

ปัจจัยคัดสรรทำนวยภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ร้อยโทหญิงชนิดาภา แก้วกัญญา



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR) are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2557

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELECTED FACTORS PREDICTING DEPRESSION IN PERSONS  
WITH CHRONIC HEART FAILURE

First Lieutenant Chanidapa Kaewkanya



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science  
Faculty of Nursing  
Chulalongkorn University  
Academic Year 2014  
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยคัดสรรทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
โดย	ร้อยโทหญิงชนิดาภา แก้วกัญญา
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	อาจารย์ ดร.จรรยา ฉิมหลวง

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิริ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม  
(อาจารย์ ดร.จรรยา ฉิมหลวง)

.....กรรมการ  
(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต)

ชนิดาภา แก้วกัญญา : ปัจจัยคัดสรรทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (SELECTED FACTORS PREDICTING DEPRESSION IN PERSONS WITH CHRONIC HEART FAILURE) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: อ. ดร.จรรยา ฉิมหลวง, 158 หน้า.

การวิจัยเชิงทำนายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าและศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยใช้ทฤษฎีความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เลือกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จำนวน 110 คน จากแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกระบบหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 3 แห่ง เขตกรุงเทพมหานคร เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แบบประเมินอาการหายใจลำบาก แบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพ และแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม เครื่องมือวิจัยทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคระหว่าง 0.73 - 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังร้อยละ 26.50 มีคะแนนซึมเศร้าอยู่ในช่วง 16-29 คะแนน ซึ่งถือว่ามีความซึมเศร้า (mean= 13.65, SD= 5.11)
2. อาการหายใจลำบาก ความแตกฉานทางสุขภาพ และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .48, -.38$  และ  $.26$  ตามลำดับ) ในขณะที่แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า
3. อาการหายใจลำบาก ( $\beta = .47$ ), ความแตกฉานทางสุขภาพ ( $\beta = -.25$ ) และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ( $\beta = .27$ ) สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ในขณะที่แรงสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ ตัวแปรทุกตัวสามารถร่วมกันทำนายความผันแปรในภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 38.4 ( $R^2 = .384$ ,  $F = 16.36$ ,  $p < .05$ )

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2557

ลายมือชื่อนิสิต .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม .....

# # 5577166136 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: DYSPN / HEALTH LITERACY / SOCIAL SUPPORT / UNCERTAINTY IN / DEPRESSION / HEART FAILURE

CHANIDAPA KAEWKANYA: SELECTED FACTORS PREDICTING DEPRESSION IN PERSONS WITH CHRONIC HEART FAILURE. ADVISOR: ASST. PROF. SUNIDA PREECHAWONG, Ph.D., CO-ADVISOR: JANAYA CHIMLUANG, Ph.D., 158 pp.

The purpose of this descriptive predictive research were to examine depression in patients with chronic heart failure, and identify the factors that would predict depression using the Uncertainty in Illness theory. A convenience sample of 110 persons with chronic heart failure were recruited from OPD Cardio of three the tertiary hospitals in Bangkok. Research instruments were six questionnaires, including the assessment of Demographic data, depression, uncertainty in illness, dyspnea, health literacy and social support. Content validity of questionnaires was validated by five experts and the Cronbach's alpha coefficients ranged from 0.73 - 0.89. Data were analyzed using Pearson's product moment correlation coefficient and multiple regressions.

The major findings were as follows:

1. Twenty-four patients with chronic heart failure (26.50%) had CES-D score > 16 indicating depressive symptom (mean= 13.65, SD= 5.11)

2. Dyspnea, health literacy and uncertainty in illness were significantly correlated with depression among patients with chronic heart failure. ( $r = .48, -.38$  and  $.26$  respectively,  $p < .05$ ). While social support was no significantly correlated with depression among patients with chronic heart failure.

3. Dyspnea ( $\beta = .47$ ), health literacy ( $\beta = -.25$ ) and uncertainty in illness ( $\beta = .27$ ) could significantly predict to depression while social support was no significant predictor. All study variables together accounted for 38.4% of the variance explained in depression. ( $R^2 = .384, F = 16.36, p < .05$ )

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2014

Student's Signature .....

Advisor's Signature .....

Co-Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงอย่างสมบูรณ์ ด้วยความกรุณาและการช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ดร.จรรยา ฉิมหลวง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ รวมทั้งให้ความเมตตาและเป็นกำลังใจตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างสูง จึงขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

พร้อมกันนี้ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาชี้แนะ และให้ข้อเสนอแนะต่างๆ เพื่อแก้ไขข้อบกพร่องในการทำวิทยานิพนธ์ ทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้และให้คำปรึกษาแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ศึกษาและการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่ายิ่งตรวจสอบเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับแก้ไขเครื่องมือให้เหมาะสมกับงานวิจัย ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และคณะบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ที่อนุญาตให้ทดลองใช้และเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณหัวหน้าและเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในแผนกผู้ป่วยนอกระบบโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ทุกท่านที่ให้ความกรุณาและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่งขอขอบพระคุณผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนางานวิจัยทางการพยาบาล

ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา บุคคลอันเป็นที่รัก ที่มีความห่วงใยและเป็นกำลังใจให้เสมอมา และขอบคุณเพื่อนนิสิตที่คอยให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือตลอดระยะเวลาที่ศึกษา ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้เอ่ยนาม ที่ทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จได้ด้วยดี ประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ขอมอบให้แก่ บิดา มารดา คณาจารย์ ผู้มีพระคุณ และผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังทุกท่าน

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ .....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ .....	12
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	12
คำถามการวิจัย .....	17
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	17
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	17
สมมติฐานการวิจัย .....	24
ขอบเขตการวิจัย .....	24
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	24
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	26
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	27
1. ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง .....	28
2. ภาวะซึมเศร้า .....	36
3. ทฤษฎีความรู้สึกละมุนในความเจ็บป่วยของ Mishel (Uncertainty in Illness Theory) (1988).....	42
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง .....	49
4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการหายใจลำบากกับภาวะซึมเศร้า.....	51
4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานทางสุขภาพกับภาวะซึมเศร้า .....	56

4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า.....	61
5. บทบาทของพยาบาลในการจัดการภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง .....	64
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	65
7. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	69
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	70
ประชากรวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง.....	70
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	74
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	79
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	80
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	81
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	82
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	84
ตอนที่ 1 การวิเคราะห์อาการหายใจลำบาก ความแตกฉานทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง.....	85
ตอนที่ 2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการหายใจลำบาก ความแตกฉานทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง .....	89
ตอนที่ 3 การศึกษาความสามารถในการทำนายระหว่างอาการหายใจลำบาก ความแตกฉานทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง .....	90
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	92
สรุปผลการวิจัย.....	93
อภิปรายผลการวิจัย.....	94



ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	100
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	101
รายการอ้างอิง .....	102
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ .....	113
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	115
ภาคผนวก ค เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	133
ภาคผนวก ง เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย .....	140
ภาคผนวก จ เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย .....	146
ภาคผนวก ฉ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม .....	150
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	158

## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	72
2	85
3	85
4	86
5	87
6	88
7	89
8	90

## สารบัญภาพ

รูปภาพที่	หน้า
รูปภาพที่ 1 : แผนภาพแสดงทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ของ Mishel (1988).....	43
รูปภาพที่ 2 : แผนภาพแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยตามกรอบแนวคิดทฤษฎี ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988).....	47
รูปภาพที่ 3 : กรอบแนวคิดการวิจัย.....	69



# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญที่เป็นสาเหตุการตายระดับโลก และมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปีประมาณ 2 ล้านรายทั่วโลก (Kemp & Conte, 2012) ส่วนในประเทศไทยแม้ว่ายังไม่มีรายงานอุบัติการณ์ของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่ชัดเจน แต่พบว่ามีกรายงานจำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คิดเป็นอัตราส่วน 266.57 ต่อประชากร 100,000 คน ในปีพ.ศ.2556 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

ปัจจุบันมีการแบ่งชนิดของภาวะหัวใจล้มเหลวออกเป็นหลายกลุ่มตามสาเหตุและกลไกการเกิดโรค แต่ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้แบ่งชนิดของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังตามระยะเวลาการเกิดโรค ได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน และภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (นราวุฒิ ประเสริฐวิทยาภิจ, 2555; อรินทยา พรหมินธิกุล, 2557) ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน หมายถึง ภาวะที่หัวใจมีการทำหน้าที่ล้มเหลวอย่างทันทีทันใด อาจมีสาเหตุเนื่องมาจากการทำงานของลิ้นหัวใจเสียหายที่หรือมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทำให้การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติปรับตัวไม่ทัน เกิดการคั่งของเลือดและสารน้ำในปอด เกิดอาการบวม ทำให้มีการไหลเวียนเลือดล้มเหลวโดยทันที ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลวที่เกิดขึ้นทันทีทันใด โดยที่ผู้ป่วยไม่เคยมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวมาก่อน แต่อาจมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจหรือมีพยาธิสภาพของหัวใจผิดปกติ และภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่กลไกภายในร่างกายไม่สามารถชดเชยให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆได้อย่างเพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการภาวะหัวใจล้มเหลวกำเริบรุนแรงและเฉียบพลัน ซึ่งในบางรายเมื่อรักษาหายแล้วอาจทำให้การทำงานของหัวใจกลับคืนสู่ภาวะปกติได้ เช่น การติดเชื้อไวรัสที่กล้ามเนื้อหัวใจ เป็นต้น

ส่วนภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง หมายถึง ภาวะที่หัวใจมีการทำงานล้มเหลวแบบค่อยเป็นค่อยไป มีอาการเกิดขึ้นอย่างซ้ำๆ และเกิดซ้ำๆ จนทำให้กลไกการปรับตัวและการทำงานของหัวใจล้มเหลวอย่างถาวร ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการค่อนข้างคงที่ หรือมีอาการต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวให้มีอาการดีขึ้นในระยะหนึ่ง แต่ผู้ป่วยจะยังคงมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวกลับมาเป็นซ้ำอีก ไม่หายขาด และมีการดำเนินโรคไปสู่ระยะสุดท้ายของภาวะหัวใจ

ล้มเหลวเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง พบได้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคลิ้นหัวใจ และความดันโลหิตสูง เป็นต้น (นราวุฒิ ประเสริฐวิทยากิจ, 2555)

ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากหัวใจมีการทำงานล้มเหลวหรือมีโครงสร้างของหัวใจที่ล้มเหลว ทำให้หัวใจบีบตัวไม่มีประสิทธิภาพ ไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆของร่างกายได้อย่างเพียงพอ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2551) ทำให้เกิดการคั่งของสารน้ำและของเหลวในระบบไหลเวียนเลือดมากขึ้น ในขณะที่หัวใจก็ไม่สามารถบีบเลือดออกไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายได้เพียงพอกับความต้องการ จึงทำให้เกิดอาการทางกายต่างๆตามมา อาการของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่พบบ่อย ได้แก่ อาการหายใจลำบาก อาการอ่อนเพลีย และอาการบวมจากการมีน้ำและเกลือคั่งในร่างกาย นอนราบไม่ได้ มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะเกลือแร่ในร่างกายผิดปกติ เป็นต้น โดยมีสาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตสูง หัวใจพิการแต่กำเนิด โรคไตวาย โรคลิ้นหัวใจ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นต้น (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2551)

ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจึงมีอาการทางกายต่างๆรบกวนการดำเนินชีวิตอยู่ตลอดเวลา อาการที่เกิดขึ้นจะมีความรุนแรงและเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันเมื่อใดก็ได้และต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการปรับตัวและการจัดการตนเอง เพื่อให้ร่างกายยังสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ ตลอดจนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการกำเริบของอาการต่างๆที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง นอกจากนี้ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลทางสุขภาพในการจัดการอาการและการดูแลตนเองด้วย เพื่อให้สามารถคิดวิเคราะห์ ตัดสินใจนำข้อมูล ความรู้ และคำแนะนำทางสุขภาพที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับการดำเนินโรคที่เป็นอยู่ได้

การที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆของชีวิต มีวิถีชีวิตที่ไม่สุขสบายจากโรคที่เป็นอยู่และการกำเริบของอาการ การปรับตัวและการดูแลตนเองตามความจำเป็นของการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ สิ่งเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อปัญหาทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจที่กล่าวมาข้างต้นนั้นถือว่าเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังทั้งสิ้น การจัดการผลกระทบที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสมจึงเป็นการคงไว้ซึ่งสุขภาพและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ผลกระทบทางด้านร่างกายที่พบในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ความผิดปกติของภาวะโภชนาการและการเผาผลาญอาหาร การพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ มีข้อจำกัดในการมี

เพศสัมพันธ์ มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าลดลง และมีความสามารถในการรับรู้และการดูแลตนเองลดลง เป็นต้น ผลกระทบด้านจิตใจที่พบในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ได้แก่ ความเครียด วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เป็นต้น ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจที่พบในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ได้แก่ มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ทางสังคม แยกตัวจากสังคม ต้องพึ่งพาผู้อื่น ต้องการแหล่งสนับสนุนช่วยเหลืออื่นจากสังคม และมีการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น เป็นต้น (วารสารณ์ นาครัตน์, 2533; พิกุล บุญช่วง, 2541)

จากผลกระทบที่กล่าวมาข้างต้นนั้นจึงทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง มีภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในสังคมลดลง แยกตัวจากสังคมหรือมีความต้องการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น เกิดการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ทางสังคมตามมา ประกอบกับการที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นได้ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และกลัวตายมากขึ้น (พิกุล บุญช่วง, 2541) โดยผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังนี้จะประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนั้นว่าเป็นอันตรายที่คุกคามต่อชีวิต ส่งผลต่อการตัดสินใจปัญหาเพื่อจัดการกับความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการปรับตัวที่เหมาะสมกับเหตุการณ์ความเจ็บป่วยนั้นมากที่สุด แต่เนื่องจากการปรับตัวของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังนั้นทำได้อย่างยากลำบาก และมักจะมีผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ สังคม และพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างมาก จึงพบว่ามีผู้ป่วยที่ไม่สามารถปรับตัวได้หรือมีการปรับตัวได้ไม่ดีเท่าที่ควร จากการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในทุกระยะของการดำเนินโรค และอาจเป็นเหตุการณ์ความเจ็บป่วยใหม่ที่ผู้ป่วยไม่เคยเผชิญมาก่อน(พิกุล บุญช่วง, 2541) ทำให้ผู้ป่วยยังคงมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ เมื่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานและไม่ได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยจะเกิดความทุกข์กาย ทุกข์ใจ มีความเครียดและวิตกกังวล ไม่แจ่มใส ขาดความกระตือรือร้นในการเผชิญปัญหาและการปรับตัว เกิดความชินชาและเบื่อหน่าย จนผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ประกอบกับการดำเนินโรคที่ดำเนินไปสู่ระยะสุดท้ายของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2553)

สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางจิตใจที่สำคัญที่พบได้มากและมีความสัมพันธ์กับอาการทางกายในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (Ramamany et al., 2007) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในต่างประเทศ มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 24-40 (Viola et al., 2001) ในประเทศไทยมีการศึกษาของรัตติยา ทองอ่อน ในปี.ศ.2554 พบผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 49.2 และหากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้ม

เหลวเรื้อรังต้องเข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยจะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้เพิ่มขึ้นอีกด้วย (Viola et al., 2001)

ภาวะซึมเศร้าโดยทั่วไปหมายถึง ภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้าใจ ท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง สามารถแสดงออกได้ทั้งทางด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และร่างกาย เป็นภาวะที่เกิดขึ้นเป็นเวลานานมากกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป และมีผลกระทบต่อหน้าที่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและบทบาททางสังคม (กรมสุขภาพจิต, 2557) ซึ่งผู้ป่วยโรคเรื้อรังชนิดต่างๆอาจที่มีภาวะซึมเศร้าอาจมีลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันได้ แต่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังนั้นพบว่าเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยมักจะมีความรู้สึกอ่อนแอ มีความสามารถในการรู้คิดเกี่ยวกับการดูแลและจัดการอาการตนเองลดลง จนไม่สามารถที่จะตอบสนองต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและมีบทบาทหน้าที่ทางสังคมได้ตามปกติ มีข้อจำกัดทางสังคม แยกตัว ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (Nancy et al., 2004) ส่งผลต่อประสิทธิภาพดูแลตนเอง การจัดการอาการ และการปรับตัวของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังจะส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและพฤติกรรมของผู้ป่วย และเป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพด้านอื่นๆของผู้ป่วยด้วย หากไม่ได้รับการจัดการหรือป้องกันภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีความทุกข์ทรมาน มีภาวะแทรกซ้อนของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมากขึ้น มีการดำเนินโรคที่เลวลง เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต เพิ่มโอกาสในการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ไม่สามารถกลับไปดำเนินชีวิตที่บ้านได้ตามปกติ และมีคุณภาพชีวิตลดลง (Jeffrey & Barry, 2006; Louise Smith, 2010)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจ ได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม ปัจจัยด้านชีวเคมี ปัจจัยด้านจิตใจ ปัจจัยด้านการรู้คิด และปัจจัยทางสังคม เช่น การมีประวัติครอบครัวมีภาวะซึมเศร้าหรือมีโรคที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้ามาก่อน การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนบางตัวในร่างกาย การเสียสมดุลของระดับสารเคมีในสมอง ความเครียด ความวิตกกังวลจากการเปลี่ยนแปลงอาการและการดำเนินโรค ความสับสนในการรับรู้ข้อมูล การขาดทักษะในการคิดวิเคราะห์ การขาดข้อมูลทางสุขภาพ และการขาดแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น (จันทร์เพ็ญ สมโน, 2551; จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์, 2555; Mishel, 1988; Chen et al., 2014) จึงกล่าวได้ว่าภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจอาจเกิดขึ้นได้จากสาเหตุที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

แม้ว่าที่ผ่านมาได้มีการศึกษาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจอย่างแพร่หลาย แต่พบว่าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อย ผู้วิจัยจึงตระหนักว่าการศึกษาภาวะ

ซึมเศร้า และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังนั้นเป็นสิ่งที่สำคัญ เนื่องจากภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังนั้นเป็นปัญหาทางจิตใจที่พบได้มากที่สุด และมีผลกระทบต่ออาการดำเนินโรคของผู้ป่วย ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่กระทบต่อความปลอดภัยในชีวิต ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง หากพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นอย่างถ่องแท้ จะช่วยให้สามารถวางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนสามารถจัดการปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ และป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้

การจัดการภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ (National Institute of Mental Health, 2011) และสามารถลดภาวะแทรกซ้อนของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่อาจเกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าได้อีกด้วย พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการป้องกันและจัดการภาวะซึมเศร้าเพื่อลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ มีบทบาทหน้าที่ทางสังคมอย่างเหมาะสม ลดการพึ่งพาผู้อื่น และเพิ่มคุณภาพชีวิตตนเองให้ดีขึ้น ซึ่งถือเป็นเป้าหมายที่สำคัญในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (Ekman, Cleland, Andersson, & Swedberg, 2005)

ผู้วิจัยจึงสนใจนำทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของ Mishel (1988) มาเป็นกรอบในการศึกษาวิจัย โดยทฤษฎีนี้อธิบายว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย คือ การที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำนายหรือคาดเดาเหตุการณ์ความเจ็บป่วย แนวทางการรักษา ผลการรักษา และการดำเนินโรคของตนเองได้ ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยขึ้น ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในตัวบุคคล ขัดขวางการใช้สติปัญญาและการแสดงออก และทำให้ผู้ป่วยประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยนี้ว่าเป็นอันตราย ก่อให้เกิดความคิดอย่างไม่มีเหตุผลในการปรับตัวต่อสถานการณ์ความเจ็บป่วยนั้น (Mishel, 1988) องค์ประกอบภายในทฤษฎี ประกอบด้วย เหตุุนำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย และการปรับตัว

การปรับตัวที่เกิดขึ้นตามทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง พฤติกรรมเฉพาะบุคคลที่แสดงออกมาทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วยแต่ละบุคคล และมีความแตกต่างไปจากพฤติกรรมตามปกติที่เป็นอยู่ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีงานนำทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมาเป็นกรอบแนวคิดการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังเป็นจำนวนมาก เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็ง และผู้ป่วยโรคหัวใจ เป็นต้น (Hilton, 1988) การปรับตัวจึงเป็นผลลัพธ์สุดท้ายตามทฤษฎีที่เกิดขึ้นหลังจากที่ผู้ป่วยเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ซึ่งการปรับตัวที่เกิดขึ้นสามารถเป็นได้ทั้งทางบวกและทางลบ (Detprapon, 2009) จากการศึกษาของ Detprapon และคณะ (2009) ได้ทดสอบทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพื่อ



ทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ได้กำหนดให้ผลลัพธ์สุดท้ายตามทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นการปรับตัว โดยใช้ตัวแปรคุณภาพชีวิต เป็นตัวแทนของการปรับตัวทางบวก และภาวะซึมเศร้าเป็นตัวแทนของการปรับตัวทางลบ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ผกามาศ อ่อนขาว และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2553) ที่กำหนดให้การปรับตัวทางลบ คือ ภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ยังมีการศึกษาจำนวนมากพบว่า การปรับตัวด้านลบตามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย จะส่งผลให้เกิดผลกระทบทางจิตใจแก่ผู้ป่วย ซึ่งได้แก่ ความเครียด วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกสิ้นหวัง หรือโรคทางจิตเภทอื่นๆ เป็นต้น (Donald & Janet, 2010)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกปัจจัยที่สอดคล้องกับทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและคาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเป็นตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ซึ่งได้แก่ อาการหายใจลำบาก ความแตกฉานทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และภาวะซึมเศร้า

### คำถามการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเป็นอย่างไร
2. อาการหายใจลำบาก ความแตกฉานทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้หรือไม่ อย่างไร

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของอาการหายใจลำบาก ความแตกฉานทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

### แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังจะไม่สามารถทำนายหรือคาดเดาเหตุการณ์ความเจ็บป่วย การรักษา ผลการรักษาและการดำเนินโรคของตนเองได้ ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยขึ้น ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในตัวบุคคล ขัดขวางการใช้สติปัญญาและการแสดงออก และทำให้ผู้ป่วยประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยนี้เป็นอันตราย ก่อให้เกิดความคิดอย่างไม่ดีไม่มีเหตุผลในการปรับตัวต่อสถานการณ์ความเจ็บป่วยนั้น (Mishel, 1988) หากผู้ป่วยการปรับตัวได้

ไม่ดีจะก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ป่วย ได้แก่ ความเครียด วิตกกังวล ความรู้สึกสิ้นหวัง ภาวะซึมเศร้า หรือโรคทางจิตเภทอื่นๆ เป็นต้น (Donald and Janet, 2010)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของ Mishel (1988) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย โดยทฤษฎีนี้อธิบายว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย คือ การที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำนายหรือคาดเดาเหตุการณ์ความเจ็บป่วย การรักษา ผลการรักษา และการดำเนินโรคของตนเองได้ ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยขึ้น ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในตัวบุคคล ขัดขวางการใช้สติปัญญาและการแสดงออก และทำให้ผู้ป่วยประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยนี้ว่าเป็นอันตราย ก่อให้เกิดความคิดอย่างไม่มีเหตุผลในการปรับตัวต่อสถานการณ์ความเจ็บป่วยนั้น (Mishel, 1988) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวที่ไม่ดี มีผลกระทบต่อทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและพฤติกรรมของผู้ป่วย และส่งผลต่อปัญหาสุขภาพด้านอื่นๆตามมา ซึ่งผลกระทบทางด้านจิตใจที่สำคัญของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง คือ ภาวะซึมเศร้า (Ramasamy et al., 2007)

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าวร่วมด้วยจะมีผลกระทบต่อทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและพฤติกรรมของผู้ป่วย และส่งผลต่อปัญหาสุขภาพด้านอื่นๆตามมา หากไม่ได้รับการจัดการภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีความทุกข์ทรมาน มีภาวะแทรกซ้อนของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมากขึ้น มีการดำเนินโรคที่เลวลง เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต เพิ่มโอกาสในการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ไม่สามารถกลับไปดำเนินชีวิตที่บ้านได้ตามปกติ และมีคุณภาพชีวิตลดลง (Jeffrey & Barry, 2006; Louise Smith, 2010)

หากไม่ได้รับการจัดการภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีความทุกข์ทรมาน มีภาวะแทรกซ้อนของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมากขึ้น มีการดำเนินโรคที่เลวลง เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต เพิ่มโอกาสในการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ไม่สามารถกลับไปดำเนินชีวิตที่บ้านได้ตามปกติ และมีคุณภาพชีวิตลดลง (Jeffrey & Barry, 2006; Louise Smith, 2010)

ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของ Mishel (1988) มีองค์ประกอบภายในทฤษฎีประกอบด้วย เหตุการณ์ให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย และการปรับตัว โดยเหตุการณ์ให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ได้แก่

1) สิ่งกระตุ้น (Stimuli frame) ได้แก่ แบบแผนอาการแสดงความเจ็บป่วย (Symptom pattern) ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ความเจ็บป่วย (Event familiarity) และความสอดคล้องกับเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่คาดหวังกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง (Event congruency)

2) ความสามารถในการรู้คิด (Cognitive capacity) ได้แก่ สถิติปัญญา ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ ความสามารถในการแปลข้อมูลที่ได้รับ เพื่อพิจารณาตัดสินความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

3) แหล่งประโยชน์ที่สนับสนุน (Structure providers) ได้แก่ อำนาจที่น่าเชื่อถือของบุคลากรทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และการศึกษา

Mishel (1988) กล่าวไว้ว่า การปรับตัวที่เกิดขึ้นตามทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง พฤติกรรมเฉพาะบุคคลที่แสดงออกมาทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย แต่ละบุคคล และมีความแตกต่างไปจากพฤติกรรมตามปกติที่เป็นอยู่ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการนำทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมาเป็นกรอบแนวคิดการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังเป็นจำนวนมาก ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็ง และผู้ป่วยโรคหัวใจ เป็นต้น (Hilton, 1988) การปรับตัวเป็นผลลัพธ์สุดท้ายตามทฤษฎีที่เกิดขึ้นภายหลังจากที่ผู้ป่วยเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ซึ่งการปรับตัวที่เกิดขึ้นสามารถเป็นได้ทั้งทางบวกและทางลบ (Detprapon, 2009) จากการศึกษาของ Detprapon และคณะ (2009) ได้ทดสอบทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพื่อทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ได้กำหนดให้ผลลัพธ์สุดท้ายตามทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นการปรับตัว โดยใช้ตัวแปรคุณภาพชีวิตเป็นตัวแทนของการปรับตัวทางบวก และภาวะซึมเศร้าเป็นตัวแทนของการปรับตัวทางลบ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ผกามาศ อ่อนขาว และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2553) ที่กำหนดให้การปรับตัวทางลบ คือ ภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ยังมีการศึกษาจำนวนมากพบว่า การปรับตัวด้านลบตามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย จะส่งผลให้เกิดผลกระทบทางจิตใจแก่ผู้ป่วย ซึ่งได้แก่ ความเครียด วิดกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกสิ้นหวัง หรือโรคทางจิตเภทอื่นๆ เป็นต้น (Donald & Janet, 2010)

จากแนวคิดทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) พบว่าการที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆอยู่ตลอดเวลาการดำเนินโรคดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถคาดเดาอาการและความรุนแรงของอาการได้ ผู้ป่วยจึงไม่สามารถทำนายได้ว่าอาการที่เกิดขึ้น จะส่งผลกระทบต่อตนเองมากน้อยเพียงใด ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ข้อมูลทางสุขภาพในการคิดวิเคราะห์เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น และสามารถนำข้อมูลทางสุขภาพที่มีนั้นมาจัดการอาการ เพื่อลดความรุนแรงของอาการหรือจัดการอาการเหล่านั้นให้หมดไป โดยอาจจะต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่นหรือแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่นๆในการจัดการอาการเหล่านี้ด้วย จากสาเหตุดังกล่าวนี้จึงทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าเป็นอันตรายต่อชีวิตของตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากมีทัศนคติด้านลบต่อเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวไม่ดี ส่งผลกระทบต่อ

ผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และพฤติกรรมที่แสดงออก ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวล รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง จนเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าตามมา และภาวะซึมเศร้านี้จะส่งผลกระทบต่อกลับไปยังร่างกาย จิตใจ สังคมของผู้ป่วยเป็นวงจรไม่จบสิ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ มีการดำเนินโรคที่ไม่ดี และมีคุณภาพชีวิตลดลง ภาวะซึมเศร้าถือเป็นผลกระทบด้านจิตใจที่เกิดจากการปรับตัวด้านลบของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง หลังจากที่มีผู้ป่วยมีการเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่ไม่เหมาะสมตามทฤษฎี

ผู้วิจัยจึงได้เลือกปัจจัยที่มีความสอดคล้องกับทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และคาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเป็นตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ซึ่งประกอบด้วย ตัวแปรต้น ได้แก่ อาการหายใจลำบาก ความแตกฉานทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และตัวแปรตาม ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า โดยกำหนดให้อาการหายใจลำบากเป็นตัวแทนของสิ่งกระตุ้น ในส่วนของแบบแผนอาการแสดงความเจ็บป่วย (Symptom pattern) เนื่องจากอาการหายใจลำบากเป็นอาการที่มีระดับความรุนแรงแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล สามารถวัดและประเมินระดับความรุนแรงของอาการได้ ประกอบกับเป็นตัวแปรที่สามารถจัดกระทำได้ตามบทบาทของพยาบาล ส่วนด้านความสามารถในการรู้คิด (Cognitive Capacity) ผู้วิจัยได้กำหนดให้ความแตกฉานทางสุขภาพเป็นตัวแทนของความสามารถในการรู้คิดตามทฤษฎีนี้ เนื่องจากความแตกฉานทางสุขภาพ หมายถึง ทักษะทางสังคม และปัญญา ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลเพื่อที่สามารถเข้าใจ เข้าถึง ข้อมูลทางสุขภาพที่ได้รับจากบุคลากรทางสุขภาพ และทักษะความสามารถของบุคคลในนำความรู้หรือข้อมูลที่ได้รับ เพื่อส่งเสริมและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีของบุคคล (WHO, 1998) และด้านแหล่งประโชชน์ที่สนับสนุน (Structure Provider) ผู้วิจัยได้กำหนดให้แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแทนของแหล่งประโยชน์ที่สนับสนุน ในส่วนของแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ตามทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้กำหนดให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นอีกหนึ่งตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัย โดยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนี้ให้หมายถึงความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และกำหนดให้ภาวะซึมเศร้าเป็นตัวแทนของการปรับตัวทางลบของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่เกิดขึ้นหลังจากขั้นตอนการเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยตามทฤษฎี ซึ่งตัวแปรอาการหายใจลำบาก ความแตกฉานทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรังดังนี้

**1. อาการหายใจลำบาก** เป็นอาการที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังต้องเผชิญอยู่เสมอ และเป็นอาการที่พบได้มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 88 (Parshall et al., 2001) อาการหายใจลำบากอาจเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันโดยที่ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะคาดการณ์ล่วงหน้าได้ อาการดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และประเมินอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นนี้ว่าเป็นอันตรายต่อชีวิตของตนเอง ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายใจ เกิดความทุกข์ทรมาน ไม่สบายใจ เกิดความวิตกกังวลและกลัวตาย (พิกุล บุญช่วง, 2541) มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง จึงทำให้ผู้ป่วยจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องหาวิธีเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจากอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้น ส่งผลต่อการจัดการอาการและการปรับตัวของผู้ป่วยเอง หากผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้ อาการหายใจลำบากยังคงดำเนินไปอย่างต่อเนื่องไม่ได้รับการจัดการ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าอาการความเจ็บป่วยของตนเองนั้นหมดหนทางช่วยเหลือ ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง ส่งผลต่อภาวะสุขภาพร่างกายและจิตใจทั้งในระยะสั้นและระยะยาว และจะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (Ramasamy et al., 2006; สารนิติ บุญประสพ, 2555) สอดคล้องกับการศึกษาของ มลฤดี บุราณ (2548) ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำนวน 150 คน พบว่า อาการหายใจลำบากมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .43$ )

**2. ความแตกฉานทางสุขภาพ** หมายถึง ทักษะความสามารถในการอ่าน การคิดวิเคราะห์ การเข้าใจและเข้าถึงข้อมูลที่ได้รับจากบุคลากรทางสุขภาพและทักษะความสามารถของบุคคลในนำความรู้หรือข้อมูลที่ได้รับ ไปใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การจัดการอาการ และการดูแลตนเอง รวมทั้งทักษะความสามารถในการใช้บริการระบบบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวได้อย่างเหมาะสมตามเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ประกอบด้วยทักษะ 2 ด้าน ได้แก่ 1) ทักษะด้านการรู้คิดทางปัญญา (cognitive skill) ได้แก่ การอ่านและคำนวณตัวเลข เช่น ทักษะการอ่านการคำนวณตัวเลข ความเข้าใจ การแปลความ การตีความ การขยายความความสามารถในการใช้ข้อมูลในการตัดสินใจ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ กระบวนการเลือกทางใดทางหนึ่งจากข้อมูลทางสุขภาพที่ได้รับประกอบกับความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่ เป็นต้น 2) ทักษะทางสังคม (Social skill) ได้แก่ ทักษะการแก้ปัญหาทักษะการปรับตัว ทักษะการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพ ทักษะการตระหนักในตนเอง ทักษะเพื่อการได้มาซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคม และทักษะการแสวงหาข้อมูลข่าวสาร เป็นต้น โดยความแตกฉานทางสุขภาพสามารถแบ่งได้ 3 ระดับ ได้แก่ 1) ความแตกฉานทางสุขภาพระดับพื้นฐานหรือบทบาทหน้าที่ (Basic/Functional health literacy) 2) ความแตกฉานทางสุขภาพระดับที่สามารถสื่อสารหรือสามารถมีปฏิสัมพันธ์ได้ (Communication/Interactive health literacy) และ 3) ความแตกฉานทางสุขภาพระดับที่สามารถคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical health literacy)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังยังมีความแตกฉานทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 47.1) (วนิดา หาจักร, 2556) เนื่องจากผู้ป่วยมีความสามารถในการอ่าน การคิดวิเคราะห์ การเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพที่ได้รับจากบุคลากรทางสุขภาพ และความสามารถในการนำข้อมูลทางสุขภาพ ไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ไม่เพียงพอ ต่อการจัดการอาการ และการดูแลตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยไม่มีความมั่นใจในการดูแลตนเอง ไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นได้ ทำให้ไม่สามารถประเมินได้ว่าเหตุการณ์ความเจ็บป่วยนั้นจะก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด การที่ผู้ป่วยมีกระบวนการคิดการตัดสินใจที่ไม่มีประสิทธิภาพ และเลือกวิธีเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไม่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวที่ไม่ดีหรือมีการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Chen et al., 2014; Mishel, 1988) ผู้ป่วยยังคงมีความไม่สบายใจ เครียดและวิตกกังวลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาาน หากไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง กระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ และสังคม เกิดเป็นภาวะซึมเศร้าตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทภัก ชนะพันธ์ และคณะ (2556) และการศึกษาของ Viola และคณะ (2001) ที่พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีระดับความแตกฉานทางสุขภาพต่ำจึงมีแนวโน้มที่จะต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลได้มากกว่า และมีความสามารถในการป้องกันและดูแลสุขภาพได้น้อยกว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีระดับความแตกฉานทางสุขภาพที่สูงกว่าและก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าอีกด้วย และการศึกษาของDeWalt และคณะ (2004) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีความแตกฉานทางสุขภาพไม่เพียงพอ จะก่อให้เกิดการดูแลตนเองลดลง ภาวะสุขภาพแย่ง วิตกกังวล และเกิดภาวะซึมเศร้าได้

**3. แรงสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับความรู้สึกรักใคร่ ผูกพัน ไว้วางใจ และได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคคลใกล้ชิด หรือบุคคลอื่นในสังคมในด้านต่างๆ ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณค่าได้รับการเอาใจใส่ดูแลและรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมนี้อาจหมายรวมถึง บุคลากรทางสุขภาพ คำสอนหรือตัวแทนของศาสนาที่ผู้ป่วยนับถืออีกด้วย (จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์, 2555) ผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล และส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม แรงสนับสนุนทางสังคมจึงมีความสำคัญต่อการป้องกันความเครียด ความวิตกกังวล และส่งเสริมการหายจากภาวะซึมเศร้าได้ (นันทภัก ชนะพันธ์ และคณะ, 2556) ดังนั้นหากผู้ป่วยมีแรงสนับสนุนทางสังคมไม่เพียงพอจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย รู้สึกขาดที่พึ่ง ขาดแหล่งช่วยเหลือสนับสนุน ทำให้ไม่สามารถเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยจะมีความเครียดและวิตกกังวลจากเหตุการณ์ความเจ็บป่วยของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่ยังดำเนินอยู่ เกิดความท้อแท้ สิ้นหวัง เบื่อหน่าย เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (จันทร์เพ็ญ สมโน, 2551) สอดคล้อง

กับการศึกษาของ Ormel et al., (1998) พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในทางบวก จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกอ้างว้างและมีภาวะซึมเศร้าลดลง ส่วนการมีการสนับสนุนทางสังคมในทางลบในระดับสูงจะมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระดับสูงด้วย และการศึกษาของสุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์ (2555) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของมลฤดี บุราณ (2548) ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำนวน 150 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.44$ )

**4. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย** หมายถึง การที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังไม่สามารถแยกแยะความเจ็บป่วยได้ชัดเจน ไม่สามารถคาดเดาหรือทำนายการกำเริบของอาการ ระดับความรุนแรงของอาการต่างๆ และผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับชีวิตของตนเองได้ จากการดำเนินโรคที่มีอย่างต่อเนื่อง และการกำเริบของอาการทั้งระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนี้จะก่อให้เกิดความคลุมเครือในการประเมินอาการ มีผลต่อการคิดวิเคราะห์และตัดสินใจเพื่อเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ส่งผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วย (ช่อผกา พิษพันธ์ไพศาล และคณะ, 2544) ถ้าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนี้มีมากจะทำให้ผู้ป่วยมองเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่คุกคามชีวิต ทำให้ผู้ป่วยทำนายผลลัพธ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นไปในทางที่เป็นอันตราย (Hilton, 1988) ทำให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ไม่ดี และยังคงมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา ส่งผลกระทบทางสุขภาพร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยจะรู้สึกเครียดและวิตกกังวลอยู่ตลอดเวลา เกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง จนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (ผกามาศ อ่อนขาว และสุนิดา ปรีชาวงษ์, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาของ Mishel & Clayton (2003) ที่พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย คือ การที่บุคคลไม่สามารถให้ความหมายของเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยได้ โดยจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถตัดสินใจเหตุการณ์ความเจ็บป่วยหรือไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วย ทำให้มีผลต่อการปรับตัว หากปรับตัวได้จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่หากปรับตัวไม่ได้จะเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ Eastwood และคณะ (2008) ได้ศึกษาผลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่อภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยภายหลังได้รับการฉีดยาหลอดเลือดหัวใจ 1 ปี ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงจะมีภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง ซึ่งความรู้สึกไม่แน่นอนและภาวะเครียดที่เกิดขึ้นนั้นสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 54

### สมมติฐานการวิจัย

1. อาการหายใจลำบาก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
2. ความแตกฉานทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
3. แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
4. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
5. อาการหายใจลำบาก ความแตกฉานทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย (Descriptive predictive research) เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และเพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของอาการหายใจลำบาก ความแตกฉานทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก ระบบโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย คือ อาการหายใจลำบาก ความแตกฉานทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และภาวะซึมเศร้า

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**ภาวะซึมเศร้า** หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังด้านจิตใจที่เป็นผลจากการดำเนินโรคของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ที่แสดงออกทางอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และร่างกายของผู้ป่วย ได้แก่ ความรู้สึกเศร้า หม่นหมอง เบื่อหน่ายสิ่งรอบตัว แยกตัว เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ท้อแท้ ลึนหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า โดยผู้ป่วยมีความรู้สึกเหล่านี้เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 สัปดาห์



ประเมินโดยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiologic studies-Depression Scale (CES-D) ของ Radioff (1977) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย ธวัชชัย วรพงศธร และคณะ (2533)

**ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย** หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่เกิดขึ้น เมื่อตกในเหตุการณ์การเจ็บป่วยที่ไม่คุ้นเคย คลุมเครือ ไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถให้ความหมายหรือคำอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาที่ตนเองประสบได้ ทำให้ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองต่อไปในอนาคตได้ เป็นความรู้สึก 4 ด้าน คือ 1) ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา 2) ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการสุขภาพ 3) ด้านการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ไม่สอดคล้องกับข้อมูลเดิม หรือมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย และ 4) ด้านการไม่สามารถทำนายระยะเวลาการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค

ประเมินโดยแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel ฉบับชุมชน (The Mishel Uncertainty in Illness Scale-Community Form: MUIS-C) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย บุชบา สมใจวงษ์ (2552)

**อาการหายใจลำบาก** หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับการหายใจที่ไม่สุขสบายของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยในช่วงระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประกอบด้วย การรับรู้ 4 ด้าน คือ ด้านความรุนแรง ด้านระยะเวลา ด้านความทุกข์ทรมาน และด้านคุณลักษณะของอาการหายใจลำบาก อาจมีอาการขณะพักหรือขณะทำกิจกรรมต่างๆ เช่น รู้สึกหายใจไม่ทัน รู้สึกหายใจไม่อิ่ม รู้สึกแน่นในอกเมื่อหายใจ หายใจถี่ขึ้น หรือรู้สึกต้องออกแรงในการหายใจมากขึ้น เป็นต้น

ประเมินโดยใช้ แบบประเมินอาการหายใจลำบากตามแนวคิด Theory of Unpleasant symptom ของ Lenz และคณะ ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยและพัฒนาขึ้นโดย ภัทรพร เขียวหวาน และชนกพร จิตตปัญญา (2548)

**ความแตกฉานทางสุขภาพ** หมายถึง ความสามารถและทักษะเกี่ยวกับทักษะพื้นฐานในการฟัง พูด อ่าน เขียนที่จำเป็นต่อการเข้าใจและการนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน สะท้อนถึงรูปแบบสุขภาพศึกษาแบบดั้งเดิม เป็นการสื่อสารข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ การเลือกใช้บริการสุขภาพ โดยมีเป้าหมายในการเพิ่มความรู้ทางสุขภาพที่จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อบุคคล ได้แก่ การรับบริการทางสุขภาพก่อนและหลังพบแพทย์ การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับเรื่องยา การทำกิจกรรม การรับประทานอาหาร และการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ เป็นต้น ถือเป็นระดับของความแตกฉานทางสุขภาพขั้นที่ 1 จากระดับความแตกฉานทางสุขภาพทั้งหมด 3 ระดับ

ประเมินโดยใช้แบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่ประยุกต์ขึ้นจากเครื่องมือ Short-Test of Functional Health Literacy in Adult:

Short-TOFHLA/ S-TOFHLA ตามแนวคิดของ Parker และคณะ (1995) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย และพัฒนาขึ้นโดย วนิดา หาจักร (2556)

**แรงสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง การที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้รับความรู้สึกรักใคร่ ผูกพัน ไว้วางใจ และได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคคลใกล้ชิด ที่ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งบุคคลใกล้ชิดในที่นี้หมายถึง บุคคลอื่นๆที่นอกเหนือจากบุคคลในครอบครัว และเพื่อน

ประเมินโดยใช้แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ ( Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) ที่ถูกพัฒนาขึ้นโดย Zimet, Dahlem และ Farley (1988) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย ณหทัย วงศ์ปการณีย์ (2555)

**ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง หรือมีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวแบบค่อยเป็นค่อยไป และรักษาไม่หายขาดแม้ว่าจะเคยได้รับการรักษามาแล้วเป็นระยะเวลามากกว่า 1 เดือน โดยเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มารับการรักษาที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกระบบโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพิ่มองค์ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์และอิทธิพลของอาการหายใจลำบาก ความแตกฉานทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
2. สามารถนำผลการวิจัยมาพัฒนาแนวทางในวางแผนการพยาบาล เพื่อให้สามารถจัดการและป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้อย่างเหมาะสม และการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย (Descriptive predictive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และเพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของอาการหายใจลำบาก ความแตกฉานทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปไว้ดังนี้

1. ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
  - 1.1 ความหมาย
  - 1.2 สาเหตุ
  - 1.3 ชนิดของภาวะหัวใจล้มเหลว
  - 1.4 อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว
  - 1.5 ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว
  - 1.6 การรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
  - 1.7 ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
2. ภาวะซึมเศร้า
  - 2.1 ความหมาย
  - 2.2 สาเหตุ
  - 2.3 อาการของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า
  - 2.4 ผลกระทบ
  - 2.5 ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
  - 2.6 การประเมินภาวะซึมเศร้า
3. แนวคิดทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988)
  - 3.1 ความหมาย
  - 3.2 ประเภทความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยตามทัศนะ
  - 3.3 องค์ประกอบสำคัญของทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
  - 3.4 การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของMishel (1988)

4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซีมีเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
  - 4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการหายใจลำบากกับภาวะซีมีเศร้า
  - 4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานทางสุขภาพกับภาวะซีมีเศร้า
  - 4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซีมีเศร้า
5. บทบาทของพยาบาลในการจัดการภาวะซีมีเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดการวิจัย

## 1. ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

### 1.1 ความหมาย

ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง หมายถึง ภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีการดำเนินโรคร้ายยาวนาน ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของหัวใจอย่างถาวร แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวให้มียาการดีขึ้นในระยะหนึ่ง แต่ผู้ป่วยยังอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวกลับมาเป็นซ้ำอีก ไม่หายขาด และมีการดำเนินโรคไปสู่ระยะสุดท้ายของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง (นราวุฒิ ประเสริฐวิทยาภิจ, 2012) ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างหรือการทำหน้าที่ของหัวใจ มีผลทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายหรือไม่สามารถคลายตัวรับเลือดเข้าสู่หัวใจได้อย่างเต็มที่ (Heart Failure Society of et al., 2010; Hunt et al., 2005; Jessup et al., 2009) ส่งผลให้มีการกระตุ้นระบบประสาทซิมพา-เทติกและมีการหลั่งสารสื่อประสาท ทำให้ระดับของ catecholamine ในกระแสเลือดสูงขึ้น เกิดการหดตัวของหลอดเลือดส่วนปลาย จึงทำให้ความดันของหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มมากขึ้น มีผลให้มีการเพิ่มสารต่างๆ ในระบบ renin-angiotensin-aldosterone และเพิ่มระดับ angiotensin II, vasopressin และ aldosterone ในกระแสเลือด ส่งผลต่อเนื่องให้เกิดการคั่งของน้ำและเกลือในร่างกายรวมทั้งในปอดและระบบไหลเวียนเลือด ตลอดจนการตอบสนองของกลไกต่างๆ เพื่อให้หัวใจยังคงทำหน้าที่สูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เพื่อเป็นกลไกสำรองของหัวใจ ได้แก่ การขยายตัวของห้องหัวใจ การหนาตัวของกล้ามเนื้อหัวใจอัตราการเต้นของหัวใจที่เพิ่มขึ้น เพิ่มปริมาณเลือดที่ถูกบีบออกจากหัวใจตามกฎของแฟรงก์สตาร์ลิง กลไกเหล่านี้มีข้อจำกัดเมื่อใช้กลไกไประดับหนึ่งโดยไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งขนาด รูปร่าง และการทำงานของหัวใจ ซึ่งมีลักษณะสำคัญ 3 ประการคือ กล้ามเนื้อหัวใจหนาตัว เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลาย และการเพิ่มขึ้นของพังผืดระหว่างเซลล์หัวใจ ส่งผลให้หัวใจไม่สามารถบีบตัวส่งเลือดออกจากหัวใจหรือคลายตัวรับเลือดเข้าสู่หัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน

หนึ่งนาทีลดลงและไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายไม่เพียงพอ ทั้งในช่วงออกกำลังกายหรือในขณะพัก ความทนในการทำกิจกรรมต่างๆลดลง และอาจมีอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก อ่อนเพลีย และบวมเกิดขึ้น (Dickstein et al., 2008)

## 1.2 สาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย (2551) และ Heart Failure Society of America (2010) ได้ระบุสาเหตุของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังว่าเกิดจากสาเหตุ 2 ประการ ได้แก่ สาเหตุพื้นฐานที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และสาเหตุชักนำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

**สาเหตุพื้นฐาน** (Underlying cause) อาจเป็นสาเหตุที่เป็นมาแต่กำเนิดหรือเกิดขึ้นภายหลังก็ได้ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

- 1) ภาวะที่หัวใจต้องรับภาระหนักอย่างผิดปกติ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง หัวใจพิการแต่กำเนิด โรคไตวาย โรคคลื่นหัวใจรั่ว หรือโรคคลื่นหัวใจบีบตัว
- 2) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจทำงานผิดปกติ ได้แก่ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย
- 3) ความจำกัดในการคลายตัวรับเลือดของเวนทริเคิล ได้แก่ โรคลิ้นไม่ถรัลหรือไตรคัสปีคตีบ ผู้ป่วยภาวะหัวใจถูกกดอย่างรุนแรงจากเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ

**สาเหตุชักนำ** (Precipitating cause) ภาวะหรือโรคที่ชักนำหรือกระตุ้นให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว สาเหตุชักนำนี้ทำให้ร่างกายและหัวใจต้องการออกซิเจนมากขึ้น จึงเพิ่มการทำงานของหัวใจและทำให้สมรรถภาพหัวใจลดลง ได้แก่ การติดเชื้อในร่างกาย ภาวะโลหิตจาง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ ได้แก่โรคเบาหวานโรคที่เกิดจากการทำงานผิดปกติของไทรอยด์ การหยุดหายใจขณะหลับ การดื่มสุราเรื้อรัง และสาเหตุอื่นๆ ที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม

## 1.3 ชนิดของภาวะหัวใจล้มเหลว

ปัจจุบันได้มีการแบ่งชนิดของภาวะหัวใจล้มเหลวออกเป็นหลายกลุ่มตามสาเหตุ และกลไกการเกิด เช่น แบ่งตามลักษณะการทำงานของหัวใจ แบ่งตามระยะเวลาการเกิดโรค แบ่งตามลักษณะการดำเนินโรค แบ่งตามปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาที เป็นต้น การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้แบ่งชนิดของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังตามกลไกการเกิดและลักษณะการดำเนินโรค มีรายละเอียดดังนี้ (นรารุณี ประเสริฐวิทยากิจ, 2555; อรินทยาพรหมินธิกุล, 2557)

### ชนิดของหัวใจล้มเหลวที่แบ่งตามการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ

- 1) Systolic heart failure หรือ heart failure with reduced EF (HFREF): เกิดร่วมกับการบีบตัวของหัวใจห้องซ้ายล่างลดลง โดยทั่วไปมีค่า LVEF ต่ำกว่าร้อยละ 40

2) Diastolic heart failure หรือ heart failure with preserved EF (HFPEF): เกิดร่วมกับการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายปกติ โดยทั่วไปมีค่า LVEF มากกว่าร้อยละ 40-50 มักเรียกภาวะหัวใจล้มเหลวชนิดนี้ว่า heart failure with preserved ejection fraction (HFPEF) หรือ heart failure with preserved systolic function (HFPSF)

#### **ชนิดของหัวใจล้มเหลวที่แบ่งตามอาการและอาการแสดงของหัวใจที่ผิดปกติ**

1) Left sided-heart failure: เป็นอาการของหัวใจล้มเหลวที่มีอาการหรืออาการแสดงที่เกิดจากความผิดปกติของหัวใจห้องล่างซ้ายหรือห้องบนซ้าย เช่น orthopnea หรือ paroxysmal nocturnal dyspnea เป็นต้น ซึ่งเกิดจากความดันในหัวใจห้องบนซ้ายหรือห้องล่างซ้ายสูงขึ้น

2) Right sided-heart failure: เป็นอาการของหัวใจล้มเหลวที่มีอาการหรืออาการแสดงที่เกิดจากปัญหาของหัวใจห้องล่างขวาหรือห้องบนขวา เช่น อาการบวม ตับโต เป็นต้น

#### **ชนิดของหัวใจล้มเหลวที่แบ่งตามลักษณะของปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาที**

1) High-output heart failure: คือ ภาวะที่อาการและอาการแสดงของหัวใจล้มเหลวเกิดจากการที่ร่างกายต้องการปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีมากกว่าปกติ โดยที่การทำงานของหัวใจอาจจะปกติได้ เช่น ผู้ป่วย ไทรอยด์เป็นพิษ ซีด ภาวะขาดวิตามินบี 1 เป็นต้น

2) Low-output heart failure: คือ ภาวะที่หัวใจบีบเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีได้น้อยลง (low cardiac output) จนเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น dilated cardiomyopathy เป็นต้น

#### **ชนิดของหัวใจล้มเหลวที่แบ่งตามเวลาการเกิดโรค**

1) Acute Heart Failure เป็นภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างเฉียบพลัน อาจเกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหรือลิ้นหัวใจเสียหายที่อย่างทันทีทันใด ทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติปรับตัวไม่ทัน เกิดภาวะเลือดและน้ำคั่งในปอดและบวม การไหลเวียนเลือดล้มเหลวทันที สามารถแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลวที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ไม่เคยมีประวัติมาก่อน ผู้ป่วยอาจมีประวัติเป็นโรคหัวใจหรือมีพยาธิสภาพของหัวใจ และภาวะหัวใจล้มเหลวชนิดเรื้อรังที่กลไกภายในร่างกายไม่สามารถชดเชยให้เลือดไปเลี้ยงร่างกายได้อย่างเพียงพอทำให้เกิดอาการกำเริบรุนแรงเฉียบพลัน ซึ่งในบางสาเหตุเมื่อรักษาหายแล้วอาจทำให้การทำงานของหัวใจกลับคืนสู่ภาวะปกติได้ เช่น การติดเชื้อไวรัสที่กล้ามเนื้อหัวใจ เป็นต้น

2) Chronic Heart Failure อาการภาวะหัวใจล้มเหลวจะเกิดขึ้นซ้ำๆ และบ่อยๆซ้ำๆ จนทำให้กลไกการปรับตัวและการทำงานของหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการค่อนข้างคงที่ หรือมีอาการต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวให้มีอาการดีขึ้นในระยะหนึ่ง แต่ผู้ป่วยยังอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวกลับมาเป็นซ้ำอีก ไม่หายขาดและมีการดำเนินโรคไปสู่ระยะสุดท้ายของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง พบได้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคลิ้นหัวใจ และความดันโลหิตสูง

#### 1.4 อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง แบ่งตามลักษณะการทำงานของหัวใจที่ล้มเหลวได้ดังนี้ (ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล, 2549)

1. ภาวะหัวใจซีกซ้ายล้มเหลว (Left-sided Heart Failure) เมื่อเกิดพยาธิสภาพของหัวใจทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายต้องออกแรงต้านในการบีบเลือดออกจากหัวใจเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้ปริมาณเลือดเพียงพอกับความต้องการของเนื้อเยื่อในร่างกาย ภายหลังกลไกชดเชยดำเนินต่อไปโดยไม่ได้รับการแก้ไข สุดท้ายหัวใจจะไม่สามารถชดเชยการทำงานได้ตามปกติ ทำให้เลือดสะสมอยู่ในห้องหัวใจห้องล่างซ้ายมากขึ้นไหลย้อนกลับสู่หัวใจห้องบนซ้าย ผ่านไปยังปอดและเส้นเลือดฝอยที่ปอด ทำให้ความดันในปอดสูงขึ้น โซเดียมและน้ำออกสู่ช่องว่างระหว่างเซลล์ เกิดน้ำคั่งในปอดมากขึ้น ระบายกลไกควบคุมการหายใจจนทำให้การหายใจผิดปกติ ส่งผลให้เกิดอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจซีกซ้ายล้มเหลว ดังนี้

1) อาการหายใจลำบาก (Dyspnea) เป็นประสบการณ์ความรู้สึกอึดอัดหรือหายใจไม่เพียงพอ ไม่สุขสบายในการหายใจ เปรียบได้กับความรู้สึกหิวกระหายอากาศ เกิดจากการปรับตัวของร่างกายเพื่อรักษาสสมดุลเมื่อเกิดพยาธิสภาพที่ปอดและหัวใจ (Huang et al., 2008) เป็นอาการที่พบบ่อยมากที่สุด เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่ห้องฉุกเฉินและเป็นสาเหตุการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ได้แก่ อาการหายใจลำบากเมื่อออกแรง (dyspnea on exertion) อาการหายใจลำบากในท่านอนราบ (Orthopnea) และอาการหายใจลำบากเป็นพักๆเวลากลางคืน (Paroxysmal nocturnal dyspnea)

2) ภาวะน้ำท่วมปอดเฉียบพลัน (acute pulmonary edema) เกิดจากอาการเพิ่มขึ้นของความดันในหลอดเลือดดำของปอดร่วมกับหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลว เมื่อสารน้ำเข้าไปในถุงลมปอด การแลกเปลี่ยนก๊าซจะถูกขัดขวางร่วมกับการที่ปอดยืดขยายได้ไม่ดี จากการศึกษาพบว่าภาวะปอดบวมน้ำอาจเกิดขึ้นขณะพักหรือเกิดจากการออกแรงเพิ่มขึ้นทันทีทันใดพบร้อยละ 3 ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Gheorghide & Pang, 2009) อาการเหนื่อยหอบมักเกิดร่วมกับมีเสมหะเป็นฟองหรือมีสีชมพูหรือมีอาการหายใจผิดปกติแบบหยุดเป็นพักๆโดยมีลักษณะการหายใจหอบเร็วและค่อยๆช้าลงจนหยุดหายใจเป็นเช่นนี้สลับกันไปซึ่งสามารถบ่งบอกถึงประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายที่ลดลง (Wedewardt et al., 2010)

3) อาการไอ (Cough) เกิดจากการกระตุ้นเมื่อมีน้ำคั่งในปอดและถุงลม ระยะแรกผู้ป่วยมีอาการไอแห้งๆ ไม่มีเสมหะ เมื่อระดับความรุนแรงเพิ่มขึ้น เกิดภาวะน้ำท่วมปอด ผู้ป่วยจะไอมีเสมหะเป็นฟองสีชมพูหรืออาจพบว่าผู้ป่วยไอเป็นเลือด จากการฉีกขาดของหลอดเลือดแดงในปอด

2. ภาวะหัวใจซีกขวาล้มเหลว (Right-sided Heart Failure) เป็นภาวะที่มักเกิดตามหลังภาวะหัวใจซีกซ้ายล้มเหลว ส่วนหัวใจซีกขวาล้มเหลวพบได้น้อย พบในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจไตรคัสปิดตีบ

หรือปิดไม่สนิท โรคของปอดและหลอดเลือดจะทำให้ความต้านทานของหัวใจห้องขวาเพิ่มขึ้น ความดันในหลอดเลือดดำทั่วร่างกายสูงขึ้นและความดันเลือดในตับและม้ามมากขึ้น ส่งผลให้เกิดอาการและอาการแสดงที่สำคัญของภาวะหัวใจซีกขวาล้มเหลว มีดังนี้

1) การคั่งของน้ำและมีอาการบวม (congestion and edema) เกิดขึ้นเนื่องจากเลือดไม่สามารถไหลกลับเข้าสู่หัวใจห้องบนขวา จึงย้อนกลับไปยังหลอดเลือดดำซูพีเรียเวนาคาวา และอินฟีเรียเวนาคาวา และต่อไปยังเส้นเลือดดำตามอวัยวะและส่วนต่างๆของร่างกาย เกิดอาการคั่งของเลือดในอวัยวะต่างๆในร่างกาย ทำให้แรงดันน้ำสูงขึ้น น้ำถูกขับออกนอกหลอดเลือดไปอยู่บริเวณระหว่างเซลล์เกิดการบวมขึ้น มีลักษณะกตบุ้ม (Gheorghide & Pang, 2009)

2) ตับโต (Hepatomegaly) และท้องมาน (Ascites) เกิดจากเลือดไหลกลับเข้าสู่หัวใจซีกขวาได้ไม่ดีหรือไม่ดี เลือดจะย้อนกลับไปที่อินฟีเรียเวนาคาวา ไปอยู่ในหลอดเลือดดำที่ตับ ทำให้ตับขยายใหญ่ขึ้น ตับโต เลือดคั่งในตับมากจนเนื้อตับขาดออกซิเจน เกิดเนื้อตับตายและกลายเป็นพังผืดแข็งที่เรียกว่า ตับแข็งจากโรคหัวใจ

3) หลอดเลือดที่คอโป่ง เนื่องจากเลือดไหลกลับเข้าสู่หัวใจห้องบนขวา เพราะความดันในหัวใจห้องบนขวาที่สูงขึ้น

3. อาการที่เกิดจากปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกน้อยกว่าที่ลดลง (low cardiac output) เมื่อหัวใจไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งสองข้างหรือข้างใดข้างหนึ่ง ผลที่เกิดขึ้นกับร่างกายคือ ปริมาตรเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการต่างๆดังนี้

1) อาการทางสมอง เช่น อาการสับสน ความจำเสื่อม หลงลืมได้ง่าย ไม่มีสมาธิ นอนไม่หลับ วิดกกังวล หงุดหงิด กระสับกระส่าย เนื่องจากสมองขาดออกซิเจนเกิดจากปริมาณเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง

2) อาการอ่อนเพลีย กล้ามเนื้อเปื่อยอ่อนแรงจากเลือดที่ออกจากหัวใจมีปริมาณน้อยลง ไม่สามารถไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่างๆของร่างกายได้เพียงพอ ทำให้เนื้อเยื่อขาดออกซิเจนและการขับถ่ายของเสียออกจากร่างกายลดลง จึงทำให้ผู้ป่วยอ่อนเพลียได้ง่ายขึ้น

3) การเปลี่ยนแปลงการทำงานของไต จากการที่จำนวนเลือดที่ออกจากหัวใจต่อ 1 นาทีลดลง ทำให้เลือดไปเลี้ยงไตลดลง ส่งผลให้ไตมีอัตราการกรองลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีปัสสาวะออกน้อย และมีการคั่งของสารน้ำและของเสียในร่างกายมากขึ้น



### 1.5 ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว

American College of Cardiology Foundation /American Heart Association Task Force on Practice Guideline แบ่งระยะของภาวะหัวใจล้มเหลวตามการดำเนินของโรค (Stage of heart failure) (Hunt et al., 2005; วรรณวรงค์ วงศ์เจริญ, 2547) แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ขั้นที่ 1 (Stage A) ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว

ขั้นที่ 2 (Stage B) ผู้ป่วยมีความผิดปกติโครงสร้างและการทำงานของหัวใจแต่ไม่มีอาการภาวะหัวใจล้มเหลว

ขั้นที่ 3 (Stage C) ผู้ป่วยที่มีโครงสร้างหรือการทำงานของหัวใจผิดปกติและผู้ป่วยมีอาการหรือเคยมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว แต่ยังสามารถควบคุมอาการด้วยการรักษา

ขั้นที่ 4 (Stage D) เป็นระยะสุดท้ายของภาวะหัวใจล้มเหลว มีอาการและมีการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของหัวใจ ไม่สามารถควบคุมอาการโดยการรักษาได้ ต้องแก้ไขที่สาเหตุ

นอกจากนี้ยังสามารถจำแนกระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว โดยประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม (New York Heart Association Functional Classification : NYHA) ของผู้ป่วย เพื่อบ่งบอกถึงอาการผู้ป่วยเป็นสำคัญ อาจไม่สามารถสะท้อนความรุนแรงของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถเปลี่ยนกลับไปกลับมาได้ ภายหลังการรักษาและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมของผู้ป่วย (วรรณวรงค์ วงศ์เจริญ, 2547) แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่

ระดับที่ 1(NYHA class I) ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวัน

ระดับที่ 2(NYHA class II) ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันและทำกิจกรรมต่างๆที่เคยทำได้มากพอสมควร เมื่อได้พักแล้วรู้สึกดีขึ้น

ระดับที่ 3(NYHA class III) ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่างๆที่เคยทำได้เพียงเล็กน้อยเมื่อได้พักแล้วรู้สึกดีขึ้น

ระดับที่ 4(NYHA class IV) ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่างได้เลย แม้ในขณะที่พักก็ยังมีอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก อ่อนเพลีย ใจสั่นเจ็บหน้าอก

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังจะมีโอกาสเสียชีวิตได้ทุกระยะของการดำเนินโรค จากระดับความรุนแรงของ NYHA class ระดับ I-II ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตจากการเสียชีวิตกะทันหันได้จากภาวะเต้นของหัวใจผิดจังหวะ และระดับความรุนแรง NYHA class ระดับ III-IV ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตจากสาเหตุที่หัวใจมีการบีบตัวอย่างไม่มีประสิทธิภาพและจะทำให้เกิดภาวะ cardiogenic shock ตามมาได้ (Dickstein et al., 2008)

## 1.6 การรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

การรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง มีเป้าหมายเพื่อป้องกันและชะลอการเสื่อมของการทำงานของหัวใจ การรักษาและควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงหรือสาเหตุของการทำงานผิดปกติของหัวใจที่จะนำไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เพื่อลดอาการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและปรับปรุงคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ตลอดจนช่วยลดอัตราการตายของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (Dickstein et al., 2008; Heart Failure Society of America et al, 2010) โดยมีวิธีการรักษา ดังนี้

1) การรักษาโดยใช้ยา กลุ่มยาที่ใช้ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้แก่ยาในกลุ่มยับยั้งเอ็นไซม์แองจิโอเทนซิน (Angiotensin Converting Enzyme inhibitor) ยาในกลุ่มปิดกั้นตัวรับเบต้าเอเดรีนาจิก (Beta-adrenergic receptor antagonist) ยาในกลุ่มขยายหลอดเลือด (Nitrates) ยาขับปัสสาวะ และยาช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ

2) การรักษาด้วยการทำหัตถการ และการผ่าตัด ได้แก่ การขยายหลอดเลือด (percutaneous coronary intervention: PCI) การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery bypass graft: CABG) การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ (cardiac resynchronization therapy: CRT) การใส่เครื่องช็อกหัวใจ (Implantable Cardioverter Defibrillator: ICD) การใช้เครื่องพยุงหัวใจ (Ventricular Assist Devices: VAD) และการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (cardiac transplantation)

3) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและรูปแบบการดำเนินชีวิต โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีบทบาทในการดูแลตนเองอย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพ สามารถประเมินปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการส่งเสริมการจัดการอาการและการดูแลตนเองของผู้ป่วย การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลรักษา การปรับยาให้ได้ตามแนวทางการรักษามาตรฐาน การให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับ การจำกัดเกลือ การจำกัดน้ำดื่ม การควบคุมภาวะโภชนาการ การเฝ้าระวังอาการกำเริบ การควบคุมหนักตัว การงดดื่มแอลกอฮอล์ การเลิกสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย และการมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น (กฤติกา ชุณวณิช, 2547)

## 1.7 ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

1) ผลกระทบด้านร่างกาย ผู้ป่วยมักจะมีอาการหายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ และปอดบวม น้ำ ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง มีความทนในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆลดลง มีอาการอ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง (Zambroski et al, 2005) อาจเกิดร่วมกับภาวะโปแตสเซียมต่ำจากการได้รับยาขับปัสสาวะ การดำเนินของโรคเพิ่มมากขึ้นอาจต้องจำกัดกิจกรรมและการเคลื่อนไหวของร่างกายเพื่อลดการใช้ออกซิเจนของเนื้อเยื่อ ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนพักบนเตียงนานๆ ส่งผลต่อการย่อยและการดูดซึมอาหารลดลงและอาจทำให้มีอาการท้องผูก ผลจากมีการคั่งของเลือดในทางเดินอาหาร ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียนแน่นท้อง รับประทานอาหารได้น้อย และอาจมีอาการตับโตและ

กดเจ็บ (Heo et al., 2009) อาการที่เกิดขึ้นรบกวนการนอนหลับพักผ่อนของผู้ป่วย เนื่องจากนอนราบไม่ได้ หรือมีอาการหอบเหนื่อยในเวลากลางคืนหรือเป็นผลจากการได้รับยาขับปัสสาวะ ทำให้ผู้ป่วยพักผ่อนไม่เพียงพอ (ช่อผกา พิษพันธ์ไพศาล, 2545) และปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลง ทำให้การรับรู้ความรู้สึก ความจำ การคิด การตัดสินใจ การแก้ปัญหาและการเรียนรู้ไม่เหมาะสม อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย อาการเหนื่อยหอบทำให้มีข้อจำกัดในการมีเพศสัมพันธ์ (Zambroski, 2003)

2) ผลกระทบด้านจิตใจ อารมณ์ ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเป็นภาวะเรื้อรังที่จะมีอาการและการดำเนินโรคเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวล กลัวตาย และเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับรู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจและคุณค่าในตนเอง จากการที่ผู้ป่วยรู้สึกถูกจำกัดกิจกรรมและถูกคุกคามชีวิต บทบาทและการหน้าที่ของตนเองต้องสังคมเปลี่ยนแปลง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกขาดที่พึ่ง หมดหนทางช่วยเหลือ เกิดการแยกตัว รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง หมดกำลังใจ จนก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังจะมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 38.64 และส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการรักษาลดลง (จันทรเพ็ญ สมโน, 2551) ผู้ป่วยที่มีการรับรู้สุขภาพลดลงและไม่สนใจการดูแลตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่เหมาะสมและไม่มีประสิทธิภาพ (วนิดา หาจักร, 2556)

3) ผลกระทบด้านสังคม อาการต่างๆที่เกิดขึ้นในภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีแบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคมและต้องการพึ่งพาผู้อื่น อาจมีการแยกตัวจากสังคม บทบาทในสังคมลดลง (Heo et al., 2009) หากผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ครอบครัวจะต้องช่วยเหลือดูแล ทำให้รู้สึกเหน็ดเหนื่อยเมื่อยล้า รวมทั้งต้องปรับเปลี่ยนความรับผิดชอบหรือหน้าที่ที่เคยมีในครอบครัว

4) ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นความเจ็บป่วยที่เรื้อรังรักษาไม่หาย มีโอกาสที่เกิดภาวะแทรกซ้อนและอาการกำเริบได้ตลอดเวลา ซึ่งทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก และจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานและกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ ทำให้ขาดรายได้จากการทำงาน และยังเกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลต้องขาดรายได้ เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบต้องหยุดงาน เพื่อดูแลผู้ป่วยและรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา และยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของชาติโดยรวมอีกด้วย ต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ทำให้รัฐต้องใช้งบประมาณในการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก (Europe & Tyni-Lenne, 2004)

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เป็นผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับอาการและการดำเนินโรคอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน ต้องอาศัยการดูแลตนเองและการจัดการอาการที่เหมาะสมกับภาวะโรคที่ดำเนินอยู่ การเผชิญสิ่งต่างๆที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆของการดำเนินชีวิต ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยขึ้น หากผู้ป่วยไม่

สามารถปรับตัวและจัดการกับสิ่งเหล่านี้ได้ ก็จะส่งผลต่อภาวะจิตใจและอารมณ์ ก่อให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ท้อแท้ สิ้นหวัง และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาที่พบว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นปัญหาทางจิตใจที่สำคัญและมีความสัมพันธ์กับอาการทางกายในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (Ramasamy et al., 2007)

## 2. ภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เกิดจากการที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับอาการต่างๆรอบกวนการดำเนินชีวิตอยู่ตลอดเวลาซึ่งอาจก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆในชีวิต ผู้ป่วยจำเป็นต้องดูแลตนเองและต้องปรับตัวเพื่อให้ร่างกายสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติและเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนตลอดจนการกำเริบของอาการต่างๆที่อาจเกิดขึ้นและต้องใช้เวลาในการรักษาเป็นเวลานานผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับภาวะโรคที่ดำเนินอยู่ หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมหรือคาดเดาอาการและภาวะโรคที่ดำเนินอยู่ได้ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยขึ้นได้ส่งผลให้ผู้ป่วยประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นไปในทางลบหรือมองว่าเป็นอันตราย จากนั้นผู้ป่วยจะพยายามคิดค้นหาวิธีเผชิญปัญหา เพื่อจัดการกับความรู้สึกไม่แน่นอนให้หมดไป และต้องอาศัยวิธีการปรับตัวของผู้ป่วยที่เหมาะสมการเหตุหารณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น หากผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้ หรือปรับตัวได้ไม่ดีจะทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเกิดความแปรปรวนของพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ตลอดจนการมีหน้าที่และบทบาทต่างๆในสังคมเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ใจ ไม่สบายใจ และวิตกกังวล ขาดความกระตือรือร้นในการเผชิญปัญหาและการปรับตัว ซินซาเปื่อนาย รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง จนเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2009) สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) ซึ่งมีรายละเอียดกล่าวไว้ในหัวข้อถัดไป

### 2.1 ความหมาย

กรมสุขภาพจิต (2557) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า ว่าเป็นภาวะที่จิตใจหดหู่หม่นหมอง เศร้า ท้อแท้ หดห้วง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า มีความรู้สึกสูญเสียโดยที่ความรู้สึกนี้มักเกิดขึ้นเป็นเวลานานเป็นเวลานานมากกว่า 2 สัปดาห์

American Psychiatric Association (2000) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า ว่าเป็นพยาธิสภาพทางจิตที่มีระดับความเศร้ารุนแรงหรือเรื้อรัง รู้สึกเศร้าโศก หดหนทางและหดห้วง มีภาวะไม่ยินดียินร้ายกับเหตุการณ์ต่างๆ และอาจมีอาการหรือพฤติกรรมอื่นๆร่วมด้วย

