ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว*

*วาสนา สุวรรณรัศมี พย.ม***
*วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล Ph.D (Nursing)****
*วิชชุดา เจริญกิจการ ปร.ด (พยาบาล)*****
*ฉัตรกนก ทุมวิภาต พ.บ******

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรกกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับการตรวจรักษาที่หน่วยตรวจโรคหัวใจ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 88 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการ แบบสัมภาษณ์วิธีการจัดการกับอาการโดยผู้ป่วย และแบบประเมินภาวะการทำหน้าที่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า อาการที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่ามีทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับ ได้แก่ หายใจลำบากเมื่อนอนราบ หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น ตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน นอนไม่หลับหรือหลับยาก และอ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง ตามลำดับ ส่วนใหญ่วิธีการจัดการกับอาการที่กลุ่มตัวอย่างใช้ประกอบด้วย การจัดท่า การควบคุมการหายใจ และการรับประทานยานอนหลับภาวะการทำหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.69 (S.D. = 0.77) ความ สัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรกกับภาวะการทำหน้าที่โดยรวมในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า อาการอ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางกับภาวะการทำหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.494$, $p < 0.01$) อาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น หายใจลำบากเมื่อนอนราบ นอนไม่หลับหรือ หลับยาก และตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ ($r = -.047$, $r = -.036$, $r = -.112$, $r = -.103$ ตามลำดับ, $p > 0.05$)

ข้อเสนอแนะ พยาบาลควรมีการประเมินประสบการณ์การมีอาการอย่างครอบคลุม และพัฒนาโปรแกรมหรือรูปแบบการจัดการกับอาการด้วยตนเอง โดยเฉพาะการจัดการกับอาการอ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง เพื่อส่งเสริมภาวะหน้าที่ของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ : ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการ ภาวะการทำหน้าที่ ภาวะหัวใจล้มเหลว

---

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

***** อาจารย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

Symptom Experiences, Symptom Management, and Functional Status in Patients with Heart Failure*

*Wasana Suwanratsamee M.N.S***

*Wanpen Pinyopasakul Ph.D. (NURSING)****

*Vishuda Charoenkitkarn Ph.D. (NURSING)*****

*Chatkanok Dumavibhat M.D.******

Abstract :

This descriptive correlational study aimed to explore the relationship between the five most distressing symptom experiences and functional status in patients with heart failure. Convenience sampling of 88 patients with heart failure who attended the Heart Disease Clinic, Siriraj Hospital. Data were collected by using: a demographic questionnaire, a symptom experience questionnaire, a symptom management questionnaire, and a functional status questionnaire. Data were analyzed by descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient.

The findings revealed that the five most distressing symptoms perceived by the participants were difficulty breathing when lying flat, shortness of breath, waking up breathless at night, difficulty sleeping, and fatigue. Symptom management strategies of the participants included repositioning, controlling breathing, and taking sleeping pills. The overall functional status of the sample group was at a good level, with a mean score of 3.69 (SD = 0.77). With regard to the relationship between the five most distressing symptoms and functional status of the participants, it was found that fatigue was negatively related to functional status with statistical significance at a moderate level ($r = -.494$, $p < 0.01$), whereas shortness of breath, difficulty breathing when lying flat, difficulty sleeping , and waking up breathless at night were not statistically related to functional status ($r = -.047$, $r = -.036$, $r = -.112$, and $r = -.103$, respectively, $p > 0.05$).

It is recommend that nurses should comprehensively assess symptom experiences of patients with heart failure and self management programs or models, especially fatigue management should be developed to improve the functional status of patients with heart failure.

Keywords : Symptom experiences, Symptom management, Functional status, Heart failure

---

* Thesis Paper the Degree of Master of Nursing Science (Adult Nursing), Mahidol University

** Student of the Degree of Master of Nursing Science, Mahidol University

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

**** Lecturer, Faculty of Nursing, Mahidol University

***** Lecturer, Faculty of Medicine, Siriraj, Mahidol University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart Failure) เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของหัวใจ ทำให้ไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะและเนื้อเยื่อต่างๆ ได้เพียงพอ[1] โดยพบว่าเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการตายในประเทศแถบโลกตะวันตก และมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้น[2,3] นอกจากนี้พบว่าอัตราตายและอัตราการกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 3 - 6 เดือน มีสูงถึงร้อยละ 30 - 60[4] ในประเทศสหรัฐอเมริกามีผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวประมาณ 6,000,000 ราย เป็นผู้ ป่วยรายใหม่เกิดขึ้นประมาณ 500,000 รายต่อปี ทำให้สหรัฐอเมริกาต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา 10 - 38 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ[5] ภาวะหัวใจล้มเหลวจึงเป็นปัญหาหลักที่มีความสำคัญทั้งทางด้านสาธารณสุขและด้านเศรษฐกิจของนานา ประเทศไทยข้อมูลสถิติจาก กระทรวงสาธารณะสุขที่รวบรวมอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหัวใจ ซึ่งรวมถึงภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า ในปี พ.ศ. 2546 - 2550 อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหัวใจมีถึง 27.7, 26.8, 28.2, 28.4, 27.5 ต่อประชากรแสนราย ตามลำดับ และในระยะ 5 ปีที่ผ่านมายังไม่มีแนวโน้มลดลงแต่อย่างใด โดยในปี พ.ศ. 2552 ได้เริ่มมีการเก็บรวบรวมสถิติจำนวนและอัตราผู้ป่วยในของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งประเทศ พบว่ามีจำนวน 142,743 ราย และมีอัตราผู้ป่วยใน 224.94 ต่อประชากรแสนราย[6]

