่เป็นทุกข์ซึ่งภาวะซึมเศร้ามีผลต่อพยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลวอาจทำให้มีอาการกำเริบแล้วส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามากขึ้นยิ่งทำให้มีการปฏิบัติหน้าที่ได้ลดลงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Conley, Feder และ Redeker[31] พบว่าภาวะซึมเศร้ามีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ส่วนปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้แก่ อาการหายใจลำบากโรคร่วมและความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ซึ่งอาการหายใจลำบากมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการปฏิบัติหน้าที่ ($r = -.30$, $p < .01$) แต่ไม่สามารถร่วมทำนายการปฏิบัติหน้าที่ได้ เนื่องจากอาการหายใจลำบากมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทซึ่งประเมินอาการหายใจลำบากด้วยการให้คะแนนว่าอาการหายใจลำบากส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยมีทุกข์ทรมานในระดับใด[32] ในขณะที่การประเมินอาการหายใจลำบากในการวิจัยครั้งนี้เป็นการประเมินอาการเพียงมิติเดียวคือความรุนแรง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในภาวะสงบ ความรุนแรงของอาการหายใจลำบากอาจไม่มีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่เป็นผลให้อาการหายใจลำบากไม่สามารถร่วมทำนายการปฏิบัติหน้าที่ส่วนโรคร่วมไม่มีอำนาจทำนายการปฏิบัติหน้าที่ อาจเนื่องมาจากควบคุมโรคร่วมได้ดีซึ่งภายใน 1 เดือนที่ผ่านมากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะฉุกเฉิน

นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โรคร่วมเป็นอีกปัจจัยที่ชักนำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการกำเริบแล้วนำไปสู่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล[33] ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวปฏิบัติกิจกรรมได้ลดลงหรือมีปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน[29] เมื่อผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบ ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมตอบสนองความต้องการของตนเองได้ตามปกติ ในการศึกษานี้โรคร่วมอาจไม่มีอิทธิพลโดยตรงกับการปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chiaranai และคณะ[14] พบว่าโรคร่วมไม่มีอำนาจทำนายการทำหน้าที่ทางกายสำหรับความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา

ผลการวิจัยนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษาเท่ากับ 28.23 (SD = 4.56) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะฉุกเฉินภายใน 1 เดือนที่ผ่านมาเพียงร้อยละ 23.4 สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา จากทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวกำเริบได้แก่ การขาดความสม่ำเสมอของการรับประทานอาหารที่เหมาะสม การรับประทานยา[34] และการดื่มน้ำ[35] จากการศึกษานี้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับการฝึกการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้มีจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำน้อยกว่า และมีอัตราการตายต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ฝึกการออกกำลังกาย[36] เมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอส่งผลให้ภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการคงที่ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างไม่มีข้อจำกัด

ข้อเสนอแนะและการนำผลวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยนี้ช่วยให้พยาบาลมีความเข้าใจและสามารถนำผลการวิจัยไปพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพและจัดการภาวะซึมเศร้าที่จะช่วยให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม

2. ผู้บริหารการพยาบาลควรส่งเสริมและพัฒนาสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลให้มีความสามารถในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการปฏิบัติหน้าที่อย่างเหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยซ้ำในปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่โดยเฉพาะอาการหายใจลำบากในมิติของระยะเวลาและความถี่ของการเกิดอาการหรือระดับของการรับรู้ความทุกข์ทรมานร่วมกับปัจจัยอื่นๆที่อาจมีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมที่ส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