Beeber (1998) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า ว่าเป็นลักษณะของปัญหาทางด้านสุขภาพจิต ที่แสดงออกมาด้วยอาการโศกเศร้า รู้สึกสูญเสีย โดดเดี่ยว ท้อแท้ และหดห้วง

Caine & Bufalino (1998) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า ว่าเป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์บ่อยๆ เกี่ยวข้องกับการสูญเสีย มีลักษณะเศร้า (sadness) มองโลกในแง่ร้าย (pessimism) รู้สึกสลดใจ (despondence) รู้สึกหมดหวังและว่างเปล่า (emptiness) บางครั้งจะมีความก้าวร้าว

สรุปภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะผิดปกติทางอารมณ์ ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ มีภาวะที่จิตใจหดหู่ หม่นหมอง เศร้า ท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าส่งผลกระทบต่อร่างกาย อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยที่ความรู้สึกนี้มักเกิดขึ้นเป็นเวลานานมากกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป

## 2.2 สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

สาเหตุของภาวะซึมเศร้าเกิดจากปัจจัยด้านต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม ปัจจัยทางชีวเคมี ปัจจัยด้านจิตสังคม ปัจจัยด้านการรู้คิด ปัจจัยทางสังคม (มาโนช หล่อตระกูล, 2544; สมภพ เรืองตระกูล, 2544) อธิบายได้ดังนี้

1) ปัจจัยทางพันธุกรรม ภาวะซึมเศร้าเป็นลักษณะบกพร่องทางพันธุกรรมที่สามารถถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปสู่รุ่นหนึ่งได้ จากการศึกษาพบว่า อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน พบได้ถึงร้อยละ 50 และในแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ พบได้ร้อยละ 10-25 ส่วนผู้ที่มีความสัมพันธ์กันทางสายเลือดใกล้ชิด พบได้ 1.5-3 เท่า (มาโนช หล่อตระกูล, 2544)

2) ปัจจัยด้านชีวเคมี จากการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการความไม่สมดุลของสารชีวเคมีในสมอง เนื่องจากสารเคมีในสมองมีปริมาณลดลง ได้แก่ norepinephrine, serotonin, dopamine และ acetylcholine รวมทั้งการเสียสมดุลของสาร choline และสารnorepinephrine ซึ่งปกติสารเหล่านี้จะมีปริมาณลดลงเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น สารชีวเคมีที่มีบทบาทสำคัญโดยตรงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า คือ norepinephrine และ serotonin โดยสารทั้ง 2 ชนิดนี้จะมีความสัมพันธ์กับการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางด้วย

3) ปัจจัยด้านจิตสังคม ภาวะซึมเศร้าเกิดจากรูปแบบและกระบวนการคิดของบุคคลนั้นๆ การประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดหรือบิดเบือนไปจากความเป็นจริง แล้วสะสมมาเรื่อยๆ เมื่อบุคคลนั้นประสบภาวะวิกฤตในชีวิตอย่างใดอย่างหนึ่ง การประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดในอดีตจะกระตุ้นให้เกิดความคิดโดยอัตโนมัติในทางลบขึ้น ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ และจะส่งผลย้อนกลับให้เกิดความคิดโดยอัตโนมัตินั้น ให้เป็นไปในทางลบเพิ่มมากขึ้นเป็นวงจรต่อเนื่อง นอกจากนี้การที่บุคคลยอมรับไม่ได้กับจารีตประเพณีและวัฒนธรรมที่เสื่อมลงหรือที่เปลี่ยนแปลงไป จะทำให้เกิดทัศนคติในทางลบมากขึ้น และทำให้บุคคลนั้นแยกตัวออกมาจากสังคม

4) ปัจจัยด้านการรู้คิด (Cognitive factors) อธิบายได้ว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นจากการที่บุคคลมีความคิดเกี่ยวกับตนเองทางลบ คิดโทษตนเอง หรือคิดทำร้ายตนเอง ความรู้สึกทางลบจะทำลายพัฒนาการทางความคิดของบุคคล ทำลายความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองต่ำต้อย รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า เมื่อเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด หรือเมื่อมีอาการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความคิดและความรู้สึกทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคตของตนเองมากขึ้น ส่งผลให้บุคคลมีแนวโน้มในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

5) ปัจจัยทางสังคม (Social factors) อธิบายได้ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาที่บุคคลแสดงออกมาในการเผชิญกับภาวะกดดันจากสิ่งแวดล้อมภายนอก โดยเชื่อว่าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงด้านจารีตประเพณีและวัฒนธรรมที่เสื่อมลง ทำให้บุคคลนั้นยอมรับสภาพดังกล่าวไม่ได้ และไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมได้ ก่อให้เกิดทัศนคติทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต และแยกตัวจากสังคมในที่สุด อีกประการหนึ่งคือ การขาดการสนับสนุนทางสังคม หรือขาดแหล่งที่พึ่งทางสังคม เช่น การเสียชีวิตของคู่ชีวิต การหย่าร้าง การพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นต้น

สรุปได้ว่าสาเหตุของภาวะซึมเศร้า สามารถแบ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางด้านร่างกาย ปัจจัยทางด้านจิตใจ และปัจจัยทางด้านสังคม ปัจจัยทางด้านร่างกาย ประกอบด้วย ปัจจัยทางพันธุกรรม และปัจจัยด้านชีวเคมี ปัจจัยทางด้านจิตใจ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านจิตสังคม และปัจจัยด้านการรู้คิด ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัยนี้อาจมีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กันในการอธิบายสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าของบุคคล และผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้

### 2.3 อาการของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังต่างๆ รวมทั้งผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง มักจะพบว่ามีอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า (มานโซ หล่อตระกูล, 2544) ดังนี้

1) การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เคลื่อนไหวช้าลง อ่อนเพลีย เป็นต้น

2) การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และจิตใจ เช่น เศร้า หม่นหมอง หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าลดลง รู้สึกว่าตนเองมีความผิด ไม่มีสมาธิ หงุดหงิดง่าย มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย หรืออาจมีอาการประสาทหลอนร่วมด้วย เป็นต้น

3) การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เช่น แยกตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม สนใจต่อกิจกรรมต่างๆ ลดลง บทบาททางสังคมเปลี่ยนแปลง ต้องการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น เป็นต้น

## 2.4 ผลกระทบจากภาวะซึมเศร้า

โดยทั่วไปพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะได้รับผลกระทบต่อตนเองและครอบครัว ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ โดยมีผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนี้

1) ผลกระทบทางตรง โดยทำให้ความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาต่างๆ ลดลงทำให้ผู้ป่วยเผชิญปัญหาได้ไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้กระบวนการแก้ปัญหาไม่เหมาะสม (Gotlib & Hammen, 1992) อาจทำให้เกิดความคิดทำร้ายตนเองตามมา เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆ ยังส่งผลให้มีอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น เพิ่มค่ารักษาพยาบาล นอกจากนี้ทำให้มีอาการหลงลืมเนื่องจากการทำงานของสมองเปลี่ยนแปลงไป

2) ผลกระทบทางอ้อม จะทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากผู้ป่วยรับประทานอาหารน้อยลง ความอยากอาหารลดลง ความเจ็บป่วยรุนแรงขึ้นหรือหายช้ากว่าปกติ เนื่องจากขาดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ไม่สนใจการดูแลตนเอง ไม่ให้ความสำคัญกับการรักษาหรือการปฏิบัติตามแผนการรักษา เกิดอุบัติเหตุได้บ่อย เนื่องจากพฤติกรรมที่ซ้าลงหรือลึกลับกลอน ร่วมกับการขาดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ทำให้ขาดความระมัดระวัง ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เนื่องจากขาดความสนใจ ขาดแรงจูงใจ มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลง มีความคิดในแง่ลบต่อบุคคลหรือสถานการณ์ต่างๆ ทำให้ครอบครัวและสังคมเกิดความไม่เข้าใจผู้ป่วย และอาจไม่ให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา หรือเมื่อผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ จนอาจสูญเสียแหล่งสนับสนุนทางสังคม (ภัทรารักษ์ วิริยวงศ์, 2551)

## 2.5 ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังต้องเผชิญกับอาการต่างๆ กระทบการดำเนินชีวิตอยู่ตลอดเวลา สามารถพบผู้ป่วยเหล่านี้ได้ทั้งที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก ห้องฉุกเฉิน หรือที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาล ขึ้นอยู่อาการและระดับความรุนแรงของอาการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ อาการที่พบบ่อยได้แก่ เหนื่อยล้า หายใจลำบาก ไม่สุขสบายกายและใจ และมีข้อจำกัดทางกิจกรรม ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอาจจะไม่มีอาการทางกายที่เด่นชัดในผู้ป่วยที่มีปริมาณเลือดออกใน 1 นาทีปกติ หรือมีระดับไหลเวียนเลือดอยู่ในระดับปกติ แต่อาจพบว่าผู้ป่วยมีอาการทางจิตใจได้ คือ ภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัญหาทางจิตใจที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (Miller Alan B., 2002)

พยาธิสภาพการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังนั้น ยังไม่มีการศึกษาที่สามารถอธิบายได้ชัดเจน (Miller Alan B., 2002) การศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่ผ่านมาเป็นเพียงการศึกษาความสัมพันธ์ของระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง กับการเกิดภาวะซึมเศร้าเท่านั้น (Ramamany et al., 2006) จากการทบทวนวรรณกรรมอาจกล่าวได้ว่าพยาธิสภาพการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีกลไกการเกิดจาก การที่ภาวะ

หัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่และโครงสร้างของหัวใจ ส่งผลให้มีการเพิ่มขึ้นของปริมาณสารสื่อประสาทและฮอร์โมนที่สำคัญในระยะแรก ได้แก่ norepinephrine, angiotensin II, aldosterone, endotenlin และ cytokines (ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล, 2549) การเพิ่มขึ้นของ norepinephrine ในกระแสเลือด จะส่งผลให้หลอดเลือดมีการหดตัวและทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น เพื่อรักษาระดับความดันโลหิต และปริมาณเลือดที่สูบฉีดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกาย โดยเฉพาะสมอง และหัวใจให้อยู่ในระดับปกติมากที่สุด แต่ในขณะเดียวกันการเพิ่มขึ้นของระดับ norepinephrine ในกระแสเลือด จะทำให้ระดับ norepinephrine ในเซลล์ลดลง ซึ่งรวมถึงเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจและเซลล์สมองอีกด้วย ประกอบกับเมื่อเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวจะส่งผลให้การทำงานของ baroreceptor ให้ทำงานลดลง และส่งสัญญาณประสาทผ่านไปยังสมองส่วน medulla เพื่อกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกและกระตุ้นระบบ renin-angiotensin-aldosterone และ vasopressin การกระตุ้นการทำงานของระบบ renin-angiotensin-aldosterone และ vasopressin จะมีผลให้ไตมีการดูดกลับน้ำและเกลือแร่มากขึ้น หากภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้ baroreceptor ไม่ตอบสนองต่อการเพิ่มขึ้นของน้ำและเกลือแร่ ทำให้สมองผลิตสารที่มีชื่อว่า brain natriuretic peptide (BNP) เพิ่มขึ้น มีผลให้การทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกและระบบ renin-angiotensin-aldosterone ผ่านการทำงานของ baroreceptor และสมองส่วน medulla เพื่อลดการขับน้ำและเกลือแร่และรักษาสมดุลของร่างกายให้กลับสู่ภาวะปกติ ซึ่งการเพิ่มขึ้นของ brain natriuretic peptide (BNP) จะส่งผลให้ระดับของ norepinephrine ในสมองลดลง ร่วมกับการลดการหลั่งสารสื่อประสาทชนิดอื่นๆที่เกี่ยวข้องจากการที่ baroreceptor มีการทำงานลดลง สารสื่อประสาทเหล่านั้นได้แก่ serotonin, dopamine เป็นต้น (ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล, 2549) สอดคล้องกับสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าที่ระบุไว้ข้างต้นว่า ปัจจัยด้านชีวเคมี ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าเกิดจากการมีปริมาณสารสื่อประสาทลดลง ได้แก่ norepinephrine, serotonin, dopamine และ acetylcholine และการเสียสมดุลของสารสื่อประสาท ได้แก่ choline และ norepinephrine (มาโนช หล่อตระกูล, 2544) นอกจากนี้ยังมีบางรายงานกล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของระดับ cytokines ที่เป็นผลจากการอักเสบของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจตามพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นจากภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังการเปลี่ยนแปลงของระดับ cytokines อาจมีผลต่อระดับการรู้คิดของผู้ป่วย และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Miller Alan B., 2002)

จากการที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังจำเป็นต้องมีการปรับตัวและจัดการตนเอง เพื่อให้ร่างกายสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการกำเริบของอาการต่างๆที่อาจเกิดขึ้น การใช้เวลาในการรักษาเป็นระยะเวลานานนี้ ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรคที่ดำเนินอยู่ หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมหรือคาดเดาอาการและภาวะโรคที่ดำเนินอยู่ได้ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วย



ประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นไปในทางลบหรือมองว่าเป็นอันตรายต่อชีวิต ทำให้มีการเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอน ในความเจ็บป่วยไม่เหมาะสม ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้หรือปรับตัวได้ไม่ดี ส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจ ล้มเหลวเรื้อรังมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การทำหน้าที่และบทบาทต่างๆใน สังคม ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ใจ ไม่สบายกายไม่สบายใจ และวิตกกังวล ขาดความกระตือรือร้นใน การเผชิญปัญหาและการปรับตัว ซินชาเปื้อนหน่าย รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง และเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2552) ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จะส่งผล ให้ผู้ป่วยมีการดำเนินโรคที่เลวลง เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต เพิ่มอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ในโรงพยาบาล เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ตลอดจนเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้อีกด้วย (Rebecca Del Fava, 2011)

## 2.6 การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้าสามารถประเมินโดยใช้เครื่องมือวัดและประเมินภาวะซึมเศร้า ซึ่ง แบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ ได้แก่ การประเมินภาวะซึมเศร้าจากการสังเกตและการประเมินภาวะ ซึมเศร้าโดยวิธีประเมินตนเอง ดังนี้

### การประเมินภาวะซึมเศร้าจากการสังเกต ได้แก่

- 1) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Cronholm-Ottosson Scale เป็นแบบประเมินที่ ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ เหมาะที่จะใช้ประเมินอาการผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง
- 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D) เป็นแบบ ประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ใหญ่ มีข้อคำถาม 17 ข้อ
- 3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MNDRS) เป็นแบบประเมินที่มีข้อคำถาม 10 ข้อ ประเมินโดยการสังเกตร่วมกับการสัมภาษณ์

### การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยวิธีประเมินตนเอง ได้แก่

- 1) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Beck Depression Inventory (BDI) เป็นแบบประเมินที่ ครอบคลุมทั้งด้านอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม โดยสัมภาษณ์แล้วให้ผู้ป่วยตอบในตอนแรก หลังจากนั้นผู้สัมภาษณ์จะเขียนคำตอบเอง มีข้อคำถาม 21 ข้อ
- 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Zung Self-Rating Depression Scale เป็นแบบประเมิน ความไม่สมดุลทางด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านระบบประสาทที่ควบคุมการทำงานของร่างกายและ จิตใจ มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ มักใช้ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจที่เห็นได้ง่าย ในเวลาสั้นๆ

3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ซึ่ง นิพนธ์ พวงวรินทร์และคณะ (2537) ได้พัฒนาขึ้นจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า GDS เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย มีข้อคำถาม 30 ข้อ

4) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่สร้างขึ้นโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน นิยมนำมาใช้วัดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชาชนทั่วไป และนิยมใช้วัดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรัง ใช้วัดอาการซึมเศร้าในผู้ใหญ่ โดยเฉพาะใช้สำรวจภาวะซึมเศร้าในชุมชน เป็นการวัดกลุ่มอาการใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiologic studies-Depression Scale (CES-D) ของ Radioff (1977) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย ธวัชชัย วรพงศธร และคณะ (2533) ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.86 แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ พฤติกรรมความรู้สึกและอารมณ์ต่างๆ แบบประเมินมีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามด้านลบ 16 ข้อ และข้อคำถามด้านบวก 4 ข้อ โดยวัดในช่วงระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนแบบประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคย นานๆครั้ง ค่อนข้างบ่อย และบ่อยครั้ง มีค่าคะแนน 0-30 ตามลำดับ คะแนนรวม 60 คะแนน คะแนนตั้งแต่ 16 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า

### 3. ทฤษฎีความรู้สึกละมุนในภาวะเจ็บป่วยของ Mishel (Uncertainty in Illness Theory) (1988)

#### 3.1 ความหมาย

Lazarus และคณะ (1986) ให้ความหมายความรู้สึกละมุนในภาวะเจ็บป่วย ว่าเป็นปัจจัยสำคัญด้านสถานการณ์หรือปัจจัยด้านเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่มีบทบาทในการประเมินตัดสินใจและการเผชิญปัญหาของบุคคล เนื่องจากความไม่แน่นอนของเหตุการณ์ความเจ็บป่วยจะทำให้ยากต่อการประเมินสถานการณ์ว่าเป็นอันตรายหรือมีความรุนแรงหรือไม่ ความไม่แน่นอนในภาวะเจ็บป่วยจึงเป็นภาวะที่คุกคามต่อบุคคล

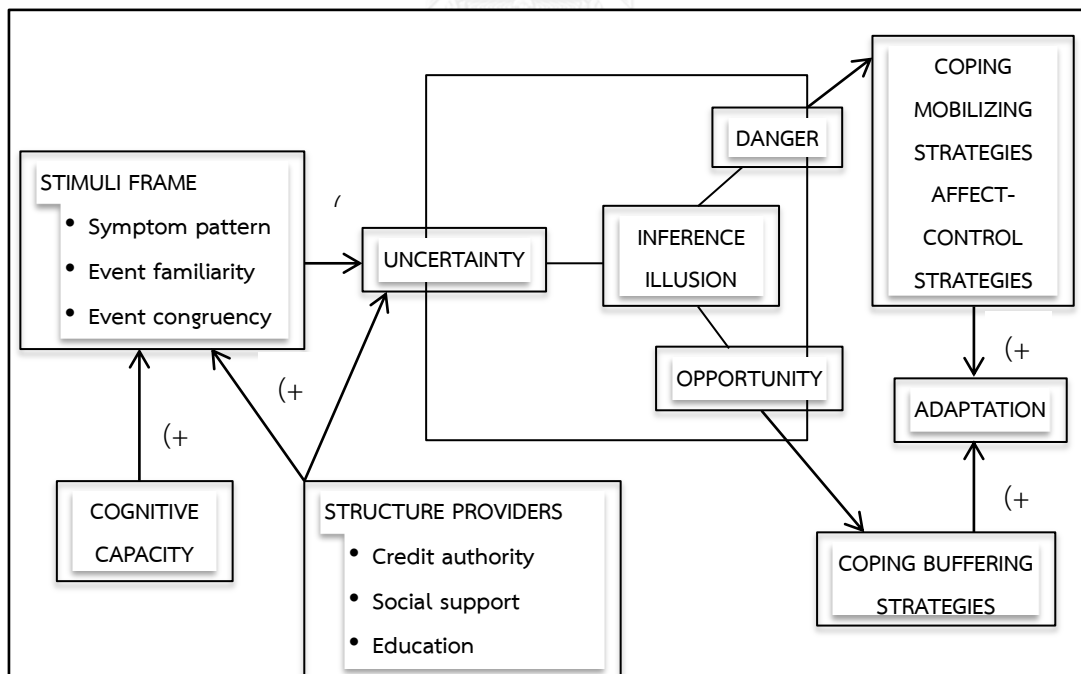
Hilton (1988) ให้ความหมายความรู้สึกละมุนในภาวะเจ็บป่วย ว่าหมายถึงการที่บุคคลไม่สามารถแยกแยะสภาพความเจ็บป่วยได้อย่างชัดเจน ถ้ามีความรู้สึกละมุนในภาวะเจ็บป่วยมาก จะทำให้ผู้ป่วยมองความเจ็บป่วยและทำนายผลลัพธ์ความเจ็บป่วยไปในทางร้าย

Mishel (1988) ให้ความหมายความรู้สึกละมุนในภาวะเจ็บป่วย ว่าหมายถึงการที่บุคคลไม่สามารถตัดสินใจความหมายของความเจ็บป่วย รวมทั้งการที่บุคคลไม่สามารถให้ความหมายและ

จำแนกประเภทของความเจ็บป่วยให้สัมพันธ์กับเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลไม่สามารถจัดการเหตุการณ์ความเจ็บป่วย ไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ไม่สามารถประเมินเหตุการณ์ความเจ็บป่วยหรือวิเคราะห์เหตุการณ์ความเจ็บป่วย และไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน เนื่องจากผู้ป่วยขาดความรู้ คำแนะนำ และข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย หรือการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยไม่เพียงพอ

สรุป ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยที่ไม่สามารถตัดสินใจให้ความหมายของเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ เมื่อตกในเหตุการณ์การเจ็บป่วยที่ไม่คุ้นเคย คลุมเครือ ไม่ชัดเจนทำให้บุคคลไม่สามารถให้ความหมายหรือคำอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการรักษาที่ตนเองต้องประสบ ทำให้ไม่สามารถคาดเดาหรือทำนายผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองในอนาคตได้

ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) เป็นทฤษฎีระดับ Middle range theory ที่พัฒนามาจากผลงานวิจัยทางการแพทย์และศาสตร์อื่นๆที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) ซึ่งทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยประกอบด้วยมโนทัศน์ที่มีความเชื่อมโยงกันตามทฤษฎีดังแสดงไว้ในรูปภาพที่ 1 (Mishel, 1988; Donald & Janet, 2010)



รูปภาพที่ 1 : แผนภาพแสดงทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988)

จากแผนภาพแสดงทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) อธิบายได้ว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย คือ การที่บุคคลไม่สามารถให้ความหมายต่อความเจ็บป่วยของตนเองได้ ซึ่งตามปกติแล้วเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น จะมีเหตุการณ์ที่ทำให้บุคคลไม่สามารถตัดสินใจหรือให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยของตน ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่เกิดจากความเจ็บป่วยนั้นๆ และไม่สามารถจำแนกประเภทของความเจ็บป่วยให้สัมพันธ์กับเหตุการณ์ได้ อาจเนื่องมาจากได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยไม่เพียงพอ การอธิบายความเจ็บป่วยไม่ชัดเจน การวินิจฉัยไม่ครบถ้วน ได้รับคำแนะนำไม่เพียงพอ ไม่คุ้นเคยกับความเจ็บป่วยนั้นๆ รู้สึกว่าความเจ็บป่วยนั้นรุนแรงเกินไป และมีการกลับเป็นซ้ำหรือมีอาการกำเริบมากขึ้น ทำให้บุคคลผู้นั้นเกิดความรู้สึกขัดแย้งจนกลายเป็นความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยขึ้น (Mishel & Clayton, 2003) โดยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจะส่งผลต่อการประเมินตัดสินใจความเจ็บป่วยนั้นๆ ว่าเป็นอันตรายหรือเป็นโอกาสที่ดีที่ได้เผชิญกับความเจ็บป่วย ความรู้สึกไม่แน่นอนนี้มักพบเสมอจากการเจ็บป่วย เนื่องจากพยาธิสภาพและวิธีการรักษาที่คุกคามชีวิต (มุกดา เดชประพนธ์ และคณะ (2552)

### 3.2 ประเภทความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยตามทัศนะของ Mishel (1988)

แบ่งออกเป็น 4 ด้าน (Mishel, 1988; Donald & Janet, 2010) ดังนี้

1) ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา (Ambiguity) คือ การที่ผู้ป่วยเกิดความสงสัยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา ไม่ทราบสาเหตุของการเจ็บป่วยและความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นไม่ทราบแนวทางการรักษา เนื่องจากไม่เคยมีประสบการณ์หรือขาดข้อมูลที่เพียงพอ

2) ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการสุขภาพ (Complexity) คือ การที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าขั้นตอนการรับบริการมีหลายขั้นตอน และวิธีการรักษามีความยุ่งยากซับซ้อน มีการใช้อุปกรณ์พิเศษในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมมารับบริการ เพราะไม่แน่ใจว่าวิธีการและขั้นตอนที่ซับซ้อนนี้จะช่วยให้หายจากความเจ็บป่วยได้

3) ด้านการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ไม่สอดคล้องกับข้อมูลเดิม หรือมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย (Inconsistency) คือ การที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลความเจ็บป่วยที่เปลี่ยนแปลงบ่อย ทำให้ประเมินความเจ็บป่วยได้ไม่แน่นอน เกิดความวิตกกังวล ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น