ภาวะหัวใจล้มเหลวมีสาเหตุจากการสูญเสียหน้าที่การบีบตัวของหัวใจ และความผิดปกติในการทำหน้าที่ของระบบการไหลเวียนและอวัยวะต่างๆ รวมทั้งการตอบสนองไวต่อความผิดปกติของระบบฮอร์โมนเรนินแองจิโอเทนซิน - อัลโดสเตอโรน ส่งผลให้เกิดอาการและอาการแสดงต่างๆ จากมีการคั่งของของเหลวในระบบไหลเวียนโลหิต เช่น อาการหายใจลำบาก อาการอ่อนล้า บวม ซึมเศร้า เจ็บแน่นหน้าอก วิตกกังวล[7, 8] เป้าหมายการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวในปัจจุบัน มุ่งเน้นการลดและควบคุมความรุนแรง ความถี่ และความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวคงไว้ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น[9,10]

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่ต้องเผชิญกับอาการหลากหลายอาการพร้อมๆกัน ส่งผลต่อภาวะการทำหน้าที่ที่แตกต่างกันทั้งในมิติของความถี่ ความรุนแรง และความรู้สึกทุกข์ทรมานหรือรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน ผลการศึกษาของ Bekelman และคณะ[11] ในผู้ป่วยจำนวน 60 รายที่คลินิกโรคหัวใจ 2 แห่งพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีประสบการณ์การเกิดอาการขึ้นหลายอาการ โดยเฉลี่ยประมาณ 9 อาการในหนึ่งสัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล การศึกษาของ Zambroski และคณะ[12] พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีสมรรถภาพการทำงานของหัวใจในระดับ 2 - 4 ตามการจำแนกของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ค จำนวน 53 รายต้องเผชิญกับอาการต่างๆ โดยเฉลี่ย 15 อาการ ทั้งในมิติของความถี่ ความรุนแรง และความรู้สึกทุกข์ทรมาน ได้แก่อาการอ่อนล้า อาการหายใจลำบาก และอาการนอนไม่หลับหรือนอนหลับยากเป็นส่วนใหญ่ ความถี่และความรุนแรงของอาการเหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรับรู้ว่าเป็นความทุกข์ทรมานรบกวนการดำเนินชีวิตตลอดระยะเวลาที่มีอาการ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์

สังคมและเศรษฐกิจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทำให้ถูกจำกัดกิจกรรม[13,14]

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการและการจัดการกับอาการในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวยังมีจำนวนน้อย การศึกษาส่วนใหญ่มักกระทำในผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ เช่นในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง[15] และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง[16] ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวพบการศึกษาของนุชรัตน์ ฉัตรวิชัย[17] ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการบรรเทาอาการหายใจลำบากและความรู้เพื่อควบคุมอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างไรก็ตามผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมักต้องเผชิญกับอาการหลากหลายอาการที่เกิดขึ้นพร้อมๆกัน การศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ[18] เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับประสบ การณ์การมีอาการของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และใช้ในการวางแผนการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น เพื่อบรรเทาความไม่สุขสบายรวมทั้งส่งเสริมและคงไว้ซึ่งภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการ วิธีการจัดการกับอาการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรกกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

สมมุติฐานการวิจัย

ประสบการณ์การมีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรก มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

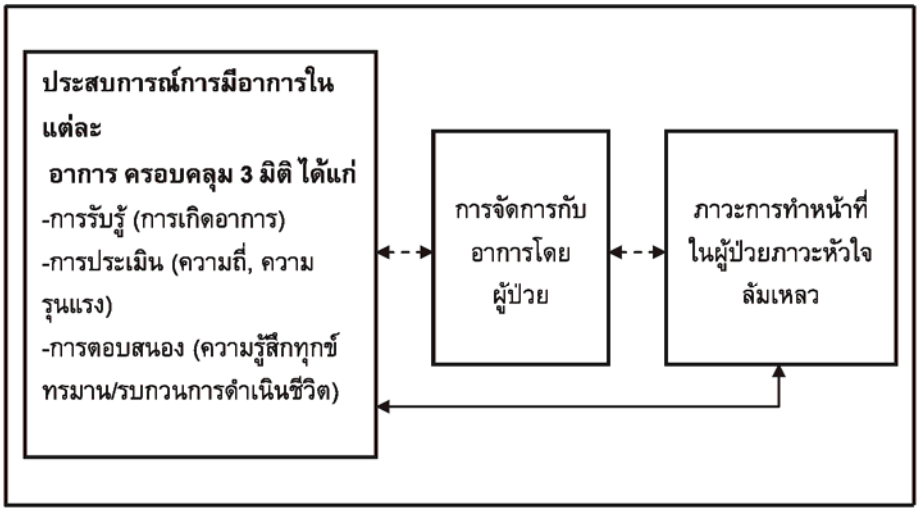
กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ[18] เป็นกรอบแนวคิดการวิจัยที่อธิบายถึงมโนทัศน์หลัก 3 มโนทัศน์ โดยกล่าวว่าการจัดการกับอาการมีจุดเริ่มต้นจากการที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experiences) จากนั้นจึงมีการจัดการกับอาการ (Symptom management) ซึ่งเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตรและมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา มีเป้าหมายเพื่อหลีกเลี่ยงหรือชะลอผลจากอาการที่เกิดขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการต่างๆจนกว่าผู้ป่วยพึงพอใจกับผลการจัดการนั้น ผู้ป่วยจะมีการประเมินผลลัพธ์ (Outcomes) ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากประสบ การณ์การมีอาการ และการจัดการกับอาการที่ผู้ป่วยใช้ในการจัดการกับอาการด้วยตนเอง การรับรู้ประสบการณ์การมีอาการและการจัดการกับอาการได้รับอิทธิพลจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านบุคคล ด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย และด้านสิ่งแวดล้อม