References

1. Moran AE, Forouzanfar MH, Roth GA, Mensah GA, Ezzati M, Flaxman A, et al. The global burden of ischemic heart disease in 1990 and 2010: the Global Burden of Disease 2010 study. Circulation. 2014 Apr 8; 129(14): 1493-501.
2. The Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Summary patient's statistics 2011-2013 [Internet]. 2015 [cited 2015 Apr 20]. Available from: http://bps.moph.go.th./content/สรุปรายงานการป่วย. (in Thai).
3. The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage of H.M. the King and heart failure council of Thailand. Thai heart failure guideline [Internet]. 2014[cited 2015 May 25].Available from: http://www.thaiheart.org/images/column_1291454908/Thai_HF_Guideline_2014. pdf. (in Thai).
4. Fetcher L, Thomas D. Congestive heart failure: understanding the pathophysiology and management. J Am Acad Nurse Prac. 2001; 13(6):249-57.
5. Blinderman CD, Homel P, Billings JA, Portenoy RK, Tennstedt SL. Symptom distress and quality of life in patients with advanced congestive heart failure. J Pain Symptom Manag. 2008; 35(6): 594-603.
6. Jeon YH, Kraus SG, Jowsey T, Glasgow NJ. The experience of living with chronic heart failure: a narrative review of qualitative studies. BMC Health Serv Res. 2010; 10(77):1-9.
7. Havranek EP, Spertus JA, Masoudi FA, Jones PG, Rumsfeld JS. Predictors of the onset of depressive symptoms in patients with heart failure. J Am Coll Cardiol. 2004; 44(12): 2333-38.
8. Vaccarino V, Kasl SV, Abramson J, Krumholz HM. Depressive symptoms and risk of functional decline and death in patients with heart failure. J Am Coll Cardiol. 2001; 38(1): 199-205.
9. Gure TR, Kabeto MU, Blaum CS, Langa KM. Degree of disability and patterns of caregiving among older Americans with congestive heart failure. J Gen Intern Med. 2007; 23(1):70-76.
10. Deenuanpanao S, Kunsongkeit W, Duangpaeng S.Experiences of family members in caring of patients with chronic congestive heart failure.The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2014;22(2) :52-64.(in Thai).
11. Oliveira TCTD, Correia DMS, Cavalcanti

ACD. The impact of the heart failure on daily: patient perception of follow-up ambulatory. J Nurs UFPE on line. 2013; 7(6): 4497-504.

12. Lenz ER, Pugh LC, Milligan RA, Gift A, Suppe F. The middle-range theory of unpleasant symptom: an update. Adv Nurs Sci. 1997; 19(3):14-27.
13. Karapolat H, Eyigor S, Atasever A, Zoghi M, Nalbantgil S, Durmaz B. Effect of dyspnea and clinical variables on the quality of life and functional capacity in patients with chronic obstructive pulmonary disease and congestive heart failure. Chin Med J. 2008; 121(7):592-96.
14. Chiaranai C, Salyer J, Best A. Self-care and quality of life in patients with heart failure. Thai Journal of Nursing Research. 2009; 13(4):302-17.(in Thai).
15. Johansson P, Brostrom A, Dahlstrom U, Alehagen U. Global perceived health and health-related quality of life in elderly primary care patients with symptoms of heart failure. Eur J Cardiovasc Nurs. 2008; 7(4) : 269-76.
16. Damnong N. Factors related to functional performance among rehospitalized heart failure patients. [Master of Nursing Science Thesis]. Chonburi: Burapha University; 2015. (in Thai).
17. Parish TR, Kosma M, Welsch MA. Stage of readiness for planned activity reveals heart failure patients at higher risk. Open J Prev Med. 2013;3(1) :118-27.
18. Suwanratsamee W, Pinyopasakul W, Charoenkitkarn V, Dumaviphat C. Symptom experiences, symptom management, and functional status in patients with heart failure. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2013; 24(1): 2-16. (in Thai).
19. Kronkasem A, Wattanakitkrileart D, Pongthavornkamol K, Kanoksin A. Fatigue experience, symptom management strategies, and functional status in patients with congestive heart failure. Journal of Nursing Science. 2014; 32(4):35-42. (in Thai).
20. Kaewyok T,Wongpiriyayotha A, Nantsupawat W. Effects of Self-management program on symptom of dyspnea and functional capacity of persons with congestive heart failure. Journal of Nurses Association of Thailand, North-Eastern Division. 2011; 29(2):35-41. (in Thai).
21. Ritklar L, Wattana C, Kitipawong P. Effects of a self-management program on self-management behaviors, dyspnea, activities of daily living, and quality of life among patients with congestive heart failure. Nursing Journal. 2012; 39(1):64-76.(in Thai).
22. Mayr, S., Erdfelder, E., Buchner, A., & Faul, F. A short tutorial of gpower. Turorials in Quantitative Methods for Psychology [Internet]. 2007 [cited 2015 Jun 16]; 3(2): 51-59. Available from: http://www.gpower.hhu.de/fileadmin/redaktion/Fakultaeten/Mathematisch-Naturwissenschaftliche_Fakultaet/Psychologie/AAP/gpower/GPowerShortTutorial.pdf
23. Gift AG, Narsavage G. Validity of the numeric rating scale as a measure of