จากกรอบแนวคิดดังกล่าว ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องเผชิญกับอาการต่างๆจากการดำเนินของโรคอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยต้องแสวงหาวิธีการจัดการกับอาการต่างๆ ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนอาจมีวิธีการ

จัดการกับอาการที่แตกต่างกัน ขึ้นกับการรับรู้และการตัดสินใจเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค รวมถึงการประเมินผลเพื่อประกอบการตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการกับอาการ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเอง

การจัดการกับอาการเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด และส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว บุคลากรทางสุขภาพต้องมีความรู้และความเข้าใจในปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยสรุปเป็นกรอบแนวคิด ดังรูปภาพที่ 1



รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย โดยประยุกต์จากกรอบแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ[18]

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรกกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งเพศชายและเพศหญิง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช 2 หน่วยงานคือ หน่วยตรวจโรคหัวใจ ตึกผู้ป่วยนอก และหน่วยตรวจพิเศษหัวใจและหลอดเลือด อาคารศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ชั้น 6 ระยะเวลาการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม - พฤศจิกายน พ.ศ. 2554

การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีเกณฑ์ดังนี้คือ 1) สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ 2) รู้สึกตัวดี 3) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะหัวใจล้มเหลวมาไม่น้อยกว่า 4 สัปดาห์ 4) มีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจอยู่ใน Functional class II, III ตามการจำแนกของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ค Functional class II หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และทำกิจกรรมต่างๆที่เคยทำได้ตามปกติ โดยอาจมีอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก อ่อนเพลีย ใจสั่น หรือเจ็บหน้าอกเล็กน้อย ในขณะที่ Functional class III หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และทำกิจกรรมต่างๆ ดังกล่าวได้เพียงเล็กน้อย และมักมีอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก ใจสั่น หรือเจ็บหน้าอก ทั้งนี้ทั้งสองกลุ่มเมื่อได้พักแล้วจะรู้สึกสบายขึ้น[19]

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบเท่ากับ 95% (α = 0.05) อำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.80 กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Medium effect size) เท่ากับ 0.30[20,21] คำนวณได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 88 ราย

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 4 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว ระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจ เป็นต้น

2. แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการ โดยการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมิน Memorial Symptom Assessment Scale - Heart Failure [MSAS - HF] ของ Zambroski และคณะ[22] เพื่อประเมินการรับรู้การเกิดอาการในมิติของ ความถี่ ความรุนแรง และความรู้สึกทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิต ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอาการ 32 อาการ ค่าความเชื่อมั่นโดยสูตรการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าความเชื่อมั่นด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม เท่ากับ 0.87, 0.83 และ 0.73 ตามลำดับ[12] และนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 0.96

3. แบบสัมภาษณ์วิธีการจัดการกับอาการโดยผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ[18] ประกอบด้วยคำถามปลายเปิดและคำถามปลายปิด เกี่ยวกับวิธี การจัดการกับอาการที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวใช้ เพื่อบรรเทาอาการที่ให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานหรือรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันผู้ป่วยมากที่สุด 5 อันดับแรก

4. แบบประเมินภาวะการทำหน้าที่ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามการใช้ชีวิตอยู่กับโรคหัวใจล้มเหลวของมินเนโซตา สร้างโดย Rector และคณะ[23] แปลโดย พรรณทิพา ศักดิ์ทอง[24] ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยสอบถามเกี่ยวกับผลกระทบของอาการที่เกิดขึ้นต่อภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ค่าความ

เชื่อมั่นโดยสูตรการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .94[25] และนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 1.00

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับหนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และได้รับการอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบแพทย์หัวหน้าพยาบาล เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับการดำเนินโครงการวิจัย โดยพยาบาลประจำการได้สอบถามความสนใจของผู้ป่วยในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และผู้วิจัยดำเนินการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ประโยชน์และความเสี่ยงในการเข้าร่วมการวิจัย และลงนามในเอกสารชี้แจงการวิจัยเมื่อกลุ่มตัวอย่างตกลงเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประสบการณ์การมีอาการ และภาวะการทำหน้าที่ตามลำดับ ผู้วิจัยสัมภาษณ์วิธีการจัดการกับอาการโดยผู้ป่วย ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามรวม 40 - 45 นาที

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล และเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้รับหนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลศิริราช และหนังสือตอบรับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยได้ โดยผู้วิจัยได้แจ้งให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่ได้รับและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ข้อมูลที่ได้รับจากผู้ป่วยจะถือเป็นความลับอย่างเคร่งครัด ไม่เปิดเผยชื่อ ที่อยู่ของผู้ร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้จะมีการระบุเป็นรหัสตัวเลข และข้อมูลที่ได้นำไปใช้เพื่อการวิเคราะห์ อภิปราย และเผยแพร่ผลในภาพรวมเท่านั้น ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัย และมีสิทธิ์ที่จะยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา และไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ เมื่อผู้ป่วยให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย จะเซ็นต์เอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) การกระจายของตัวแปรเป็นโค้งปกติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 54.5 และ 45.5 ตามลำดับ) โดยมีอายุระหว่าง 61- 75 ปี (ร้อยละ 46.6) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 62.13 ปี (S.D. = 12.14) ส่วนใหญ่สมรสหรืออยู่ด้วยกันโดยไม่ได้แต่งงาน (ร้อยละ 90.9) และอาศัยอยู่กับครอบครัว (ร้อยละ 94.3) การศึกษาสูงสุดระดับประถม (ร้อยละ 60.2) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (ร้อยละ 63.6) มีรายได้เพียงพอทุกเดือน โดยได้รับการช่วยเหลือจากบุตร (ร้อยละ 50) และเกินครึ่งใช้สิทธิประกัน สุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 53.4)

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีภาวะโรคร่วม ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 20.51) รองลงมาคือภาวะไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 15.02) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 14.29) ระยะเวลาการเจ็บป่วยต่ำกว่า 1 ปี (ร้อยละ 61.4) ระยะเวลาการเจ็บป่วยโดยเฉลี่ย 1 ปี 6 เดือน (S.D. = 22.22) จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวใน 1 ปีที่ผ่านมาอยู่ในช่วง 1-3 ครั้ง (ร้อยละ 82.95) โดยเฉลี่ย 2.36 ครั้ง (S.D. = 2.35)

ส่วนใหญ่มีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจอยู่ในระดับ 2 (NYHA Functional Class II) (ร้อยละ 97.7) และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดใช้ยาขับปัสสาวะ (Diuretics) มากที่สุด (ร้อยละ 100) รองลงมาคือ ยากลุ่มยับยั้งการทำงานของเอนไซด์ที่ทำลายแองจิโอเทนซิน (Angiotensin converting enzyme inhibitor [ACEIs]) (ร้อยละ 88.63)

2. ประสบการณ์การมีอาการ

1) ประสบการณ์การมีอาการที่พบบ่อยตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อาการจำนวนตั้งแต่ 6 - 26 อาการ เฉลี่ย 13.93 อาการ (S.D. = 4.41) โดยรายงานอาการที่มีกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50 ที่รับรู้ประสบการณ์การมีอาการดังกล่าวเกิดขึ้น ประสบการณ์การรับรู้อาการที่พบประกอบด้วยอาการ 14 อาการ ได้แก่ อาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น (ร้อยละ 97.7) รองลงมาคือ อ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง (ร้อยละ 93.2) นอนไม่หลับหรือหลับยาก (ร้อยละ 87.5) หายใจลำบากเมื่อนอนราบ (ร้อยละ 86.4) ชา/เจ็บแปลบปลายมือ/ปลายเท้า (ร้อยละ 62.5) รู้สึกอึดอัดเหมือนมีลมในท้อง (ร้อยละ 61.4) ไอ (ร้อยละ 60.2) กังวล/กลุ้มใจ (ร้อยละ 60.2) หงุดหงิด/โมโหง่าย (ร้อยละ 59.1) ตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน (ร้อยละ 58) ปากแห้ง (ร้อยละ 56.8) เจ็บแน่นหน้าอก (ร้อยละ 55.7) ใจสั่น (ร้อยละ 54.5) และบวมบริเวณแขน/ขา (ร้อยละ 52.3) ตามลำดับ

2) ประสบการณ์การมีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิต 5 อันดับแรก และวิธีการจัดการกับอาการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ารบกวนการดำเนินชีวิต 5 อันดับแรก ดังนี้

2.1) หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้วิธีจัดการกับอาการ โดยการนั่งหรือนอนพัก (ร้อยละ 76.31) รองลงมาใช้วิธีหายใจเข้าออก ช้าและลึก (ร้อยละ 21.05)

2.2) นอนไม่หลับหรือหลับยาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้วิธีจัดการกับอาการ โดยรับประทานยานอนหลับ (ร้อยละ 54.92) รองลงมาใช้วิธีรอให้ง่วงก่อนจึงนอน (ร้อยละ 42.25)

2.3) หายใจลำบากเมื่อนอนราบ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้วิธีจัดการกับอาการ โดยนอนหนุนหมอนสูง 2 ใบ (ร้อยละ 60.29) รองลงมาใช้วิธีลุกขึ้นนั่งพัก (ร้อยละ 22.05)

2.4) อ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้วิธีจัดการกับอาการ โดยการนั่งหรือนอนพัก (ร้อยละ 93.93) รองลงมาใช้วิธีการออกกำลังกาย (ร้อยละ 6.06)