dyspnea. Am J Crit Care. 1998;7(3):200-4.

24. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, Mackenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis. 1987; 40(5):373-83.
25. Duangpaeng S, Baramee J. Full text research of symptoms cluster, functional status, and quality of life of persons with chronic obstructive pulmonary disease [Research]. The higher education research promotion national research universities office: Office of the higher education commission; 2012.(in Thai).
26. Ware JE, Jr, Kosinski M, Turner-Bowker D, Sundaram M, Gandek B, Maruish ME.SF-12v2 health survey: Administration guide for clinical trial investigators. Lincoln, RI. Quality Metric Incorporated; 2009.
27. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Clinical practice guideline of major depressive disorder for general practitioner: CPG-MDD-GP [Internet].2553 [cited 2015 May 20]. Available from: http://www.thaidepression.com/www/news54/CPG-MDD-GP.pdf.(in Thai)
28. Witheethamsak P. Relationship between symptom cluster and functional performance among patients with chronic obstructive pulmonary disease [Master Thesis of Nursing Science]. Chonburi: Burapha University; 2010.(in Thai).
29. Zaharias E, Cataldo J, Mackin L, Esquivel JH. Simple measures of function and symptoms in hospitalized heart failure patients predict short-term cardiac event-free survival. Nurs Res Pract. 2014; 2014:815984. doi: 10.1155/2014/815984. Epub 2014 Feb 9.
30. Haseen F, Adhikari R, Soonthorndhada K. Self-assessed health among Thai elderly. BMC Geriatr. 2010; 10(30):1-9.
31. Conley S, Feder S, Redeker NS. The relationship between pain, fatigue, depression and functional performance in stable heart failure. Heart and Lung: The Journal of Acute and Critical Care. 2015; 44(2):107-12.
32. Seo Y, Roberts BL, Laframboise L, Yates BC, Yurkovich JM. Predictors of modifications in instrumental activities of daily living in persons with heart failure. J Cardiovasc Nurs. 2011; 26(2):89-98.
33. Ali L, Nazeer M, Ahmed I, Fatima M, Niaz N. Factors precipitating acute heartfailure. Ann Pak Inst Med Sci. 2014;10(1):33-8.
34. Diaz A, Ciocchini C, Esperatti M, Becerra A, Mainardi S, Farah A. Precipitating factors leading to decompensation of chronic heart failure in the elderly patient in South-American community hospital. J Geriatr Cardiol. 2011;8(1):12-14.
35. Michalsen A, Konig G, Thimme W. Preventable causative factors leading to hospital admission with decompensated heart failure. Heart. 1998; 80(5):437-41.
36. Belardinelli R, Georgiou D, Cianci G, Purcaro A. Randomized, controlled trial of long-term moderate exercise training in chronic heart failure effects on functional capacity, quality of life, and clinical outcome. Circulation. 1999; 99(9):1173-82.