2.5) ตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้วิธีจัดการกับอาการ โดยการลุกขึ้นนั่งพัก (ร้อยละ 95.0) รองลงมาใช้วิธีการดมออกซิเจน (ร้อยละ 5.0)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินว่าการจัดการกับอาการช่วยให้อาการที่เกิดขึ้นทุเลาลง (ร้อยละ 76.1) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของวิธีการจัดการกับอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน 5 อันดับแรกในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (n=88)

อาการ	จำนวน	ร้อยละ	ผลลัพธ์ของวิธีการจัดการ		
			หาย	ทุเลา	ไม่หาย/คงเดิม
หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น(n=76)					
นั่งหรือนอนพัก	58	76.31			
หายใจเข้าออก ช้าและลึก	16	21.05	25.0	72.4	2.6
ดมออกซิเจน	2	2.63			
นอนไม่หลับหรือหลับยาก (n=71)					
รับประทานยานอนหลับ	39	54.92			
รอให้ง่วงก่อนจึงนอน	30	42.25	54.9	40.8	4.2
ไม่นอนตอนกลางวัน	2	2.81			
หายใจลำบากเมื่อนอนราบ (n=68)					
นอนหนุนหมอนสูง 2 ใบ	41	60.29			
ลุกขึ้นนั่งพัก	15	22.05			
นอนตะแคงซ้ายขวาสลับกัน	10	14.70	11.8	86.8	1.4
ดมออกซิเจน	2	2.94			
อ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง (n=66)					
นั่งหรือนอนพัก	62	93.93	31.8	66.7	1.5
ออกกำลังกาย	4	6.06			
ตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน (n=40)					
ลุกขึ้นนั่งพัก	38	95.00	17.5	80.0	2.5
ดมออกซิเจน	2	5.00			
สรุปผลลัพธ์วิธีการจัดการกับอาการโดยรวม			23.9	76.1	0

3. ภาวะการทำหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่าง

ภาวะการทำหน้าที่โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.69 (S.D. = 0.77) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ภาวะการทำหน้าที่ด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.06 (S.D. = 0.86) ภาวะการทำหน้าที่ด้านอารมณ์อยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.01 (S.D. = 0.99) ภาวะการทำหน้าที่ด้านเศรษฐกิจและสังคมอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 (S.D. = 0.93) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะการทำหน้าที่ จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม

ภาวะการทำหน้าที่	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลความหมายภาวะการทำหน้าที่
ด้านอารมณ์	4.01	0.99	ดี
ด้านเศรษฐกิจและสังคม	4.00	0.93	ดี
ด้านร่างกาย	3.06	0.86	ปานกลาง
ภาวะการทำหน้าที่รวมโดย	3.69	0.77	ดี

4.ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรกกับภาวะการทำหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่าง

ประสบการณ์การมีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประกอบด้วย อาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น หายใจลำบากเมื่อนอนราบ นอนไม่หลับหรือหลับยาก และตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่โดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (รวมถึงภาวะการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านเศรษฐกิจและสังคม) โดยพบว่ามีเพียงประสบการณ์การมีอาการอ่อน เพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางกับภาวะการทำหน้าที่โดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรกกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ประสบการณ์การมีอาการ	ภาวะการทำหน้าที่			
	โดยรวม	ด้านร่างกาย	ด้านอารมณ์	ด้านเศรษฐกิจและสังคม
หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น (n=85)	-.047	-.182	.021	.010
อ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง (n=79)	-.494**	-.486**	-.421**	-.382**
หายใจลำบากเมื่อนอนราบ (n=75)	-.036	-.121	-.041	.028
นอนไม่หลับหรือหลับยาก (n=73)	-.112	-.229	-.058	.026
ตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน (n=51)	-.103	-.073	-.125	-.107

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

อภิปรายผลการวิจัย

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุคือมีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 61 - 75 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.6 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ซึ่งพบว่าประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีอายุมากกว่า 65 ปี และมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นตามอายุ[26] เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย สรีรภาพ และการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะระบบไหลเวียนโลหิต[1] โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 20.51) ภาวะไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 15.02) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 14.29) โรคหลอดเลือดหัวใจตีบและภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ในสัดส่วนที่เท่ากัน (ร้อยละ 10.62) สอดคล้องกับผลการศึกษาในต่างประเทศ[26,27] และการศึกษาของอรุณประไพ บัวพันธุ์[21] ที่พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจ ล้มเหลวมักมีโรคร่วมดังกล่าวซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ[28] ซึ่งโรคเรื้อรังดังกล่าวยังเป็นสาเหตุที่ทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้นและประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลง ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้น[29]

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจอยู่ในระดับ 2 (NYHA Functional class II) (ร้อยละ 97.7) และร้อยละ 2.3 มีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจอยู่ในระดับ 3 (NYHA Functional class III) สอดคล้องกับนิตยา ศรีสุข[30] ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับการตรวจรักษาเป็นผู้ป่วยนอก มักมีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจอยู่ในระดับ 2 และ 3 ซึ่งสามารถดูแลตนเองได้บ้างพอควร ด้านการใช้ยาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดยาขับปัสสาวะมากที่สุด (ร้อยละ 100) รองลงมาคือ ยากลุ่มยับยั้งการทำงานของเอนไซด์ที่ทำลายแองจิโอเทนซิน (ACEIs) (ร้อยละ 88.63) ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของจันทร์จิรา เกียรติสี่สกุล[31] ทั้งนี้เนื่องจากแนวทางการบำบัดรักษาของสมาคมแพทย์โรคหัวใจอเมริกา (ACCF/AHA guidelines) แนะนำใช้ยาขับปัสสาวะ ซึ่งช่วยในการขับน้ำและเกลือออกจากระบบไหลเวียนได้ดี[31] และยากลุ่มยับยั้งเอ็มไซม์แองจิโอเทนซิน ซึ่งมีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดขยายตัว ลดแรงต้านทานของหลอดเลือดทั่วร่างกาย ยากลุ่มนี้เสริมฤทธิ์ยาขับปัสสาวะทำให้การขับเกลือและน้ำดีขึ้น ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการทำงานของหัวใจ[7]

ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรกกับภาวะการทำหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาพบว่า ประสบการณ์การมีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรก ประกอบด้วยอาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น อาการหายใจลำบากเมื่อนอนราบ อาการนอนไม่หลับหรือหลับยาก อาการตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน และอาการอ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง โดยพบว่าประสบการณ์การมีอาการ 4 อาการ ได้แก่อาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น หายใจลำบากเมื่อนอนราบ นอนไม่หลับหรือหลับยาก และตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่โดยรวม ($r = -.047$, $r = -.036$, $r = -.112$, $r = -.103$ ตามลำดับ, $p > 0.05$) และพบว่ามีประสบการณ์การมีอาการเพียงอาการเดียว คืออาการอ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรงมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางกับภาวะการทำหน้าที่โดยรวม (ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านเศรษฐกิจและสังคม) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.494^{**}$, $r = -.486^{**}$, $r = -.421^{**}$, $r = -.382^{**}$ ตามลำดับ, $p < 0.01$) กล่าวคือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีประสบการณ์การมีอาการอ่อนเพลียมากจะมีภาวะการทำหน้าที่โดยรวมในระดับต่ำ โดยมีการอภิปรายผลตามลำดับดังนี้

ประสบการณ์การมีอาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น หายใจลำบากเมื่อนอนราบ และตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่โดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง ($r = -.047$, $r = -.036$, r

= -.103 ตามลำดับ, p > 0.05) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Heo และคณะ[32] โดยพบว่าร้อยละ 94 ของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว มีอาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น และสูญเสียภาวะการทำหน้าที่ด้านร่างกายไป เช่นเดียวกับการศึกษาของ Zambroski และคณะ[12] ที่ศึกษาอาการที่เป็นภาระต่อภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และพบว่าอาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น เป็นอาการที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรับรู้ว่าเป็นภาระอาการ (symptom burden) และเมื่อภาระอาการยิ่งมากส่งผลให้ภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยต่ำลง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากอาการหายใจลำบากดังกล่าวไม่คงอยู่ไปตลอด ส่วนอาการหายใจลำบากเมื่อนอนราบ และตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืนนั้น กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีจัดการกับอาการเกี่ยวกับการหายใจที่เหมาะสม ได้แก่

1) การจัดท่า เช่น นั่งหรือนอนพัก

2) ควบคุมการหายใจ เช่น ฝึกหายใจเข้าออกช้าและลึก และ

3) การใช้ออกซิเจน ซึ่งผลลัพธ์ของวิธีการจัดการกับอาการโดยรวม ช่วยให้อาการที่เกิดขึ้นทุเลาลง (ร้อยละ 72.4 - 86.8) และช่วยให้อาการที่เกิดขึ้นหายไป (ร้อยละ 11.8 - 25.0)

ประสบการณ์การมีอาการนอนไม่หลับหรือหลับยาก พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่โดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง (r = -.112, p > 0.05) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยใช้วิธีการจัดการกับอาการโดยการรับประทานยานอนหลับ (ร้อยละ 54.92) และรอให้ง่วงก่อนจึงนอน (ร้อยละ 42.25) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินว่าวิธีดังกล่าวช่วยให้อาการนอนไม่หลับหรือหลับยากช่วยให้อาการที่เกิดขึ้นหายไปหรือทุเลาลง แตกต่างจากผลการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าอาการนอนไม่หลับหรือนอนหลับยาก เป็นอาการที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรับรู้ว่าเป็นภาระอาการ (symptom burden) ส่งผลให้ภาวะการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยต่ำลง[12] อย่างไรก็ตามเนื่องจากอาการนอนไม่หลับหรือหลับยากเป็นอาการที่มักไม่คงอยู่ไปตลอด และกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีจัดการกับอาการเกี่ยวกับการนอนหลับที่เหมาะสม ทำให้ยังหลับได้และไม่รู้สึกว่ากระทบต่อภาวะการทำหน้าที่ของตนเอง

ประสบการณ์การมีอาการอ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง เป็นประสบการณ์เดียวที่พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางกับภาวะการทำหน้าที่โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -.494** , p < 0.01) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[11, 12, 13, 34, 35, 36] พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีประสบการณ์การมีอาการอ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะการทำหน้าที่ จากผลการศึกษาของ Hägglund และคณะ[37] ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของอาการอ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรงกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 49 ราย พบว่ามีผลกระทบเชิงลบในด้านภาวะการทำหน้าที่ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Heo และคณะ[33] ที่ศึกษาถึงปัจจัยด้านประสบการณ์การมีอาการทำนายภาวะการทำหน้าที่ด้านร่างกายในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 94 ของผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การมีอาการอ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง ต้องสูญเสียภาวะการทำหน้าที่ไป ซึ่งประสบการณ์การมีอาการอ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรงในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีสาเหตุเกิดขึ้นจากหลายปัจจัย ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ จึงเป็นประสบการณ์อาการที่เกิดขึ้นและคงอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา (persistent symptom) และเป็นประสบการณ์การมีอาการที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรของผู้ป่วยได้[13, 38, 39]

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรกกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าประสบการณ์การมีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิต ได้แก่อาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น หายใจลำบากเมื่อนอนราบ นอนไม่หลับหรือหลับยาก และตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจอยู่ในระดับ 2 (ร้อยละ 97.7) และร้อยละ 2.3 มีระดับสมรรถภาพการทำงาน

ของหัวใจอยู่ในระดับ 3 ซึ่งสามารถดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และทำกิจกรรมต่างๆได้บ้างพอควร และจากผลการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยได้อาศัยอยู่กับครอบครัว (ร้อยละ 90.9) จึงมีผู้ดูแลให้การช่วยเหลือตลอด ร่วมกับการได้รับการรักษาด้วยขับปัสสาวะ (ร้อยละ 100) รองลงมาคือ ยากลุ่มยับยั้งการทำงานของเอนไซด์ที่ทำลายแองจิโอเทนซิน (ACEIs) (ร้อยละ 88.63) อย่างสม่ำเสมอ ช่วยในการควบคุมอาการหายใจลำบากดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยานอนหลับช่วยให้สามารถนอนหลับพักผ่อนได้ดีขึ้น

จากการศึกษานี้พบว่าประสบการณ์การมีอาการเพียงอาการเดียว คืออาการอ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรงเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางกับภาวะการทำหน้าที่ ผลการศึกษาดังกล่าวสนับสนุนแนวคิดการจัดการกับอาการบางส่วนของ Dodd และคณะ[18] อธิบายได้ว่าเมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้การเกิดอาการในมิติความถี่ ความรุนแรง หรือทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิต จะส่งผลกระทบต่อภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น ผู้ป่วยจะมีวิธีการจัดการกับอาการต่างๆเพื่อเป็นการบรรเทาอาการรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง โดยวิธีการจัดการกับอาการที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้นั้นเป็นวิธีที่ผู้ป่วยประเมินว่ามีประสิทธิภาพที่ช่วยบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นที่ดีที่สุด ดังนั้นผู้ป่วยเลือกใช้วิธีการจัดการกับอาการที่มีประสิทธิภาพดังที่กล่าวมาแล้วจะช่วยบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นได้หรือช่วยให้อาการหายไปได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลควรมีการประเมินประสบการณ์การมีอาการอย่างครอบคลุม และเลือกวิธีการจัดการกับอาการที่เหมาะสมในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยมีการวางแผนการดูแลและจัดการอาการร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมและคงไว้ซึ่งภาวะหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสบการณ์การมีอาการ และพัฒนาโปรแกรมหรือรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับการจัดการกับอาการด้วยตนเองโดยเฉพาะการจัดการกับอาการอ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง เพื่อส่งเสริมภาวะหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวให้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner&Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkin; 2008. p.946-64.
2. World Health Organization (WHO) [homepage on the Internet]. Cardiovascular disease (CVDs) [updated 2011 Sep; cited 2011 Sep 20]. Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en.
3. Jurgens CY, Moser DK, Armola R, Carlson B, Shively M, Evangelista L. et al. Symptom clusters in acute heart failure. J Card Fail 2006; 12 (6 Suppl 1): 112.
4. Varughese S. Management of acute decompen sated heart failure. Crit Care Nurs Q 2007; 30(2): 94-102.
5. American Heart Association (AHA) [homepage on the Internet]. Heart failure. [cited 2011 Jun 6]. Available from: http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartFailure/Heart-Failure_UCM_002019_SubHomePage.jsp.
6. สำนักงานกระทรวงสาธารณสุข [homepage on the Internet]. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. [cited 2012 Jan 6]. Available from: http://www.bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=2555.
7. Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG, et al. ACC/AHA 2005 Guideline update for diagnosis and management of chronic heart failure in the adult summary article. J Am Coll Cardiol 2005; 46(6):

1116-43.

8. The heart failure society of american [HFSA]. Evaluation and management of patients with acute decompensated heart failure. J Card Fail 2006; 12(1): 86-103.
9. Grady KL, Dracup K, Kennedy G, Moser DK, Piano M, Stevenson LW, et al. Team management of patients with heart failure: a statement for healthcare professionals from the cardiovascular nursing council of the american heart association. Circulation 2000; 102(19): 2443-56.
10. Stromberg A. Educating nurses and patients to manage heart failure. Eur J Cardiovasc Nurs 2002; 1(1): 33-40.
11. Bekelman DB, Havranek EP, Becker DM, Kutner JS, Peterson PN, Wittstein IS, et al. Symptoms, depression and quality of life in patients with heart failure. J Card Fail 2007; 13(8): 643-8.
12. 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; 4(3): 198-206.
13. 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 Manage 2008; 35(6): 594-603.
14. Jurgens CY, Moser DK, Armola R, Carlson B, Sethares K, Riegel B. Symptom clusters of heart failure. Res Nurs Health 2009; 32: 551-60.
15. รติรส แมลงภู่ทอง, คนึงนิจ พงศ์ถาวรกมล, อรวมน ศรียุกตศุทธ, และนภดล โสภารัตนไพศาล. ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีจัดการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด. Journal of Nursing 2552; 27: 69-78.
16. ไพรวัลย์ โคตรตะ. ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองกับอาการหายใจลำบากต่อคุณภาพชีวิตของพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
17. Chatvichai N. The effects of a dyspnea relief program on severity of dyspnea and knowledge to control dyspnea in congestive heart failure patients. [Master's thesis of nursing science]. Bangkok: Mahidol University; 2003.
18. Dodd M, Jason S, Facione J, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J, et al. Advancing the science of symptom management. J Adv Nurs 2001; 33(5): 668-76.
19. Hunt SA, Baker DW, Chin MH, Cinquegrani MP, Feldmanmd AM, Francis GS, et al. ACC/AHA Guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in the adult: executive summary a report of the american college of cardiology/american heart association task force on practice guidelines (committee to revise the 1995 guidelines for the evaluation and management of heart failure). J Am Coll Cardiol 2001; 38(7): 2101-13.
20. เยาวภา บุญเที่ยง. การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพและการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุหัวใจวายเลือดคั่ง [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2545.
21. Buapan A. Factors influencing adaptation in heart failure patients. [Master's thesis of nursing science]. Bangkok: Mahidol University; 2008.
22. Zambroski CH, Lennie T, Chung ML, Heo S, Smoot T, Ziegler C. Use of the Memorial Symptom Assessment Scale-Heart Failure in heart failure patients. Circulation 2004; 110 (17 suppl III): 739.

23. Rector TS, Kubo SH, Cohn JN. Patients' self-assessment of their congestive heart failure: content reliability and validity of a new measure, the Minnesota living with heart failure questionnaire. Heart fail 1987; 3: 198-209.
24. Tangsatitkiat W, Sakthong P. The content improvements of the thai version of the Minnesota living with heart failure questionnaire, using cognitive interview. Thai Pharm Health Sci J 2009; 4(2): 227-35.
25. Rector TS. Overview of the Minnesota living with heart failure questionair [document on the Internet]. [cited 2006 Jun 6]. Available from: http://www.mlhfq.org/_dnld/mlhfg_overview.pdf.
26. Masoudi FA, Havranek EP, Krumhol HM. The burden of chronic congestive heart failure in older person: magnitude and implications for policy and research. Heart Fail Rev 2002; 7: 9-16.
27. Arnold MO, Yosuf S, Young J, Mathew J, Johnstone D, Avezem A, et al. Prevention of heart failure in patients in the heart outcome prevention evaluation (HOPE) study. Circulation 2003; 107(9): 1284-90.
28. Eliopoulos C. Geriatric nursing. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkin; 2001.
29. Francis GS, Gassler JP, Sonneblick EH. Pathophysiology and diagnosis of heart failure. In: Hurst JW, editor, The heart. 10th ed. New York: McGraw-Hill; 2001: p.665-85.
30. นิตยา ศรีสุข. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
31. จันทร์จิรา เกียรติสี่สกุล, สุปรีดา มั่นคง, อรสา พันธ์ภักดี, ธนรัตน์ ชุนงาม. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนให้ความรู้ ต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความรนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2551; 19(2): 22-39.
32. Oxberry SG, Johnson MJ. Review of the evidence for dyspnea in people with chronic heart failure. Curr Opin Support Palliat Care 2008; 2: 84-8.
33. Heo S, Doering LV, Widener J, Moser DK. Predictors and effect of physical symptom status on health-related quality of life in patients with heart failure. Am J Crit Care 2008; 17: 124-32.
34. Evangilista LS, Moser DK, Westlake C, Pike N, Ter-Galtanyan A, Dracup K. Correlates of fatigue in patients with heart failure. Prog Cardiovasc Nurs 2008; 23(1): 12-7.
35. Song EK, Moser DK, Lennie TA. Relationship of depressive symptom to the impact of physical symptoms on functional status in women with heart failure. Am J Crit Care 2009; 18: 348-56.
36. Yu DSF, Lee DTF, Woo J, Thompson DR. Correlates of psychological distress in elderly patients with congestive heart failure. J Psychosom Res 2004; 57(6): 573-81.
37. Hägglund L, Boman K, Lundman B. The experience of fatigue among elderly women with chronic heart failure. Eur J Cardiovasc Nurs 2008; 7(4): 290-5.
38. Ekman I, Ehrenberg A, Fatigue in chronic heart failure: does gender make a difference? Eur J Cardiovasc Nurs 2002; 1: 77-82.
39. Friedman MM, King KB. Correlates of fatigue in older women with heart failure. Heart Lung 1995; 24: 512-8.