4) ด้านการไม่สามารถทำนายระยะเวลาการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค (Unpredictability) คือ การที่ผู้ป่วยไม่สามารถคาดการณ์ผลที่เกิดจากการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นผลต่อเนื่องจากความคลุมเครือในความเจ็บป่วยและการรักษา ความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการสุขภาพ และความไม่สม่ำเสมอของข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา

### 3.3 องค์ประกอบสำคัญของทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) (Mishel, 1988; Donald & Janet, 2010) ประกอบด้วย

1. เหตุนำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Antecedent of uncertainty) ซึ่งเหตุนำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ประกอบด้วย

1) สิ่งที่มากระตุ้น (Stimuli Frame) หมายถึง สิ่งที่เราให้บุคคลสร้างแบบแผนความรู้ความเข้าใจต่อความเจ็บป่วย ซึ่งมีผลโดยตรงต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุคคล หากสิ่งที่มากระตุ้นดีจะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย สิ่งที่มากระตุ้นประกอบด้วย

- แบบแผนของอาการที่เกิดขึ้น (Symptom Pattern) หมายถึง ระดับของความรุนแรงของอาการที่ปรากฏ ซึ่งก่อให้เกิดการรับรู้และมีการให้ความหมาย ถ้าอาการมีรูปแบบชัดเจน จะทำให้ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยลดลง แต่ถ้ารูปแบบของอาการไม่ชัดเจน หรืออาการมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถคาดเดาอาการได้ ทำให้เกิดความคลุมเครือมากขึ้น ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจึงเพิ่มขึ้น

- ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ความเจ็บป่วย (Event Familiarity) หมายถึง ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นซ้ำๆ โดยหากบุคคลรู้สึกคุ้นเคยกับโรคและการรักษาที่ได้รับ ก็จะสามารถคาดเดาเหตุการณ์ได้ ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง ในการเจ็บป่วยครั้งแรกผู้ป่วยยังไม่มี ความคุ้นเคยต่อโรค การรักษา และสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ทำให้ไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ได้ จึงเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้สูง

- ความสอดคล้องของเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่คาดหวังและสิ่งที่เกิดขึ้นจริง (Event Congruence) หมายถึง ความสอดคล้องกันของการเจ็บป่วยที่คาดหวังกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง หากมีความสอดคล้องกัน จะทำให้รู้สึกสามารถทำนายเหตุการณ์ได้ ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง

2) ความสามารถในการรู้คิด (Cognitive Capacity) คือ ความสามารถของผู้ป่วยในการแปลข้อมูลที่ได้รับ เพื่อพิจารณาตัดสินใจความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ส่งผลต่อการเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วย ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการรู้คิดดี จะรับรู้แบบแผนของอาการที่เกิดขึ้นได้ถูกต้อง ทำให้คาดเดาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ตรงกับความจริง รับรู้ข้อมูลต่างๆ ได้ดี ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจึงลดลง

3) แหล่งประโยชน์ที่สนับสนุน (Structure Provider) คือ แหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยมีอยู่ ช่วยในการแปลและให้ความหมายต่อสิ่งมากระตุ้น ช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยทางตรงนั้นจะช่วยให้ผู้ป่วยแปลความหมายของความเจ็บป่วยได้ ส่วน

ทางอ้อมจะช่วยให้บุคคลให้ความหมายของรูปแบบอาการแสดง เกิดความคุ้นเคยกับความเจ็บป่วย และสามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ ประกอบด้วย

- ระดับการศึกษา (Education) มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะเข้าใจข้อมูลและรับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา จากบุคลากรทางสุขภาพและสื่อต่างๆ ได้ดีกว่า จึงสามารถให้ความหมายต่อความเจ็บป่วยได้ดี ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง

- แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ โดยการช่วยให้ความหมายของเหตุการณ์ เช่น การให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ หรือการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทำให้ความคลุมเครือของความเจ็บป่วยลดลง และสามารถทำนายสถานการณ์ความเจ็บป่วยและการรักษาได้ บุคคลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมดีจะทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง

- บุคลากรทางสุขภาพที่น่าเชื่อถือ (Credible authority) การที่บุคลากรทางสุขภาพอธิบายถึงสาเหตุและอาการของโรคแก่ผู้ป่วย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยและวิธีการรับบริการ จะช่วยลดความคลุมเครือและช่วยให้มองเห็นสถานการณ์ได้ชัดเจนขึ้น ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยลดลง

2. การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Appraisal of uncertainty) เมื่อเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยขึ้น ผู้ป่วยจะประเมินใน 2 ลักษณะ คือ เป็นอันตราย (Danger) หรือเป็นโอกาส (Opportunity) หากผู้ป่วยประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนนั้นว่าเป็นโอกาส จะทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุมตนเองได้ดีและมองโลกในแง่ดี (Wonghongkul et al., 2006) แต่ถ้าผู้ป่วยประเมินว่าเป็นอันตรายจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัว วิตกกังวล และมองโลกในแง่ร้าย เป็นต้น

3. การเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Coping with uncertainty) เป็นการใช้กระบวนการทางพฤติกรรมและการรู้คิด ในการจัดการกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การเผชิญความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยนี้ มี 2 ลักษณะ คือ

- 1) การเผชิญปัญหาโดยการมุ่ง (active or emotion-focused coping) วิธีนี้จะมุ่งเน้นการแก้ปัญหาโดยตรง หรือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สถานการณ์การเจ็บป่วยโดยตรง

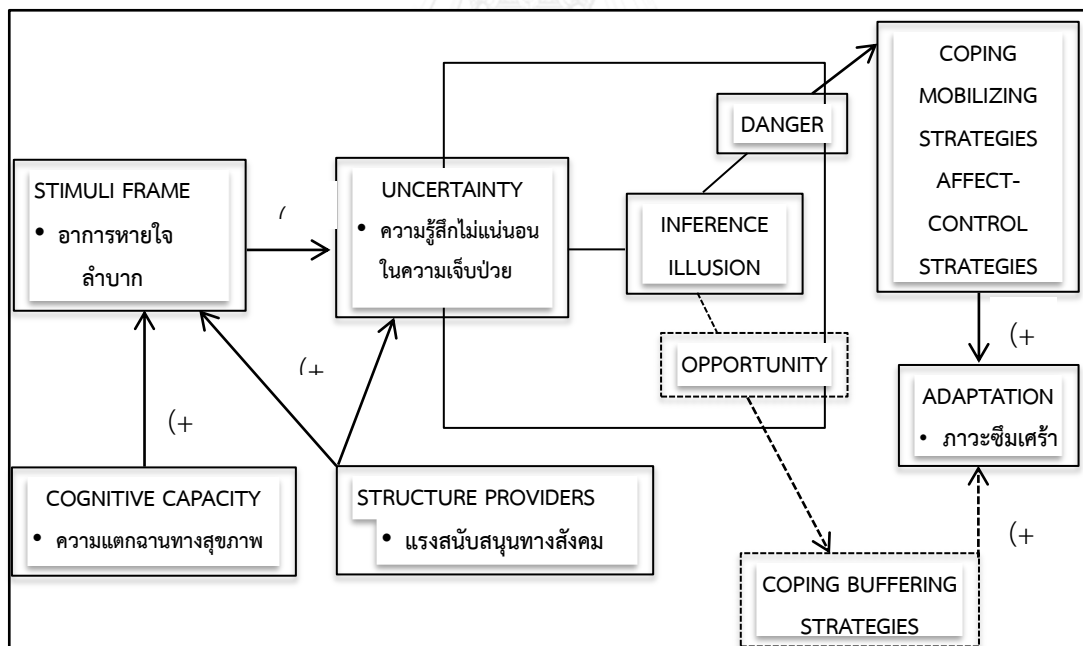
- 2) การเผชิญปัญหาโดยการจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้น (passive or emotion-focused coping) วิธีนี้มุ่งเน้นการปรับอารมณ์ ความรู้สึก หรือเปลี่ยนแปลงการรับรู้ โดยไม่ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สถานการณ์การเจ็บป่วย

- 4. การปรับตัว (Adaptation) เป็นผลลัพธ์สุดท้ายที่เกิดขึ้นภายหลังบุคคลเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การปรับตัวเป็นความสามารถในการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล ทั้งทางพฤติกรรม ร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อจัดการสถานการณ์ความเจ็บป่วย

ที่เกิดขึ้น และเพื่อลดความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยหากประเมินว่าสถานการณ์การเจ็บป่วยนั้นเป็นอันตราย และคงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนั้นไว้หากประเมินสถานการณ์นั้นว่าเป็นโอกาส (วนิดา หาจักร, 2556)

การปรับตัวที่เกิดขึ้นตามทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยหมายถึง พฤติกรรมเฉพาะบุคคลที่แสดงออกมาทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วยแต่ละบุคคล และมีความแตกต่างไปจากพฤติกรรมตามปกติที่เป็นอยู่ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการนำทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนี้ไปเป็นกรอบแนวคิดการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังเป็นจำนวนมาก ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยโรคหัวใจ เป็นต้น (Hilton, 1988) นอกจากนี้มีการศึกษาจำนวนมากที่พบว่า ผลลัพธ์ของการปรับตัวด้านลบจากความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น จะก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ป่วยได้ ได้แก่ ความเครียด วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกสิ้นหวัง หรือโรคทางจิตเภทอื่นๆ เป็นต้น (Donald & Janet, 2010)

ดังนั้นเมื่อพิจารณาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังตามกรอบแนวคิดทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ผู้วิจัยจึงเขียนเชื่อมโยงความสัมพันธ์ได้ดังรูปภาพที่ 2



รูปภาพที่ 2 : แผนภาพแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยตามกรอบแนวคิดทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988)

### 3.4 การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

1) แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1980) ที่พัฒนามาจาก ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman มีข้อคำถามจำนวน 34 ข้อ โดยการสัมภาษณ์ประสพการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.72

2) แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1989) ที่พัฒนามาแบบ วัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel ปี ค.ศ. 1980 โดยปรับข้อคำถามเหลือ 32 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยใน 4 ด้าน คือ ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบบริการสุขภาพ ด้านการได้รับข้อมูลไม่สม่ำเสมอเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและความรุนแรงของความเจ็บป่วย และด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรค และการพยากรณ์โรค วิเคราะห์ความตรงทางโครงสร้างของเครื่องมือ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาครายด้าน (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.91, 0.75, 0.71 และ 0.76 ตามลำดับ

3) แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel ฉบับชุมชน (The Mishel Uncertainty in Illness Scale-Community Form: MUIS-C) ที่พัฒนามาจากแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel ปี ค.ศ. 1989 เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยปรับข้อคำถามเหลือจำนวน 23 ข้อ วัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยใน 4 ด้าน คือ ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบบริการสุขภาพ ด้านการได้รับข้อมูลไม่สม่ำเสมอเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและความรุนแรงของความเจ็บป่วย และด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรค และการพยากรณ์โรค ซึ่งจากการศึกษาของมุกดา เดชประพันธ์ และคณะ (2552) ได้ทดสอบทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอ โดยใช้แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel ฉบับชุมชน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.90

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel ฉบับชุมชน (The Mishel Uncertainty in Illness Scale-Community Form : MUIS-C) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยบุษบา สมใจวงศ์ (2552) ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.89 มีข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ วัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยใน 4 ด้าน คือ ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบบริการสุขภาพ ด้านการได้รับข้อมูลไม่สม่ำเสมอเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและความรุนแรงของความเจ็บป่วย และด้านการไม่สามารถทำนาย



การดำเนินของโรคและการพยากรณ์โรค แบบสอบถามเป็นมาตราวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วย ไม่แน่ใน ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยมากที่สุด แพลผลคะแนน เป็น ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูงสุด ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง และความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยอยู่ในระดับน้อย และความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยอยู่ในระดับน้อยสุด ตามลำดับ โดยคะแนนรวมด้านใดสูงจะแสดงว่า มีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยด้านนั้นสูง

#### 4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ตลอดเวลา เนื่องจากความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยที่ไม่สามารถอธิบาย หรือให้ความหมาย เกี่ยวกับอาการหรือเหตุการณ์ ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ ทำให้ไม่สามารถคาดเดาหรือทำนายผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองได้เช่นกัน ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดขึ้นจะประเมินความรู้สึกนั้นว่าเป็นอันตรายหรือโอกาสต่อตนเอง และจะใช้วิธีการเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนี้ว่าเป็นโอกาสในชีวิต หรือเป็นอันตรายต่อชีวิตแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย และจะพยายามเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดการปรับตัวที่เหมาะสมที่สุด แต่หากผู้ป่วยเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม จะทำให้การปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพ เกิดความเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจะเกิดจากสาเหตุที่ต่างกันไปในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านต่างๆที่เกี่ยวข้อง โดยจากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง มีดังนี้

1) ปัจจัยทางพันธุกรรม พบว่ากรรมพันธุ์มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าสูง สอดคล้องกับการศึกษาทางการแพทย์ที่พบว่า อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันพบได้ถึงร้อยละ 50 และในแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบพบได้ถึงร้อยละ 10-25 (มาโนช หล่อตระกูล, 2544) ซึ่งในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเอง ก็มีโอกาสที่จะพบภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ หากพบว่าผู้ป่วยมีประวัติครอบครัวมีภาวะซึมเศร้า หรือมีโรคที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้ามาก่อน

2) ปัจจัยด้านชีวเคมี การศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนบางตัวในร่างกาย ได้แก่ การมีปริมาณ norepinephrine, serotonin, dopamine และ acetylcholine ลดลง และการเสียสมดุลของ choline และ norepinephrine ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีระดับสารเคมีในสมองเหล่านี้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอย่างชัดเจน โดยมีสารที่สำคัญคือ

serotonin และ norepinephrine ลดต่ำลงอย่างมาก รวมทั้งอาจมีความผิดปกติของเซลล์รับเคมีเหล่านี้ด้วย อย่างไรก็ตามพยาธิสภาพการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังนั้น ยังไม่สามารถอธิบายได้ชัดเจน การศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่ผ่านมาจึงเป็นเพียงการศึกษาความสัมพันธ์ของระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง กับการเกิดภาวะซึมเศร้าเท่านั้น (Ramasamy et al., 2006)

3) ปัจจัยด้านจิตใจ ภาวะซึมเศร้าเกิดจากรูปแบบการคิดหรือกระบวนการคิดของบุคคล มีการประมวลผลที่ผิดพลาดหรือบิดเบือนไปจากความเป็นจริง โดยมีการสะสมเรื่อยมาเป็นระยะเวลาอันได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล ความรู้สึกผิด ความรู้สึกผิดหวัง และความรู้สึกสูญเสีย เป็นต้น ต่อมาเมื่อบุคคลเกิดประสบกับเหตุการณ์ต่างๆในชีวิตที่ไม่สามารถคาดเดา หรือทำนายผลลัพธ์ได้ การประมวลผลเหตุการณ์ที่ผิดพลาดในอดีตจะกระตุ้นให้เกิดความคิดในทางลบขึ้นโดยอัตโนมัติ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา และจะส่งผลย้อนกลับไปให้เกิดความคิดในทางลบเพิ่มมากขึ้นเป็นวงจรอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการที่บุคคลมีทัศนคติในทางลบ และแยกตัวจากสังคมด้วย ซึ่งปัจจัยด้านจิตสังคมนี้พบได้มากในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ, 2555)

4) ปัจจัยด้านการรู้คิด ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นจากการที่บุคคลมีความคิดเกี่ยวกับตนเองในทางลบ ความรู้สึกทางลบจะทำลายพัฒนาการทางความคิดของบุคคล ทำลายความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้รู้สึกที่ว่าตนเองต่ำต้อย เมื่อเป็นโรคที่รักษาไม่ค่อยหาย มีอาการปวดรบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน จะเกิดความคิดและความรู้สึกทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคตมากขึ้น การมองตนเองในทางลบ การมองแต่ความบกพร่องของตนเองในอดีต การมองโลกในแง่ร้าย เป็นต้น ซึ่งเมื่อบุคคลเหล่านี้ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่กดดัน ก็มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย และหากไม่ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมอาการอาจมีมากขึ้นจนกลายเป็นโรคซึมเศร้าได้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2544) ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ที่ต้องเผชิญกับปัญหา อาการ และการดำเนินโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาต่อเนื่องกันเป็นระยะเวลานานจึงมีความเครียด ความวิตกกังวลต่อเหตุการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ทำให้ความสามารถในการประเมินเหตุการณ์ต่างๆเปลี่ยนแปลงไปได้ ทำให้ผู้ป่วยอาจเกิดความสับสนในการรับรู้ข้อมูล และการจัดการกับภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ ทำให้มีการดูแลตนเองไม่เหมาะสมไม่สามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สบายใจ เครียด วิตกกังวล มีกระบวนการคิดการตัดสินใจที่ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ จะทำให้มีการปรับตัวที่ไม่ดี หรือปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลกระทบต่อจิตใจ เกิดเป็นภาวะซึมเศร้าได้ (Chen et al., 2014; Mishel, 1988)

5) ปัจจัยทางสังคม ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาที่บุคคลแสดงออกมาในการเผชิญกับภาวะกดดันจากสิ่งแวดล้อมภายนอก ทำให้บุคคลนั้นยอมรับสภาพการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง และทำให้ปรับตัวให้เข้ากับสังคมไม่ได้ เกิดทัศนคติทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต และแยกตัวจาก

สังคมในที่สุด (Eaton et al., 2005) ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อเหตุการณ์เจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม แรงสนับสนุนทางสังคมจึงมีความสำคัญในการป้องกันความเครียด ความวิตกกังวลและส่งเสริมให้ผู้ป่วยหายจากภาวะซึมเศร้าได้ (นันทภาค ชนะพันธ์ และคณะ, 2556) หากขาดแรงสนับสนุนทางสังคมจะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวได้อย่างเหมาะสม อาจก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (จันทร์เพ็ญ สมโน, 2551)

จากที่กล่าวมาข้างต้น พบว่าภาวะซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นได้จากสาเหตุที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านต่างๆที่เกี่ยวข้อง โดยการศึกษาวิจัยนี้ได้พิจารณาปัจจัยตามแนวคิดทฤษฎีความรู้สึกล้นแน่นอนในความเจ็บป่วยของMishel (1988) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และน่าจะสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ อาการหายใจลำบาก ความแตกฉานทางสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม

#### 4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการหายใจลำบากกับภาวะซึมเศร้า

อาการหายใจลำบากในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (Dyspnea) เป็นประสบการณ์ของผู้ป่วยเป็นความรู้สึกหายใจอึดอัดหายใจไม่เพียงพอ ไม่สุขสบายในการหายใจ เป็นอาการที่รับรู้ถึงการหายใจที่ไม่ปกติหายใจไม่โล่ง หายใจไม่เต็มปอด และมีความรู้สึกที่ต้องพยายามใช้แรงในการหายใจเพิ่มขึ้น (ทรงขวัญ ศิลารักษ์, 2548) เกิดจากการปรับตัวของร่างกายเพื่อรักษาสมดุลเมื่อเกิดพยาธิสภาพที่ปอดและหัวใจ (Huang et al., 2008) เป็นอาการที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่ห้องฉุกเฉินและกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล พบได้ถึงร้อยละ 80-90 (Pang et al., 2008) อาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เกิดขึ้นเนื่องจากการคั่งของเลือดและน้ำ ในหัวใจและทันไปที่ปอด ทำให้หัวใจบีบตัวไม่มีประสิทธิภาพ และปอดมีการแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นนี้จะทำให้ผู้ป่วยต้องออกแรงในการหายใจเพื่อสู้กับแรงดันในปอดที่สูงขึ้น ก่อให้เกิดอาการหายใจลำบากตามมา

##### ความหมายของอาการหายใจลำบาก

Foot, Sexton, and Powlik (1986) ให้ความหมายว่า อาการหายใจลำบากจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีความรู้สึกและการรับรู้ถึงความยากลำบากในการที่ต้องพยายามออกแรงเพิ่มในการหายใจ ซึ่งไม่เพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วย ลักษณะอาการคล้ายคนหิวอากาศ

Fishman (1994) ให้ความหมายว่า อาการหายใจลำบากเป็นความรู้สึกของผู้ป่วยที่หายใจได้ไม่เต็มตามที่ตามความต้องการ ซึ่งการที่จะสามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากเกิดขึ้นนั้นต้อง

อาศัยการตรวจอย่างรอบคอบทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพราะอาการดังกล่าวสามารถเกิดขึ้นได้โดยมีสาเหตุมาจากพยาธิสภาพของโรคที่เป็นจริง เช่น จากโรคทางเดินหายใจ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง และจากอารมณ์ความรู้สึกวิตกกังวล หรือเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยประสบมาขณะนั้น และอาจเกิดจากผลกระทบของการมีกิจกรรมที่ต้องออกแรงมากเกินไป

ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ (2541) ให้ความหมายว่า อาการหายใจลำบากเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงความยากลำบากในการหายใจ ความรู้สึกต้องออกแรงมากในการหายใจ ประเมินได้จาก Dyspnea Visual Analogue Scale (DVAS)

ทรงขวัญ ศิลารักษ์ (2542) ให้ความหมายว่า อาการหายใจลำบากเป็นอาการที่ผู้ป่วยบอกล่าถึงการรับรู้ต่อการหายใจที่ไม่ปกติ หายใจไม่โล่ง ไม่เต็มปอด และเป็นความรู้สึกที่ต้องพยายามใช้แรงในการหายใจเพิ่มขึ้น ซึ่งปกติแล้วร่างกายจะหายใจโดยรับรู้ได้จิตสำนึกและไม่มีความรู้สึกต้องใช้แรงใดๆ ซึ่งอาการเช่นนี้อาจจะเกิดขึ้นสัมพันธ์กับการออกแรง หรืออยู่เฉยๆ ก็ได้

จันทร์จิรา วิรัช (2544) ให้ความหมายว่า อาการหายใจลำบาก หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยถึงความยากลำบากในการหายใจ และความรู้สึกที่ต้องออกแรงในการหายใจมากขึ้นกว่าปกติ ร่วมกับการใช้กล้ามเนื้ออื่นช่วยในการหายใจ ซึ่งเป็นอาการที่บ่งบอกถึงความทุกข์ทรมานจากการหายใจที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการ ประเมินโดยแบบวัดอาการหายใจลำบาก (Dyspnea Visual Analogue Scale; DVAS)

สรุปว่า อาการหายใจลำบาก หมายถึง การรับรู้ของบุคคลที่ผู้ป่วยบอกล่าเกี่ยวกับความรู้สึกอึดอัดหรือหายใจไม่เพียงพอ ไม่สุขสบายในการหายใจ ความยากลำบากในการหายใจ ต้องออกแรงและใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจเพิ่มขึ้น อาการหายใจลำบากมีหลายลักษณะอาจมีอาการขณะพักหรือขณะทำกิจกรรมต่างๆ อาการหายใจลำบากอาจสัมพันธ์กับการออกแรงและทำนอน ซึ่งเป็นผลของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสิ่งแวดล้อม

อาการหายใจลำบาก เกิดขึ้นโดยอาศัยกระบวนการหายใจและระบบประสาทที่ควบคุมการหายใจที่ดำเนินไปอย่างอัตโนมัติ ตามโครงสร้างของระบบการหายใจที่มีความสัมพันธ์กับศูนย์การหายใจและมีบทบาทต่อการเกิดอาการหายใจดังนี้ (ทรงขวัญ ศิลารักษ์, 2542)

1) สมองใหญ่ชั้นนอก (cerebral cortex) สมองส่วนควบคุมชั้นใน (subcortical center) ซึ่งทำหน้าที่รับกระแสประสาทเข้าจากส่วนต่างๆ ของระบบการหายใจและส่งสัญญาณประสาทออกไปยังศูนย์หายใจ

2) ตัวรับรู้การเปลี่ยนแปลง (mechano sensor) ซึ่งอยู่ในเนื้อปอด ทางเดินหายใจ และผนังทรวงอก แบ่งเป็นตัวรับรู้การยืดขยายของหลอดลมขนาดเล็ก เยื่อบุถุงลมซึ่งรับรู้การระคายเคือง และตัวรับรู้ "J" (juxtacapillary "J" receptor) ซึ่งจะอยู่ข้างๆ หลอดลมฝอย จะส่งกระแสประสาทเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลางทางเส้นประสาทเวกัส

3) ตัวรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางเคมี (chemoreceptor) แบ่งเป็น ตัวรับรู้ส่วนกลางซึ่งอยู่ที่บริเวณสมองส่วนเมดูลลา โดยทำหน้าที่ควบคุมระดับคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด และตัวรับรู้ส่วนปลาย ได้แก่ ตัวรับรู้บริเวณ aortic arch และตรงรอยแยกของหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอทำหน้าที่ควบคุมระดับออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด

4) ตัวรับรู้การเคลื่อนไหวที่กล้ามเนื้อผนังทรวงอกที่ใช้ในการหายใจ (Proprioceptive receptor) ซึ่งจะมีผลควบคุมในระดับได้สำนึก แต่จากการศึกษาระยะหลังพบว่า กระแสประสาทนี้สามารถส่งถึงสมองใหญ่ขึ้นนอกได้โดยตรง

หากอาการหายใจลำบากเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วใช้เวลาเป็นนาทีหรือชั่วโมง เกิดขึ้นภายใน 24-48 ชั่วโมง จะเรียกระยะนี้ว่า อาการหายใจลำบากชนิดเฉียบพลัน (acute dyspnea) (Boyers, Karnath, Mercado, 2004) หรือหากอาการหายใจลำบากไม่รุนแรงแต่อาการคงอยู่ตลอดเวลา (สัปดาห์ รุ่งเรืองหรือหิรัญญา, 2553) เป็นระยะเวลามากกว่า 1 เดือนขึ้นไป จะเรียกระยะนี้ว่าเป็นอาการหายใจลำบากชนิดเรื้อรัง (chronic dyspnea) (Karnani, Reisfield & Wilson, 2005) ซึ่งอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นอาจเปลี่ยนแปลงจากอาการเรื้อรังคงที่เป็นอาการเฉียบพลันได้ขึ้นอยู่กับสาเหตุต่างๆ ดังนี้

#### สาเหตุของอาการหายใจลำบาก (ทรงขวัญ ศิลารักษ์, 2542)

1) ระบบการหายใจผิดปกติ จากการอุดตันของทางเดินหายใจโรคของเนื้อปอดการมีน้ำหรือของเหลวในช่องเยื่อหุ้มปอดและหลอดเลือดปอดมีการอุดตัน ได้แก่ ภาวะอุดตันทางเดินหายใจ โรคของเนื้อปอดกระจายทั่วไป โรหของช่องเยื่อหุ้มปอด โรคของหลอดเลือดปอด และโรคของกล้ามเนื้อและผนังทรวงอก เป็นต้น

2) ระบบหัวใจและหลอดเลือดผิดปกติ ได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะน้ำเกิน ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคลิ้นหัวใจ เยื่อหุ้มหัวใจผิดปกติ และภาวะหัวใจผิดปกติแต่กำเนิด และภาวะหลอดเลือดแดงที่ปอดอุดตันเฉียบพลัน เป็นต้น

3) โรคระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ได้แก่ กิลแลงบาเรซินโดรม มายแอสทีเนียกราวิส โรคโปลิโอ และกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากโปลิโอในเลือดต่ำ เป็นต้น

4) ภาวะเมตาบอลิซึมผิดปกติ ได้แก่ ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำหรือก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง ภาวะต่อมไทรอยด์เป็นพิษ การตั้งครรภ์ ภาวะเลือดเป็นกรด โรคไตวาย และการติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นต้น

5) ภาวะจิตใจผิดปกติ ได้แก่ เครียด วิตกกังวลอย่างรุนแรง เป็นต้น

6) ระบบเลือดผิดปกติ ได้แก่ ภาวะซีด ไทรอยด์เป็นพิษ การตั้งครรภ์ และภาวะเลือดเป็นกรด เป็นต้น

### ลักษณะอาการหายใจลำบากที่พบบ่อยในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ได้แก่

(ทรงขวัญ ศีลารักษ์, 2542; อรินทยา พรหมนิธิกุล, 2553)

1) อาการเหนื่อยหอบเมื่อออกแรง (dyspnea on exertion) ในการทำกิจกรรมที่ต้องใช้แรง เช่น ขึ้นบันได วิ่งหรือเดินเร็วๆ ออกกำลังกาย เป็นต้น ผู้ป่วยต้องพักนานกว่าคนปกติจึงจะหายเหนื่อย พบในระยะแรกของภาวะหัวใจล้มเหลว จากการศึกษาพบว่าอาการเหนื่อยหอบเมื่อออกแรงพบในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 63 (Gheorghide & Pang, 2009)

2) อาการเหนื่อยหอบในท่านอนราบ (Orthopnea) เป็นอาการเหนื่อยหอบรุนแรงขึ้นจนผู้ป่วยนอนราบไม่ได้ ต้องนอนหลับในท่านั่ง อาการเหนื่อยหอบจะลดลง เนื่องจากท่านอนราบทำให้ปอดมีเลือดคั่งจากเลือดที่ไหลกลับจากอวัยวะส่วนปลายเข้าหลอดเลือดดำที่กลับเข้าหัวใจและปอด ทำให้หัวใจทำงานหนัก นอกจากนั้นการที่ปอดที่มีเลือดคั่งและบวม น้ำ ท่านอนราบกะบังลมจะสูงขึ้น เบียดปอด ทำให้ปอดขยายตัวไม่ดี อากาศที่ออกจากปอดลดลง อาการนอนราบไม่ได้จะเปลี่ยนแปลงไปตามความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว

3) อาการเหนื่อยหอบเป็นพักๆ ในช่วงเวลากลางคืน (Paroxysmal nocturnal dyspnea) อาการที่ผู้ป่วยจะนอนหลับสบายในท่านอนราบหนุนหมอนตามปกติประมาณ 2-5 ชั่วโมง และตื่นขึ้นมาตอนดึกเนื่องจากหายใจไม่ออก เหนื่อยหอบ มักเป็นประมาณ 15-30 นาที อาการจะลดลงเมื่อนั่ง เกิดจากการเพิ่มปริมาตรของเลือดกลับเข้าสู่หัวใจ การดูดซึ่มกลับของน้ำบริเวณที่บวมตามแขนขาที่สะสมอยู่ในเวลากลางวัน เมื่อหัวใจห้องซ้ายล้มเหลวไม่สามารถทนต่อปริมาณของเลือดที่มากเกินไป ได้ ความดันในหลอดเลือดดำของปอดเพิ่มขึ้น จึงเกิดอาการเหนื่อยหอบในช่วงกลางคืน

### ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากอาการหายใจลำบาก

อาการหายใจลำบากจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและทำหน้าที่ทางสังคมได้ตามปกติ ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลไม่สุขสบายอ่อนล้าหากอาการหายใจลำบากไม่ได้รับการช่วยเหลือและจัดการอย่างเหมาะสมหรือมีอาการต่อเนื่องเรื้อรัง จะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้พยาบาลจึงควรให้ความสำคัญต่อความรู้สึกที่ผู้ป่วยบอกเล่าพร้อมประเมินสภาพร่างกายร่วมด้วย เพื่อให้ได้ข้อมูลปัญหาที่ถูกต้องตรงกันกับความรู้สึกของผู้ป่วย เพื่อวางแผนช่วยเหลือ และบรรเทาให้อาการทุเลาลดความทุกข์ทรมานจากอาการหายใจลำบากตลอดจนการป้องกันการเกิดอาการหายใจลำบากในระยะยาว (สารนิตี บุญประสพ, 2555)

### การประเมินอาการหายใจลำบาก

1) แบบวัดการหายใจลำบากประมาณค่าเชิงเส้น (Dyspnea Visual Analogue Scale: DVAS) ลักษณะของแบบประเมินจะเป็นเส้นตรงยาว 100 มิลลิเมตรมีทั้งแนวตั้งและแนวนอนโดยมีคะแนนตั้งแต่ 0 - 100 คะแนนโดยคะแนน 0 หมายถึงไม่มีอาการหายใจลำบากเลย ส่วน 100 คะแนนหมายถึง มีอาการหายใจลำบากขั้นรุนแรงมาก ผู้ป่วยเป็นผู้ลากเส้นตามระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบากที่ตนเองประสบอยู่ขณะนั้น การแปลคะแนนโดยการอ่านค่าความยาวของเส้นที่ผู้ป่วยลากแทนคะแนนอาการหายใจลำบาก

2) แบบวัดอาการหายใจลำบากแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale) มีหมายเลขตั้งแต่ 1 ถึง 10 แล้วให้ผู้ป่วยวงกลมหมายเลขที่ตรงกับอาการหายใจลำบากในขณะนั้น การแปลผลจะแปลเป็นระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก โดยเรียงลำดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก จาก 0 ถึง 10 ดังนี้ 0 คือ ไม่มีอาการหายใจลำบากจนถึง 10 คือมีอาการหายใจลำบากมากที่สุด

3) แบบวัดอาการหายใจลำบากของเบิร์ก (Modified Borg's scale: MBS) (Borg, 1982) เป็นแบบวัดที่มีมาตรวัดตั้งแต่ 0 - 10 ถ้าไม่มีอาการหายใจลำบากให้คะแนนเท่ากับ 0 ถ้ามีอาการหายใจลำบากมากที่สุดให้คะแนนเท่ากับ 10 โดยคะแนนระหว่าง 0 - 10 มีการเรียงความรุนแรงของอาการหายใจลำบากตั้งแต่น้อยไปหามาก โดยมีข้อความที่ระบุความรุนแรงในระดับต่างๆ ได้แก่ ไม่มีอาการหายใจลำบาก มีอาการน้อยมาก มีอาการน้อย มีอาการปานกลาง มีอาการรุนแรงบางครั้ง มีอาการรุนแรง มีอาการรุนแรงไม่มาก มีอาการรุนแรงมาก มีอาการรุนแรงมากบางครั้ง มีอาการรุนแรงมากๆ และมีอาการรุนแรงมากที่สุด ตามลำดับ

4) แบบประเมินอาการหายใจลำบากตามแนวคิด Theory of Unpleasant symptom ของ Lenz และคณะ ฉบับที่พัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยโดย ภัทรพร เชี่ยวหวาน และชนกพร จิตปัญญา (2548) ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.95 แบบประเมินมีลักษณะคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรงแนวนอน ความยาว 100 มิลลิเมตร จำนวน 19 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ ความรุนแรง ระยะเวลา ความทุกข์ทรมาน และคุณลักษณะของอาการหายใจลำบาก โดยประเมินอาการหายใจลำบากในช่วงระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ลักษณะคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรงแนวนอน ความยาว 100 มิลลิเมตร จำนวน 19 ข้อ แปลผลคะแนนเป็น 0 ถึง 100 คะแนน แปลผลคะแนนของอาการหายใจลำบากเป็น 3 ระดับ ได้แก่ อาการหายใจลำบากน้อย, อาการหายใจลำบากปานกลาง และอาการหายใจลำบากมาก

การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินอาการหายใจลำบาก ตามแนวคิด Theory of Unpleasant symptom ของ Lenz และคณะ ฉบับที่พัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยโดย ภัทรพร เชี่ยวหวาน และชนกพร จิตปัญญา (2548) ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา

รอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.95 แบบประเมินมีลักษณะคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรงแนวนอน ความยาว 100 มิลลิเมตร จำนวน 19 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ ความรุนแรง ระยะเวลา ความทุกข์ทรมาน และคุณลักษณะของอาการหายใจลำบาก โดยประเมินอาการหายใจลำบากในช่วงระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ลักษณะคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรงแนวนอน ความยาว 100 มิลลิเมตร จำนวน 19 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน โดยการให้ไม้บรรทัดวัดจากตำแหน่งศูนย์ บนเส้นตรงไปยังจุดที่ผู้ตอบแบบสอบถามทำเครื่องหมายกากบาทไว้บนเส้นตรง ซึ่งไม้บรรทัดที่ใช้วัดเป็นอันเดียวกันกับที่ใช้สำหรับการวัดความยาวเส้นตรงในแบบประเมิน มีหน่วยวัดเป็นมิลลิเมตร แปลผลคะแนนเป็น 0 ถึง 100 คะแนน จากนั้นนำคะแนนของข้อ 1, 2, 3 และคะแนนเฉลี่ยของข้อ 4-19 มาหาค่าเฉลี่ย จนได้เป็นค่าคะแนนของอาการหายใจลำบาก โดยมีคะแนนรวมเท่ากับ 0-100 คะแนน แปลผลคะแนนของอาการหายใจลำบากเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 0-39 คะแนน หมายถึง มีอาการหายใจลำบากน้อย 40-60 คะแนน หมายถึง มีอาการหายใจลำบากปานกลาง และ 61-100 คะแนน หมายถึง มีอาการหายใจลำบากมาก

จากความทุกข์ทรมานจากอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นนี้ ผู้ป่วยจำเป็นที่จะต้องอาศัยความสามารถและความเข้าใจในการนำความรู้หรือคำแนะนำที่ได้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ร่วมด้วย เพื่อให้สามารถจัดการอาการและสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมต่อเหตุการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้เลือกความแตกฉานทางสุขภาพเป็นอีกตัวแปรหนึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของ Mishel (1988)

#### 4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานทางสุขภาพกับภาวะซึมเศร้า

Health literacy ปรากฏครั้งแรกในโลกจากการสัมมนาวิชาการด้านสุขภาพศึกษาในปีค.ศ. 1974 (Mancuso J.M., 2009) ในประเทศไทยช่วงปี พ.ศ. 2542-2552 มีบทความวิจัยและรายงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความแตกฉานทางสุขภาพมากขึ้น และมีการศึกษาในกลุ่มวัยผู้ใหญ่มากที่สุด โดยอาจมีคำใช้เรียก "Health Literacy" ได้หลายคำ ได้แก่ ความแตกฉานทางสุขภาพ หรือ ความฉลาดทางสุขภาพ หรือ การรู้เท่าทันสุขภาพ เป็นต้น (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร, 2554)

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีความแตกฉานทางสุขภาพที่เพียงพอ ผู้ป่วยจะสามารถนำข้อมูล ความรู้ คำแนะนำทางสุขภาพที่ได้รับมาช่วยในการคิดวิเคราะห์ ประเมินเหตุการณ์ความเจ็บป่วย สามารถตัดสินใจและเผชิญเหตุการณ์ความเจ็บป่วยโดยการประยุกต์ข้อมูล ความรู้ คำแนะนำทางสุขภาพที่ได้รับอย่างเหมาะสม ทั้งด้านการดูแลตนเองและการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Nutbeam, 2008) แต่หากผู้ป่วยมีความแตกฉานทางสุขภาพต่ำ ผู้ป่วยจะไม่สามารถนำข้อมูล ความรู้ คำแนะนำทางสุขภาพที่ได้รับนั้น มาช่วยในการคิดวิเคราะห์เหตุการณ์ความเจ็บป่วยและประเมิน



เหตุการณ์ความเจ็บป่วยได้ ทำให้ไม่สามารถตัดสินใจและเผชิญเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวที่ไม่ดี ทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Chen et al., 2014)

### ความหมายของความแตกฉานทางสุขภาพ

Simond (1974) ให้ความหมายว่า ความแตกฉานทางสุขภาพ หมายถึง ระดับความสามารถของบุคคลในการได้มาซึ่งข้อมูลทางสุขภาพ กระบวนการการดูแลและการจัดการตนเองทางสุขภาพ ความเข้าใจในข้อมูลพื้นฐานและบริการที่จำเป็นทางสุขภาพ ในการตัดสินใจที่เหมาะสมในเรื่องสุขภาพของตนเอง

WHO (1996) ให้ความหมายว่า ความแตกฉานทางสุขภาพ หมายถึง การมีความรู้ทักษะส่วนบุคคลและความมั่นใจในการที่จะลงมือปฏิบัติเพื่อช่วยให้สุขภาพของตนเองและชุมชนดีขึ้น โดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตและสภาพความเป็นอยู่ ความแตกฉานทางสุขภาพจึงไม่ใช่เพียงความสามารถในการอ่านคู่มือด้านสุขภาพและปฏิบัติตามได้เท่านั้น ความแตกฉานทางสุขภาพยังเป็นปัจจัยสำคัญในการให้อำนาจแก่ประชาชน ที่จะช่วยประชาชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพและความสามารถในการใช้ข้อมูลทางสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ขณะเดียวกันการที่จะให้ประชาชนมีความแตกฉานทางสุขภาพย่อมขึ้นอยู่กับการศึกษาที่ประชาชนได้รับอย่างทั่วถึงด้วย

Nutbeam (2008) ให้ความหมายว่า ความแตกฉานทางสุขภาพ หมายถึง ระดับการเรียนรู้ความสามารถ และความเชื่อมั่นของบุคคล เกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพของบุคคลและชุมชน โดยการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตและสภาพความเป็นอยู่ส่วนบุคคล ความแตกฉานทางสุขภาพจึงเป็นมากกว่าความสามารถในการอ่านคำแนะนำต่างๆ และมีความสำคัญต่อการเสริมสร้างศักยภาพของบุคคล

Speros (2005) ให้ความหมายว่า ความแตกฉานทางสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ และการเข้าถึงข้อมูลที่นอกเหนือจากความสามารถในการอ่านและคิดคำนวณตัวเลข สามารถประยุกต์ใช้ทักษะพื้นฐานในการอ่าน เขียน และการคิดคำนวณตัวเลขจากสื่อต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพและกิจกรรมของสถานบริการการทางสุขภาพ ตลอดจนการรักษาทางการแพทย์ได้ เพื่อช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ การดูแลตนเอง และการใช้บริการสุขภาพอย่างเหมาะสมสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปได้ว่า ความแตกฉานทางสุขภาพ หมายถึง ทักษะความสามารถในการอ่าน การคิดวิเคราะห์ การเข้าใจและเข้าถึงข้อมูลที่ได้รับจากบุคลากรทางสุขภาพ และทักษะความสามารถของบุคคลในนำความรู้หรือข้อมูลที่ได้รับไปใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การจัดการตนเอง และการดูแลตนเอง รวมทั้งทักษะความสามารถในการใช้บริการระบบบริการสุขภาพได้อย่าง

เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวได้อย่างเหมาะสมตามเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

### องค์ประกอบของความแตกฉานทางสุขภาพ

1) ทักษะด้านการรู้คิดทางปัญญา (cognitive skill) ได้แก่ การอ่านและคำนวณตัวเลข ได้แก่ ทักษะการอ่านการคำนวณตัวเลข ความเข้าใจ ได้แก่ การแปลความ การตีความ การขยายความ ความสามารถในการใช้ข้อมูลในการตัดสินใจ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ กระบวนการเลือกทางใดทางหนึ่ง จากทางเลือกที่ได้จากข้อมูลประกอบกับความรู้ความเข้าใจ

2) ทักษะทางสังคม (social skill) ได้แก่ ทักษะการแก้ปัญหาทักษะการปรับตัวทักษะการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพทักษะการตระหนักในตนเองทักษะเพื่อการได้มาซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคม และทักษะการแสวงหาข้อมูลข่าวสารนอกจากนี้ยังพบว่ามีปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์กับความแตกฉานทางสุขภาพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังด้วย ได้แก่ ระดับการศึกษา เพศ อายุ โรคร่วม ระดับความรุนแรงของโรค และความสามารถในการรู้คิด (cognitive ability) รวมทั้งรายได้ และประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพ (วนิดา หาจักร, 2556)

**ระดับของความแตกฉานทางสุขภาพ** ระดับความแตกฉานทางสุขภาพสามารถแบ่งได้ 3 ระดับ ดังนี้ (Nutbeam, 2008)

1) ความแตกฉานทางสุขภาพระดับพื้นฐานหรือบทบาทหน้าที่ (Basic/Functional health literacy) คือ ทักษะพื้นฐานในการฟัง พูด อ่าน เขียนที่จำเป็นต่อการเข้าใจและการนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ สะท้อนถึงรูปแบบสุขภาพแบบดั้งเดิม เป็นการสื่อสารข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ การเลือกใช้บริการสุขภาพ โดยมีเป้าหมายในการเพิ่มความรู้ทางสุขภาพที่จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อบุคคล เช่น การอ่านฉลากยา การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลทั้งข้อความเขียนและวาจาจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวมทั้งการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ได้แก่ การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การรับประทานอาหาร และการปฏิบัติตัว เป็นต้น (Kickbusch, 2001)

2) ความแตกฉานทางสุขภาพระดับที่สามารถสื่อสารหรือสามารถมีปฏิสัมพันธ์ได้ (Communication/Interactive health literacy) คือ ระดับความก้าวหน้าของทักษะการอ่านออกเขียนได้และทักษะทางสังคม ที่สามารถนำข้อมูลที่ได้อ่านมาประยุกต์ใช้ในการตัดสินใจและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความแตกฉานในระดับนี้จะเน้นการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลและมุ่งประโยชน์ในระดับบุคคล และเน้นผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร การแยกแยะลักษณะการสื่อสาร รวมทั้งการประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น

3) ความแตกฉานทางสุขภาพระดับที่สามารถคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical health literacy) คือ ระดับที่สูงขึ้นของทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคม ที่สามารถนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสาร และสามารถนำข้อมูลข่าวสารที่ได้มานั้นมาใช้ในการจัดการ ควบคุมสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ความแตกฉานในระดับนี้จะเป็นตัวสะท้อนพฤติกรรมด้านสติปัญญา การรู้คิด และการพัฒนาผลลัพธ์จากการเผชิญปัญหาหรือการจัดการปัญหาในสถานการณ์ต่างๆ และเป็นระดับที่สามารถคิดอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อเชื่อมโยงประโยชน์ของตัวเองกับบุคคลอื่นๆ และสังคมได้ เช่น การมีส่วนร่วมผลักดันนโยบายสุขภาพในสังคมกับรัฐไปพร้อมกัน เพื่อเชื่อมโยงประโยชน์ระหว่างบุคคล สังคม และประชาชนอื่นๆทั่วไป

**การประเมินความแตกฉานทางสุขภาพ** แบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และนฤมล ศรีเพชรศรีอุไร, 2554) ได้แก่

1) แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็ว (Rapid Estimate of Adult literacy in Medicine: REALM) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดการอ่านออกเขียนได้ของผู้ป่วยในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ การให้สุขศึกษา และหน่วยวิจัยทางการแพทย์ เป็นต้น แบบประเมินนี้ออกแบบมาเพื่อใช้ประเมินศัพท์ทางการแพทย์ที่คาดว่าผู้ป่วยจะจดจำได้ สามารถช่วยให้แพทย์จำแนกผู้ป่วยที่มีระดับการอ่านที่จำกัด เพื่อประเมินและปรับปรุงการใช้สื่อทางสุขภาพหรือให้คำแนะนำทางสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งประกอบด้วยคำศัพท์ 125 คำ วางเรียงเป็น 4 คอลัมน์ ตามจำนวนพยางค์และความยากง่าย

2) แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็วอย่างย่อ (Shortened version of the Rapid Estimate of Adult literacy in Medicine: S-REALM) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดการอ่านออกเขียนได้ของผู้ป่วยในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ การให้สุขศึกษา และหน่วยวิจัยทางการแพทย์ เป็นต้น แบบประเมินนี้ออกแบบมาเพื่อใช้ประเมินการศัพท์ทางการแพทย์ที่คาดว่าผู้ป่วยจะจดจำได้ สามารถช่วยให้แพทย์จำแนกผู้ป่วยที่มีระดับการอ่านที่จำกัด เพื่อประเมินและปรับปรุงการใช้สื่อทางสุขภาพหรือให้คำแนะนำที่เหมาะสม โดยปรับปรุงมาจากแบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็ว แต่ลดจำนวนด้วยคำศัพท์เหลือ 66 คำ วางเรียงเป็น 3 คอลัมน์ตามจำนวนพยางค์และความยากง่าย

3) แบบสอบถามคัดกรองความแตกฉานทางสุขภาพ (Health Literacy Screening Question: Set of Brief Screening Questions; SBSQ) มีจำนวน 16 ข้อคำถาม แบบสอบถามวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scales) 5 ระดับ โดยวิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

4) แบบประเมินระดับชาติเรื่องการเรียนรู้หนังสือในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ (National Assessment of Adult Literacy: NAAL) แบบประเมินนี้ใช้ประเมินความสามารถในการเข้าใจในสิ่งต่างๆเกี่ยวกับสุขภาพที่แสดงเป็นลายลักษณ์อักษรที่พบในกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งความสามารถในการใช้เอกสารทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ แบบประเมินมีจำนวนข้อคำถาม 28 ข้อ

5) แบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพระดับพื้นฐานของผู้ป่วย (Test of Functional Health Literacy in Adult: TOFHLA) เป็นแบบประเมินที่มีข้อความที่เฉพาะเจาะจง ที่เลือกจากรายการคำมาตรฐานที่มีมากกว่า 1 คำ เพื่อทดสอบทักษะการอ่านของผู้ป่วย โดยใช้เนื้อหาที่มีความเฉพาะเจาะจง ใช้ประเมินความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพจากการอ่านของผู้ป่วย แบบประเมินนี้ประยุกต์ขึ้นมาจากแบบสอบถาม The cloze test ของ Parker และคณะ (1995) ประกอบด้วยข้อคำถาม 57 ข้อ

6) แบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพระดับพื้นฐานอย่างย่อ (Short-Test of Functional Health Literacy in Adult: Short-TOFHLA/S-TOFHLA) แบบประเมินประกอบด้วยส่วนที่ใช้ในการวัดความสามารถในการคำนวณ มีจำนวนข้อคำถาม 17 ข้อ และส่วนที่ใช้ทดสอบความเข้าใจในการอ่าน มีจำนวนข้อคำถาม 36 ข้อ โดยมี 4 ตัวเลือกให้เลือกตอบ ให้คะแนน 0 เมื่อตอบผิด และ 1 คะแนนเมื่อตอบถูก ซึ่งแปลผลเป็น คะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน จากคะแนนเต็ม 36 คะแนน ถือว่าผู้ป่วยมีความแตกฉานทางสุขภาพไม่เพียงพอ (วนิดา หาจักร, 2556)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังของ วนิดา หาจักร (2556) ที่ประยุกต์ขึ้นจากเครื่องมือ Short-Test of Functional Health Literacy in Adult: Short-TOFHLA/S-TOFHLA ตามแนวคิดของ Parker และคณะ (1995) ลักษณะแบบประเมินนี้จะให้ผู้ถูกประเมินอ่านข้อความที่ระบุไว้ แล้วตอบคำถามตามความเข้าใจ ความเชื่อมั่นของเครื่องมือมีค่าคูเดอริชาร์ดสันต์ 20 (Kuder-Richardson 20) เท่ากับ 0.79 แบบประเมินข้อคำถามมีจำนวน 22 ข้อหากผู้ป่วยตอบตรงกับคำถามที่กำหนดไว้จะคิดเป็น 1 คะแนน ถ้าตอบไม่ได้หรือตอบไม่ตรงคำถามที่กำหนดไว้จะคิดเป็น 0 คะแนน คะแนนรวม 22 คะแนน แปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ 0-12 คะแนน หมายถึง มีความแตกฉานทางสุขภาพไม่เพียงพอ 13-16 คะแนน หมายถึง มีความแตกฉานทางสุขภาพปานกลาง และ 13-16 คะแนน หมายถึง มีความแตกฉานทางสุขภาพเพียงพอ

นอกจากปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่ามีอีกตัวแปรหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง นั่นคือ แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีรายละเอียดกล่าวไว้ในหัวข้อต่อไป

#### 4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า

แรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ถือว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญมากในการดูแลตนเองและส่งเสริมความสามารถในการปรับตัวต่อการดำเนินโรคของผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง หมายถึง การที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้รับความรู้สึกใคร่ ผูกพัน ไว้วางใจ และได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคคลใกล้ชิด ที่ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้รับ อาจเป็นข้อมูลหรือข่าวสาร กำลังใจ สิ่งของ หรือการช่วยเหลือด้านต่างๆจากบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์กัน ทั้งสมาชิกในครอบครัว เพื่อน บุคคลอันเป็นที่รัก บุคลากรทางสุขภาพ และตัวแทนที่เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร (Cobb, 1976)

แรงสนับสนุนทางสังคมจึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเหตุการณ์ความเจ็บป่วยและแนวทางการรักษาได้ดีมากขึ้น ลดความคลุมเครือจากเหตุการณ์เจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคาดเดาเหตุการณ์ความเจ็บป่วยและผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้น และเป็นปัจจัยที่ช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล ทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาได้เหมาะสม และสามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีกำลังใจและมั่นใจในการดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย หรือประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าเป็นโอกาส และมีความหวังต่อการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น (Mishel, 1988) แรงสนับสนุนทางสังคมจึงถือว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่สามารถส่งเสริมการจัดการภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้

##### ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม

Cobb (1967) ให้ความหมายว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ได้รับการยกย่องความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดยจะต้องมีการติดต่อสื่อสารและผูกพันซึ่งกันและกัน

House (1981) ให้ความหมายว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ประกอบด้วย ความรัก ความหวังใย ความไว้วางใจ การช่วยเหลือ ในด้านต่างๆ ได้แก่ จิตใจ สิ่งของ เวลา แรงงาน ข้อมูลข่าวสาร และข้อมูลย้อนกลับ เพื่อการเรียนรู้และการประเมินตนเอง

Pender (1985) ให้ความหมายว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ทำให้บุคคลรู้สึกเป็นเจ้าของ ได้รับการยอมรับนับถือ การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเป็นที่ต้องการของสังคม ซึ่งสิ่งนี้

บุคคลได้รับนั้น ประกอบด้วย ด้านอารมณ์ สิ่งของ ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ ทำให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเหมาะสม

Kaplan, Cassel และ Gore (1997) ให้ความหมายว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความพอใจต่อความจำเป็นพื้นฐานทางสังคม ได้แก่ การได้รับการยกย่องนับถือ การได้รับการยอมรับ การได้รับการช่วยเหลือ จากการติดต่อสัมพันธ์กับกลุ่มคนในสังคม และหมายถึง ความสัมพันธ์ที่บุคคลในสังคมรับรู้ถึงการสนับสนุนกัน จากการมีปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มคนในสังคม

จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ (2555) ให้ความหมายว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่นในสังคมในด้านต่างๆซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณค่าได้รับการเอาใจใส่ดูแลและรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย แรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบุคคลอันเป็นที่รัก บุคลากรทางสุขภาพและรวมถึงคำสอนหรือตัวแทนของศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือ

สรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกรักใคร่ ผูกพัน ความไว้วางใจ และความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคคลใกล้ชิด ทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณค่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นอกจากนี้ยังหมายถึงการได้รับกิจกรรม สิ่งของ พฤติกรรม หรือการสนับสนุนทางจิตใจ จากการที่บุคคลนั้นมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันด้วย

**ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม** สามารถแบ่งเป็น 4 ด้าน (House, 1981) คือ

- 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการแสดงออกถึงการยอมรับ เห็นคุณค่า ความรัก ความห่วงใย ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน
- 2) การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า (Appraisal support) เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้และไปใช้ในการประเมินตนเอง
- 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ชี้แนวทาง และการให้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ได้
- 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) เป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ เช่น การให้เวลา สิ่งของ แรงงาน เงิน และการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม

### การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

1) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ สุภาพร แนวนบุตร (2548) เป็นแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สร้างตามแนวคิดของ House (1981) มีจำนวน 69 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ โดยแบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็น 3 แหล่ง คือ บุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ ครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ 18 ข้อ ด้านการสนับสนุนการประเมินคุณค่า 15 ข้อ ด้านการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร 21 ข้อ และด้านการสนับสนุนทรัพยากร 15 ข้อ

2) แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมของ สิริรัตน์ ลีลาจรัส และพิศสมัย อรทัย (2554) ที่ได้รับอนุญาตจาก Toljamo and Hentinen (2001) ให้แปลเป็นภาษาไทย ที่สร้างตามแนวคิดของ House (1981) มีข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยแหล่งสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ ครอบคลุมแรงสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ ด้านแรงสนับสนุนทางอารมณ์ 4 ข้อ ด้านแรงสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร 3 ข้อ ด้านแรงสนับสนุนการประเมินคุณค่า 4 ข้อ และด้านแรงสนับสนุนทรัพยากร 1 ข้อ

3) แบบวัดความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (Revised-Thai version of the Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support: r-T-MSPSS) เป็นเครื่องมือสำหรับวัดความเข้าใจและการรับรู้การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลใกล้ชิด ที่ถูกพัฒนาขึ้นโดย Zimet, Dahlem และ Farley (1988) ฉบับปรับปรุงภาษาไทยโดยณททัย วงศ์ปการณีย์ (2552) ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ แยกเป็น แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลพิเศษ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 7 อันดับ

4) แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม Norbeck Social Support Questionare (NSSQ) พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Kahn (1983) ใช้วัดโครงสร้างตามแรงสนับสนุนทางสังคม เกี่ยวกับการปรับตัวของผู้ป่วย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แบบประเมินการทำหน้าที่ เป็นการประเมินการสนับสนุน 3 ด้าน ได้แก่ ความผูกพันทางด้านอารมณ์ ความเห็นพ้องของบุคคล และการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และแบบประเมินเครือข่าย เป็นมาตราส่วนแบบประมาณค่า 5 ระดับ

5) แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม Social Support Questionare (SSQ) พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Sarason (1981) ใช้วัดการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ และความพึงพอใจในการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย สัมพันธภาพส่วนบุคคล การปรับตัว และการเปลี่ยนแปลงในชีวิต มี 27 ข้อคำถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ

6) แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม Inventory of Socially Supportive Behavior (ISSB) พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Berrera (1981) ใช้วัดความถี่ของการได้รับการสนับสนุนทางสังคม

ในระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมา จากผู้ที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ หรือสายเลือด และบุคคลใกล้ชิด มี 40 ข้อคำถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ประเมินโดยแบบวัดความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (Revised-Thai version of the Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support: r-T-MSPSS) เป็นเครื่องมือสำหรับวัดความเข้าใจและการรับรู้การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลใกล้ชิด ที่ถูกพัฒนาขึ้นโดย Zimet, Dahlem และ Farley (1988) ฉบับปรับปรุงภาษาไทยโดย ณหทัย วงศ์ปการัญญ์ (2555) ค่าความเชื่อมั่นมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.87 แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ แยกเป็น แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 7 อันดับ คือ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยมากที่สุด, 2 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยมาก, 3 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วย, 4 คะแนน หมายถึง ไม่แน่ใจ, 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วย, 6 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมาก และ 7 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด แปลผลคะแนนเป็น มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง และมีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง และแปลผลว่ามีแรงสนับสนุนด้านใดมากที่สุด

## 5. บทบาทของพยาบาลในการจัดการภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ปัญหาทางจิตสังคมที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังส่วนใหญ่เกิดจากความเครียดและความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตัวเอง เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวให้ยอมรับการวินิจฉัยโรคและการดำเนินโรคที่เกิดขึ้นได้ จากการที่ผู้ป่วยคิดว่าภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิต เป็นสิ่งที่รักษาไม่หายขาดและไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะมีอาการกำเริบเมื่อใดประกอบกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังต้องเผชิญกับข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตและการมีกิจกรรมอีกด้วย จึงอาจเป็นภาวะแก่ผู้อื่นหรือครอบครัว ความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นจะทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน ความวิตกกังวล และกลัวความตาย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีอาการเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันหรือเมื่อมีอาการรุนแรงมากขึ้น ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนี้จะส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกให้ทำงานมากขึ้น จนอาจเป็นสาเหตุของภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ และภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ ส่งผลให้ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีการดำเนินโรคที่แย่งลง ทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาบ่อยครั้ง กระทั่งต่อการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วย หากผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับความวิตกกังวลต่างๆได้ ผู้ป่วยจะเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาในที่สุด ซึ่งพบในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมากถึงร้อยละ 15-77.5 ภาวะซึมเศร้านี้จะมีผลรบกวนการนอนหลับ ความสามารถในการรับรู้ การตัดสินใจเผชิญ



ปัญหา และการดูแลตนเองของผู้ป่วยอีกด้วย (จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์, 2555) ดังนั้นการจัดการภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญ (National Institute of Mental Health, 2011) ที่จะสามารถลดและป้องกันอาการจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญในการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (Ekman et al., 2005)

พยาบาลจึงมีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถป้องกันและจัดการการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งสามารถทำได้หลายรูปแบบ ได้แก่ เป็นผู้ให้ความรู้ ผู้สอนแนะ ผู้ประสานความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ทีมสุขภาพ และแหล่งประโยชน์ทางสังคม ตลอดจนให้การพยาบาลอาการทางกายต่างๆตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการดำเนินโรคที่ดี สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ มีบทบาทหน้าที่ทางสังคมอย่างเหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Stephen Gottlieb et al., (2003) ศึกษาอิทธิพลของภาวะซึมเศร้า อายุ เพศ กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกศึกษา เนื่องจากการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ผ่านมา ส่วนมากเป็นการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยใน ซึ่งมีจำนวนประชากรและความหลากหลายของประชากรค่อนข้างน้อย กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยมีจำนวน 155 ราย โดยมีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ที่ NYHA functional class II, III, และ IV และมีประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจตั้งแต่ 40% ขึ้นไป เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามคุณภาพชีวิต แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า The Beck Depression Inventory (BDI) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 48 โดยเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 64) และกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่ามีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อย และภาวะซึมเศร้าสามารถทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Wei Jiang et al., (2004) ศึกษาการดำเนินโรคของภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังจำนวน 291 คน โดยใช้แบบสอบถาม Spielberger state- trait Anxiety Inventory (STAI) และแบบสอบถาม The Beck Depression Inventory (BDI) ผลการศึกษาพบว่า ภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการดำเนินโรคของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง แต่พบว่ามีภาวะซึมเศร้าเพียงตัวเดียวที่สามารถทำนายการดำเนินโรคที่เลวลงในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Asa Neuman และคณะ (2006) ศึกษาอาการหายใจลำบากกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่จำนวน 515 คน แบบภาคตัดขวางระยะเวลา 9 ปี โดยใช้แบบสอบถาม Modified British Medical Research Council Scale for Dyspnea และ แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression scale ผลการศึกษาพบว่าอาการหายใจลำบากเป็นอาการเริ่มต้นอันดับหนึ่งของภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (OR = 3.53 และ 12.2 ตามลำดับ) โดยที่ระยะเวลาการเกิดอาการหายใจลำบากไม่สัมพันธ์กับการดำเนินโรคของภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าสรุปได้ว่า อาการหายใจลำบากเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญของปัญหาด้านจิตใจในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ การจัดการอาการหายใจลำบากที่มีประสิทธิภาพจะมีผลให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง

Eastwood และคณะ (2008) ศึกษาผลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่อภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยภายหลังได้รับการฉีดยาหลอดเลือดหัวใจ 1 ปี ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังได้รับการฉีดยาหลอดเลือดหัวใจ 1 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ระดับสูงจะมีภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูงด้วย ซึ่งความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและภาวะเครียดที่เกิดขึ้นนั้นสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 54

Chen และคณะ (2014) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานทางสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 81 คน พบว่า ความแตกฉานด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .001$ ) ความแตกฉานด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองและพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ )

มลฤดี บุราณ (2548) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 150 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่วนใหญ่ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า รายได้ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.511$  และ  $-.437$  ตามลำดับ) อาการหายใจลำบากและความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .434$  และ  $.395$  ตามลำดับ) ส่วนระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .187$ ) เพศมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $\text{Eta}^2 = .555$ ) ภาวะการทำหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับภาวะ

ซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $C = .240$ ) ในขณะที่อายุและประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

นุชจรรย์ แสงสว่าง (2552) ศึกษาอิทธิพลของปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการตรวจที่หน่วยตรวจโรคทางเดินหายใจ แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก สถาบันโรคทรวงอก จำนวน 85 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 89.6 ไม่มีภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ส่วนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .40$ ) และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์ (2555) ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยทำการสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ งานวิจัยที่ตีพิมพ์ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ตั้งแต่ปี ค.ศ.1990 ถึง ค.ศ.2012 จำนวน 18 เรื่อง พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อนของโรค ประสบการณ์การเจ็บป่วย ความเหนื่อยล้า แรงสนับสนุนทางสังคม แบบแผนการดำเนินชีวิต การทำหน้าที่และความหวัง

อริษา จันทนทัศน์ และคณะ (2556) ศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจซี.ซี.ยูและไอ.ซี.ซี.ยูโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 124 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีโรคซึมเศร้า ร้อยละ 14.5 การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุแบบลอจิสติกพบว่า การเคยมีประวัติเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมาก่อน การเคยมีประวัติโรคทางจิตเวชมาก่อน การมีปัญหาทางการเงิน และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติโรคทางจิตเวช ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อนของโรค ประสบการณ์การเจ็บป่วย ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก การใช้ยากลุ่มยานอนหลับ อัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล แรงสนับสนุนทางสังคม แบบแผนการดำเนินชีวิต การทำ

หน้าที่และความหวัง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และความแตกฉานทางสุขภาพ ปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้

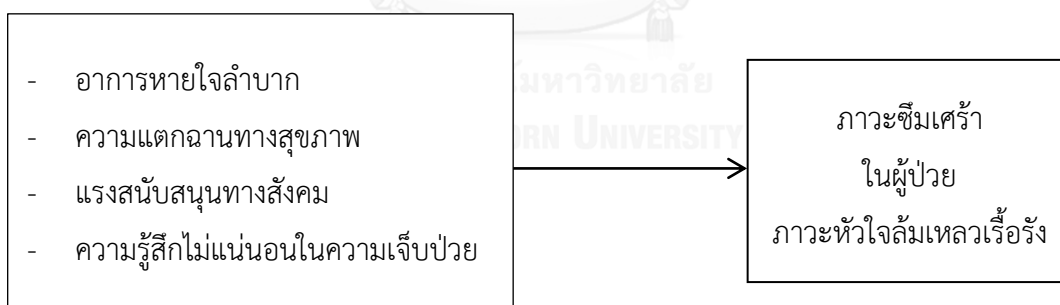
การศึกษาวิจัยนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แนวคิดทฤษฎีความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม มาเป็นกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาวิจัย โดยทฤษฎีนี้อธิบายว่า ความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย คือการที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำนายหรือคาดเดาเหตุการณ์ความเจ็บป่วย การรักษา ผลการรักษา และการดำเนินโรค ซึ่งจะก่อให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในตัวบุคคล ขัดขวางการใช้สติปัญญา และการแสดงออกทางพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยประเมินความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนี้ว่าเป็นอันตราย ก่อให้เกิดความคิดอย่างไม่มีเหตุผลในการปรับตัวต่อสถานการณ์ความเจ็บป่วยนั้น (Mishel, 1988 อ้างใน ผกามาศ อ่อนขาว และสุนิดา ปรีชาวงษ์, 2553) องค์ประกอบภายในทฤษฎี ประกอบด้วย เหตุทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการปรับตัว ซึ่งเป็นผลลัพธ์สุดท้ายที่เกิดขึ้นหลังจากที่ผู้ป่วยเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยทั้งทางบวกและทางลบ (ผกามาศ อ่อนขาว และสุนิดา ปรีชาวงษ์, 2553) โดยเหตุทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ประกอบด้วย 1) สิ่งกระตุ้น (Stimuli frame) ได้แก่ แบบแผนอาการแสดงความเจ็บป่วย (Symptom pattern) ความคุ้นเคยกับเหตุการณ์ความเจ็บป่วย (Event familiarity) และความสอดคล้องกับเหตุการณ์ที่คาดหวังกับความจริง (Event congruency) 2) ความสามารถในการรู้คิด (Cognitive capacity) ได้แก่ สติปัญญา ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ ความสามารถในการแปลข้อมูลที่ได้รับ เพื่อพิจารณาตัดสินความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น 3) แหล่งประโยชน์ที่สนับสนุน (Structure providers) ได้แก่ อำนาจที่นำเชื่อถือของบุคลากรทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและการศึกษา

สอดคล้องกับการที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังต้องเผชิญกับอาการต่างๆ ที่รบกวนการดำเนินชีวิตอยู่ตลอดเวลา ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ในชีวิต ผู้ป่วยจำเป็นต้องดูแลตนเองและปรับตัวเพื่อให้ร่างกายสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ และเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนตลอดจนการกำเริบของอาการต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรคที่ดำเนินอยู่ หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมหรือคาดเดาอาการของโรคที่ดำเนินอยู่ได้ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นไปในทางลบหรือมองว่าเป็นอันตราย จากนั้นผู้ป่วยจะพยายามคิดค้นหาวิธีเผชิญปัญหาเพื่อจัดการกับความรู้สึกไม่แน่นอนให้หมดไป และอาศัยวิธีการปรับตัวที่เหมาะสมการเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นดังกล่าว หากผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้หรือปรับตัวได้ไม่ดี จะทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีพฤติกรรมในการดูแลตนเอง การทำหน้าที่และบทบาทต่างๆ ทางสังคม

เปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยจะมีความทุกข์ใจ ไม่สบายใจ และวิตกกังวล ขาดความกระตือรือร้นในการเผชิญปัญหาและการปรับตัว ซินชา เพื่อหน่าย รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง จนเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2552)

จากแนวเหตุผลข้างต้น ผู้วิจัยจึงเลือกปัจจัยที่สอดคล้องกับทฤษฎีความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยและมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมาเป็นตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา โดยกำหนดอาการหายใจลำบากเป็นตัวแทนสิ่งกระตุ้น ความแตกฉานทางสุขภาพเป็นตัวแทนความสามารถในการรู้คิด และแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแทนแหล่งประโยชน์ที่สนับสนุนซึ่งปัจจัยทั้ง 3 นี้เป็นสาเหตุทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยตามทฤษฎี ทั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นอีกหนึ่งเป็นตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนี้ให้หมายถึงความรู้สึกไม่แน่นอนในภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และกำหนดภาวะซึมเศร้าเป็นตัวแทนการปรับตัวที่ไม่ดี หลังจากการเผชิญปัญหาของผู้ป่วย จึงสรุปเป็นตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ 4 ตัวแปร ได้แก่ อาการหายใจลำบาก ความแตกฉานทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และนำเสนอเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยในการศึกษาวิจัย ดังรูปภาพที่ 3

## 7. กรอบแนวคิดการวิจัย



รูปภาพที่ 3 : กรอบแนวคิดการวิจัย

### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย (descriptive predictive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

#### ประชากรวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัยและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดลักษณะของประชากรวิจัยและกลุ่มตัวอย่างมีรายละเอียดดังนี้

**ประชากรวิจัย** คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ที่มีอายุระหว่าง 20 -59 ปี ที่เข้ารับการตรวจที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกระบบหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่เข้ารับการตรวจที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกระบบหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช โดยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (convenience sampling) ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการสุ่มเลือกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร จากทั้งหมด 6 สังกัด ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงมหาดไทย โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลสังกัดองค์กรอิสระ รวมจำนวน 10 โรงพยาบาล จากนั้นทำการสุ่มด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่โดยไม่สุ่มสังกัด จับฉลากได้มา 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

2. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้สูตร Thorndike (1978)

Thorndike (1978)  $n = 10k + 50$

n หมายถึง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

k หมายถึง จำนวนตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

จากการวิจัยนี้ มีจำนวนตัวแปร 5 ตัว ได้แก่ อาการหายใจลำบาก ความแตกฉานทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และภาวะซึมเศร้า จากนั้นแทนค่าตามสูตรคำนวณ ดังนี้ Thorndike (1978)  $n = 10k + 50$

$$n = 10 k + 50$$

$$n = 10 (5) + 50$$

$$n = 100$$

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน ผู้วิจัยพิจารณาเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันหากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่ครบ รวมได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 คน จากนั้นผู้วิจัยแบ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่เข้ามารับการตรวจที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกระบบหัวใจและหลอดเลือดของแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งพบว่าโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่งนั้น มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใกล้เคียงกัน ผู้วิจัยจึงแบ่งสัดส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่าๆกัน ได้แก่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 37 คน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 37 คน และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จำนวน 36 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 110 คน

3. เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษาวิจัย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง หรือได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวหัวใจล้มเหลวที่มีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวแบบค่อยเป็นค่อยไปแม้ว่าจะเคยได้รับการรักษามาแล้วก็ตามไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ระยะมากกว่า 1 เดือนขึ้นไป โดยไม่มีโรคร่วมทางปอด หรือโรคทางระบบหายใจอื่น ๆ ร่วมด้วย ได้แก่ โรคหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคมะเร็งปอด และโรคติดเชื้อที่ปอด เป็นต้น มีอายุระหว่าง 20 -59 ปี สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีการพูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้และสามารถตอบแบบสอบถามได้ และเป็นผู้ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยด้วยความสมัครใจ

4. เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษาวิจัย คือ มีอาการหรือภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ระหว่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัย ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ ได้แก่ มีการหายใจหอบเหนื่อยอย่างรุนแรง วูบ หหมดสติ ใจสั่น เจ็บแน่นหน้าอก เป็นต้น

3. การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดจากการศึกษาแฟ้มประวัติผู้ป่วย ที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกระบบโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช และเก็บข้อมูลจนได้กลุ่มตัวอย่างครบจำนวน 110 คน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี (ร้อยละ 0.9) , อายุ 40-49 ปี (ร้อยละ 10.9) และ อายุ 50-59 ปี (ร้อยละ 88.2) กลุ่มตัวอย่างประมาณสองในสามเป็นเพศชาย (ร้อยละ 66.40 ) มีส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 76.40 พักอาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 78.20 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 50.00 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการ ร้อยละ 44.50 มีสิทธิการรักษาต้นสังกัด ร้อยละ 53.60 และส่วนใหญ่มิโรคประจำตัวร่วมกันมากกว่า 1 โรค ร้อยละ 70.91 มีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวตามความสามารถในการทำกิจกรรม อยู่ที่ Functional Class 3 ร้อยละ 37.30 และมีประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจที่ระดับ 0-40 คิดเป็นร้อยละ 44.50 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** แสดงจำนวน ร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (n= 110)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
30-39 ปี	1	0.90
40-49 ปี	12	10.90
50-59 ปี	97	88.20
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	53.64 (4.63)	
เพศ		
ชาย	73	66.40
หญิง	37	33.60
สถานภาพสมรส		
โสด	6	5.50
คู่	84	76.40
หม้าย	18	16.40
หย่า/แยกกันอยู่	2	1.80
ระดับการศึกษา		
ประถม	15	13.60
มัธยม	34	30.90
อนุปริญญา	5	4.50
ปริญญาตรี	55	50.00
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.90



ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงจำนวน ร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (n= 110)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	11	10.00
รับจ้าง/พนักงาน	18	16.40
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	49	44.50
ส่วนตัว(ค้าขาย/เกษตรกร/อื่นๆ)	32	29.10
โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)*		
เบาหวาน	41	37.27
ความดันโลหิตสูง	65	59.09
ไขมันในเลือดสูง	43	39.09
หลอดเลือดหัวใจ	89	80.91
อื่นๆ( ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ/ไตวาย)	27	55.00
มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค*	78*	70.91*
ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว		
ตามความสามารถในการทำกิจกรรม		
Class I	28	25.50
Class II	31	28.20
Class III	41	37.30
Class IV	10	9.10
ประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจ		
LVEF 0-40 %	49	44.50
LVEF 41-60 %	28	25.50
LVEF 61-100 %	33	30.00

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถาม 6 ส่วน ได้แก่ 1) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2) แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย 3) แบบประเมินอาการหายใจลำบาก 4) แบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพ 5) แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม และ 6) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีรายละเอียดดังนี้

### ส่วนที่ 1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiologic studies-Depression Scale (CES-D) ของ Radloff (1977) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ธวัชชัย วรพงศธร และคณะ (2533) ซึ่งมีการนำไปใช้กันอย่างแพร่หลายในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจและผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ความรู้สึกและอารมณ์ต่างๆ โดยสอบถามว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น เกิดบ่อยเพียงใดในช่วงระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบบประเมินนี้มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามด้านลบ 16 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 19 และ 20 ข้อคำถามด้านบวก 4 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 4, 8, 2 และ 16 ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.86 (ธวัชชัย วรพงศธร และคณะ, 2533)

ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนแบบประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ไม่เคย	มีค่า 0 คะแนน	มีค่า 3 คะแนน
นานๆครั้ง	มีค่า 1 คะแนน	มีค่า 2 คะแนน
ค่อนข้างบ่อย	มีค่า 2 คะแนน	มีค่า 1 คะแนน
บ่อยครั้ง	มีค่า 3 คะแนน	มีค่า 0 คะแนน

คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-60 คะแนน มีเกณฑ์การแปลผลคะแนนเป็น 2 ระดับ (ธวัชชัย วรพงศธร และคณะ, 2533) ได้แก่

0- 15 คะแนน	หมายถึง	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
16 คะแนนขึ้นไป	หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้า

## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel ฉบับชุมชน (The Mishel Uncertainty in Illness Scale-Community Form: MUIS-C) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย บุชบา สมใจวงษ์ (2552) ซึ่งมีการนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งและโรคหืดอย่างแพร่หลาย แต่อย่างไรก็ตามพบว่ามีการนำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจและผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังด้วย ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.89 (บุชบา สมใจวงษ์, 2552) แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel ฉบับชุมชน มีข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ แบ่งเป็น

ข้อคำถามด้านลบ 17 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 และ 21

ข้อคำถามด้านบวก 6 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 6, 8, 19, 20, 22 และ 23

โดยแบบสอบถามจะวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยใน 4 ด้าน คือ

ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา ประกอบด้วยข้อคำถามที่ 1, 3, 11, 12, 13, 15, 17, 19 และ 20

ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถามที่ 4, 5, 6, 10, 22 และ 23

ด้านการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและความรุนแรงของความเจ็บป่วยที่ไม่สอดคล้องกับข้อมูลเดิม หรือมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ประกอบด้วยข้อคำถามที่ 2, 8, 9, 14, 16 และ 21

ด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรคและการพยากรณ์โรค ประกอบด้วยข้อคำถามที่ 7 และ 19

ลักษณะคำถามในแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
เห็นด้วยมากที่สุด	มีค่า 5 คะแนน	มีค่า 1 คะแนน
เห็นด้วย	มีค่า 4 คะแนน	มีค่า 2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	มีค่า 3 คะแนน	มีค่า 3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	มีค่า 2 คะแนน	มีค่า 4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	มีค่า 1 คะแนน	มีค่า 5 คะแนน

คะแนนรวมมีค่าเท่ากับ 23-115 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ (บุชบา สมใจวงษ์, 2552) ได้แก่

23-53 คะแนน หมายถึง ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยอยู่ในระดับต่ำ

54-84	คะแนน	หมายถึง	ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง
85-115	คะแนน	หมายถึง	ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง

### ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการหายใจลำบาก

ผู้วิจัยใช้แบบประเมินอาการหายใจลำบาก ตามแนวคิด Theory of Unpleasant symptom ของ Lenz และคณะ ฉบับที่พัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยโดย ภัทรพร เขียวหวาน และชนกพร จิตปัญญา (2548) ซึ่งนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจและผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างแพร่หลาย ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.95 (ภัทรพร เขียวหวาน และชนกพร จิตปัญญา, 2548) โดยแบบสอบถามจะสอบถามอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรงแนวนอน ความยาว 100 มิลลิเมตร จำนวน 19 ข้อ แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ด้าน ได้แก่

ด้านความรุนแรง จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามข้อที่ 1

ด้านระยะเวลา จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามข้อที่ 2

ด้านความทุกข์ทรมาน จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามข้อที่ 3

ด้านคุณลักษณะของอาการหายใจลำบาก จำนวน 16 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 และ 19

เกณฑ์การให้คะแนน แบบประเมินนี้วัดโดยการใช้ไม้บรรทัดขนาด 6 เซนติเมตร วัดจากตำแหน่งศูนย์บนเส้นตรงไปยังจุดที่ผู้ตอบแบบสอบถามทำเครื่องหมายกากบาทไว้บนเส้นตรง ไม้บรรทัดที่ใช้วัดนั้นเป็นอันเดียวกันกับที่ใช้สำหรับการวัดความยาวเส้นตรงในแบบประเมิน มีหน่วยวัดเป็นมิลลิเมตร

การแปลผลคะแนนเป็นคะแนน 0 ถึง 100 คะแนน จากนั้นนำคะแนนของข้อ 1, 2, 3 และคะแนนเฉลี่ยของข้อ 4-19 มาหาค่าเฉลี่ย จนได้เป็นค่าคะแนนของอาการหายใจลำบาก

คะแนนรวมของแบบประเมินเท่ากับ 100 คะแนน มีเกณฑ์การแปลผลคะแนนของอาการหายใจลำบากเป็น 3 ระดับ (ภัทรพร เขียวหวาน และชนกพร จิตปัญญา, 2548) ได้แก่

0-39	คะแนน	หมายถึง	มีอาการหายใจลำบากต่ำ
40- 60	คะแนน	หมายถึง	มีอาการหายใจลำบากปานกลาง
61-100	คะแนน	หมายถึง	มีอาการหายใจลำบากมาก

#### ส่วนที่ 4 แบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพ

ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่ประยุกต์ขึ้นจากเครื่องมือ Short-Test of Functional Health Literacy in Adult: Short-TOFHLA/ S-TOFHLA ตามแนวคิดของ Parker และคณะ (1995) ฉบับที่พัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยโดย วนิตา หาจักร (2556) ซึ่งนำไปใช้ในในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ความเชื่อมั่นของเครื่องมือมีค่าคูเดอริชาริตสันต์ 20 (Kuder-Richardson 20) เท่ากับ 0.79 (วณิตา หาจักร, 2556)

ลักษณะแบบประเมินนี้จะให้ผู้ถูกประเมินอ่านข้อความที่ระบุไว้ แล้วตอบคำถามตามความเข้าใจ ข้อคำถามประกอบด้วยเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการรับบริการทางสุขภาพและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ดังนี้

การรับบริการทางสุขภาพก่อนพบแพทย์ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1, 2, 3 และ 4  
การรับบริการทางสุขภาพหลังพบแพทย์ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 5, 6 และ 7  
โดยข้อคำถามที่ 1, 3, 4, 5, 6 และ 7 แสดงถึงทักษะความเข้าใจและข้อคำถามที่ 2 แสดงถึงทักษะการคิดคำนวณ

การปฏิบัติตัวเรื่องยา จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 8, 9, 10, 11, 12 และ 13

การปฏิบัติตัวเรื่องการทำกิจกรรม จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 14, 15 และ 16

การปฏิบัติตัวเรื่องอาหาร จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 17 และ 18

การปฏิบัติตัวเรื่องอาการสังเกตอาการผิดปกติ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 19, 20, 21 และ 22

โดยข้อคำถามที่ 8, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 และ 22 แสดงถึงทักษะความเข้าใจและข้อคำถามที่ 12 และ 13 แสดงถึงทักษะการคิดคำนวณ

เกณฑ์การให้คะแนนแบบประเมินนี้หากผู้ป่วยตอบคำถามถูกต้องจะคิดเป็น 1 คะแนน ถ้าตอบคำถามไม่ถูกต้องจะคิดเป็น 0 คะแนน

ความแตกฉานทางสุขภาพ มีคะแนนรวมเท่ากับ 22 คะแนน มีเกณฑ์การแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ (วณิตา หาจักร, 2556) ได้แก่

0 - 12	คะแนน	หมายถึง	มีความแตกฉานทางสุขภาพต่ำ
13 -16	คะแนน	หมายถึง	มีความแตกฉานทางสุขภาพปานกลาง
17 -22	คะแนน	หมายถึง	มีความแตกฉานทางสุขภาพเพียงพอ

## ส่วนที่ 5 แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม

ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ ( Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS ) เป็นเครื่องมือสำหรับวัดความเข้าใจและการรับรู้การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลใกล้ชิด ที่พัฒนาขึ้นโดย Zimet, Dahlem และ Farley (1988) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย ณหทัย วงศ์ปการัญย์ (2555) ซึ่งใช้มีการนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยทุกกลุ่มโรค รวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจและผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างแพร่หลาย ค่าความเชื่อมั่นมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.87 (ณหทัย วงศ์ปการัญย์, 2555) แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่

แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ประกอบด้วยข้อคำถามที่ 3, 4, 8 และ 11

แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ประกอบด้วยข้อคำถามที่ 6, 7, 9 และ 12

แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด ประกอบด้วยข้อคำถามที่ 1, 2, 5 และ 10

ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 7 อันดับ ได้แก่

เห็นด้วยมากที่สุด      มีค่า      7      คะแนน

เห็นด้วยมาก      มีค่า      6      คะแนน

เห็นด้วย      มีค่า      5      คะแนน

ไม่แน่ใจ      มีค่า      4      คะแนน

ไม่เห็นด้วย      มีค่า      3      คะแนน

ไม่เห็นด้วยมาก      มีค่า      2      คะแนน

ไม่เห็นด้วยมากที่สุด      มีค่า      1      คะแนน

คะแนนรวมเท่ากับ 12-84 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ

(วนิดา หาจักร, 2556) ได้แก่

30-45 คะแนน หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ

46-61 คะแนน หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง

62-84 คะแนน หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

## ส่วนที่ 6 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

แบบสอบถามส่วนบุคคลในการศึกษาวิจัยนี้ เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา บุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วย โรคประจำตัว ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวตามการดำเนินโรค ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวตามความสามารถในการทำกิจกรรม และประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจ โดยแบ่งเป็นส่วนที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บันทึกเอง และส่วนที่ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก ส่วนที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บันทึกเอง มี 7 ข้อ ได้แก่ อายุ มีลักษณะเป็นการเติมคำในช่องว่าง เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา บุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วย มีลักษณะเป็นข้อความให้เลือกตอบ ส่วนที่ผู้วิจัยบันทึก มี 4 ข้อ ได้แก่ โรคประจำตัว ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวตามการดำเนินโรค ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวตามความสามารถในการทำกิจกรรม และประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลในส่วนนี้ด้วยตนเองจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทุกชุดไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ มีรายละเอียดดังนี้

### 1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย

- 1) แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญด้านภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง 1 คน
- 2) อาจารย์ผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการใช้และการสร้างเครื่องมือวิจัย 1 คน
- 3) อาจารย์ผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านความแตกฉานทางสุขภาพ 1 คน
- 4) อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 คน
- 5) อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า 1 คน

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 6 ส่วนที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI ที่มีค่า 0.8 ขึ้นไป ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.0, 0.95, 1.0, 1.0, 1.0 และ 1.0 ตามลำดับ จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบนี้ มาแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้ข้อคำถามมีความตรงและความสอดคล้องกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ซึ่งผลจากการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่ามีผู้ทรงคุณวุฒิ 2 คน ที่แนะนำให้ปรับเปลี่ยนข้อคำถามให้มีภาษาที่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างภาวะหัวใจ

ล้มเหลวหรือร้องในบางข้อและไม่มีแบบประเมินใดที่ต้องตัดข้อคำถามออก เนื่องจากแบบสอบถามส่วนใหญ่ เป็นฉบับที่มีการแปลเป็นภาษาไทยที่มีมาตรฐานและมีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายแล้ว

## 2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินอาการหายใจลำบาก แบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพ แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกระบบหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เลือกโดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายจากผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหรือร้องและมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลและนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่าความเชื่อมั่น โดยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินอาการหายใจลำบาก แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.73, 0.86, 0.89 และ 0.73 ตามลำดับ และแบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพ มีค่าคูเดอริชชาริดสันต์ 20 (Kuder-Richardson 20) เท่ากับ 0.71

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอรับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนและดำเนินการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จากนั้นเมื่อโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่งรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนและอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกระบบหัวใจและหลอดเลือดจาก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 37 คน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 37 คน และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จำนวน 36 คน จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 110 คน

2. ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแจ้งว่าผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวม โดยไม่เปิดเผยชื่อและนามสกุลของกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย (Informed consent form) ที่ผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนจากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช



## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง มีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และคณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เพื่อขอรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนจากโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง และนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ ตัวอย่างเครื่องมือ ถึงผู้อำนวยการของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยและขออนุมัติการเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยได้เข้าพบหัวหน้าแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกระบบโรคหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช หลังจากการศึกษาวิจัยนี้ได้รับการการรับรองการพิจารณาจริยธรรมในคนและได้รับการอนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง โดยแนะนำตัวเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกระบบหัวใจและหลอดเลือดในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มารับการตรวจรักษา

3. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มารับการตรวจตามนัด ที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกระบบหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาวิจัยตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 110 คน

4. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยดำเนินการแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดการศึกษาวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ เพื่อขอความร่วมมือในการศึกษาวิจัย และแจ้งข้อมูลการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยผู้วิจัยรับรองว่าการศึกษาวิจัยนี้จะไม่มีการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับตามปกติ และจะเก็บข้อมูลของผู้ป่วยเป็นความลับ โดยนำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวมเท่านั้น ผู้วิจัยจะไม่เปิดเผยชื่อและนามสกุลของผู้ป่วยแต่อย่างใด เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างได้ลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย (Informed consent form) ที่ผ่านการรับรองการ

พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนจากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

5. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครั้งละ 1 คน ด้วยแบบสอบถามคนละ 1 ชุด ที่ประกอบด้วย แบบสอบถามย่อย 6 ส่วน รวม 103 ข้อ ผู้วิจัยอธิบายและชี้แจงเกี่ยวกับขั้นตอนการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วนจนผู้ป่วยเข้าใจดี พร้อมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับรายละเอียดและวิธีตอบแบบสอบถามการวิจัย และสามารถสอบถามข้อสงสัยกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่ตอบแบบสอบถาม

6. ผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างลงมือตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาตอบแบบสอบถามคนละประมาณ 30-45 นาที ในผู้ป่วยรายที่ไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านข้อคำถามและคำตอบให้ จากนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงเลือกคำตอบตามความเป็นจริง โดยเลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยมากที่สุด เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยได้กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามทุกชุด หากพบว่าแบบสอบถามชุดใดกลุ่มตัวอย่างตอบคำถามไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยได้แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบทันทีเพื่อขอความร่วมมือให้ตอบคำถามให้ครบถ้วน และผู้วิจัยไม่ได้นำแบบสอบถามชุดที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถตอบคำถามเพิ่มเติมได้มาวิเคราะห์ทางสถิติแต่อย่างใด แต่จะเลือกกลุ่มตัวอย่างทดแทนใหม่ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างครบจำนวน 110 คน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมกันทั้ง 3 โรงพยาบาล ระยะเวลาตั้งแต่เดือนมกราคม ปี พ.ศ.2558 ถึงเดือนเมษายน ปี พ.ศ.2558 จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดไปทำการวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทั้งหมด จากนั้นกำหนดรหัสของข้อมูลแต่ละข้อเพื่อนำไปวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติทั้งหมดที่ระดับ .05

2. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่

2.1 ข้อมูลเกี่ยวกับอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา บุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วย โรคประจำตัว ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวตามความสามารถในการทำกิจกรรม และประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจ โดยการแจกแจงค่าความถี่ และร้อยละ

2.2 ข้อมูลเกี่ยวกับอายุ โดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก ความแตกฉานทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างอาการหายใจลำบาก ความแตกฉานทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

5. วิเคราะห์สมการในการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จากอาการหายใจลำบาก ความแตกฉานทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยใช้การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

6. ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแปลผลสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Cohen (1988) ดังนี้

ค่า r	ระดับความสัมพันธ์
0.10 – 0.29	มีความสัมพันธ์กันต่ำ
0.30 – 0.49	มีความสัมพันธ์กันปานกลาง
0.50 – 1.00	มีความสัมพันธ์กันสูง

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นบวก หมายถึง ตัวแปรทั้งสองมีลักษณะของการลดหรือเพิ่มในทางเดียวกันหรือตามกัน

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นลบ หมายถึง ตัวแปรทั้งสองมีลักษณะของการลดหรือเพิ่มในทางตรงกันข้ามกัน

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย (descriptive predictive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากการรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามจำนวนทั้งหมด 6 ฉบับ ได้แก่ 1) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2) แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย 3) แบบประเมินอาการหายใจลำบาก 4) แบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพ 5) แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม และ 6) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้ผลการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 อาการหายใจลำบาก ความแตกฉานทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 2-6

ตอนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการหายใจลำบาก ความแตกฉานทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 7

ตอนที่ 3 ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 8

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์อาการหายใจลำบาก ความแตกฉานทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม  
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย  
ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จำนวน 110 คน

คะแนน ภาวะซึมเศร้า	ค่าคะแนนที่ เป็นไปได้	ค่าคะแนน ที่เป็นจริง	จำนวน	ร้อยละ	แปลผล
2-15	0-15	2-15	86	74.50	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
16-29	16-60	16-29	24	26.50	มีภาวะซึมเศร้า

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังประมาณหนึ่งในสี่ (ร้อยละ  
26.50) มีคะแนนซึมเศร้าอยู่ระหว่าง 16-29 คะแนน ซึ่งถือว่ามีภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 3 แสดงค่าคะแนนที่เป็นไปได้ ค่าคะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ  
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จำนวน 110 คน  
จำแนกรายด้าน

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย จำแนกรายด้าน	ค่าคะแนนที่ เป็นไปได้	ค่าคะแนนที่ เป็นจริง	Mean	SD
ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการรักษา	9-45	21-37	30.87	4.64
ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษา และระบบบริการสุขภาพ	6-30	14-42	19.16	5.12
ด้านการได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลง อยู่เสมอเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค และความรุนแรงของความเจ็บป่วย	6-30	14-29	17.06	5.19
ด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนิน ของโรคและการพยากรณ์โรค	2-10	3-9	6.67	1.78
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยรวม	23-115	56-101	73.94	10.08

จากตารางที่ 3 พบว่าคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังโดยรวมอยู่ในระดับสูง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 56-101 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 73.77 (SD= 10.08) เมื่อจำแนกคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังรายด้าน พบว่า ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษามีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 30.87 (SD= 4.64) มีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบบริการสุขภาพเฉลี่ยรวมเท่ากับ 19.16 (SD= 5.12) มีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านการได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและความรุนแรงของความเจ็บป่วยเฉลี่ยรวมเท่ากับ 17.06 (SD= 5.19) และมีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรคและการพยากรณ์โรคเฉลี่ยรวมเท่ากับ 6.67 (SD= 1.78)

**ตารางที่ 4** แสดงค่าคะแนนที่เป็นไปได้ ค่าคะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการหายใจลำบาก ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จำแนกรายด้าน

คะแนน อาการหายใจลำบาก	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่เป็นจริง	Mean	SD
ด้านความรุนแรง	0-100	0-100	62.12	21.96
ด้านระยะเวลา (ความถี่)	0-100	0-100	64.44	21.08
ด้านความทุกข์ทรมาน	0-100	0-94	56.54	20.93
ด้านคุณลักษณะของอาการ	0-100	0-64	17.38	13.65
อาการหายใจลำบากรวม	0-400	0-358	50.12	17.06

จากตารางที่ 4 พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง มีคะแนนอาการหายใจลำบากโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-358 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 50.12 (SD= 17.06) เมื่อพิจารณาคะแนนอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังรายด้าน พบว่า ด้านความรุนแรงมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 62.12 (SD= 21.96) ด้านระยะเวลา(ความถี่) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 64.44 (SD= 21.08) ด้านความทุกข์ทรมานมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 56.54 (SD=20.93) และด้านคุณลักษณะของอาการหายใจลำบากมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.38 (SD= 13.65)

ตารางที่ 5 แสดงค่าคะแนนที่เป็นไปได้ ค่าคะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความแตกต่างทางสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จำนวน 110 คน

คะแนนความแตกต่างทางสุขภาพ จำแนกรายด้าน	ค่าคะแนนที่ เป็นไปได้	ค่าคะแนนที่ เป็นจริง	Mean	SD
การรับบริการทางสุขภาพก่อนพบแพทย์	0-4	0-4	3.45	0.99
การรับบริการทางสุขภาพหลังพบแพทย์	0-3	0-3	2.22	0.81
การปฏิบัติตัวเรื่องยา	0-6	0-6	4.42	1.50
การปฏิบัติตัวเรื่องการทำกิจกรรม	0-3	0-3	2.44	0.84
การปฏิบัติตัวเรื่องอาหาร	0-2	0-2	1.71	0.63
การปฏิบัติตัวเรื่องการสังเกตอาการผิดปกติ	0-4	0-4	3.56	0.92
ความแตกต่างทางสุขภาพรวม	0-22	8-22	17.79	3.23

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง มีคะแนนความแตกต่างทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 8-22 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.79 (SD=3.23) เมื่อพิจารณาความแตกต่างทางสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังรายด้าน พบว่า ด้านการรับบริการทางสุขภาพก่อนพบแพทย์มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.45 (SD=0.99) ด้านการรับบริการทางสุขภาพหลังพบแพทย์มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.22 (SD=0.81) ด้านการปฏิบัติตัวเรื่องยามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.42 (SD=1.50) ด้านการปฏิบัติตัวเรื่องการทำกิจกรรมเฉลี่ยเท่ากับ 2.44 มีคะแนนความแตกต่างทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเรื่องอาหารเฉลี่ยเท่ากับ 1.71 และมีคะแนนความแตกต่างทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเรื่องการสังเกตอาการผิดปกติเฉลี่ยเท่ากับ 3.56 (SD=0.92)

ตารางที่ 6 แสดงค่าคะแนนที่เป็นไปได้ ค่าคะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จำนวน 110 คน จำแนกรายด้าน

แรงสนับสนุนทางสังคม จำแนกรายด้าน	ค่าคะแนนที่ เป็นไปได้	ค่าคะแนนที่ เป็นจริง	Mean	SD
แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	4-28	22-28	27.01	1.54
แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน	4-28	16-28	19.83	5.96
แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด	4-28	16-28	19.65	7.78
แรงสนับสนุนทางสังคมรวม	12-84	56-84	66.48	12.76

จากตารางที่ 6 พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง มีคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 56-84 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 66.48 (SD=12.76) เมื่อจำแนกคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 27.01 (SD=1.57) รองลงมา คือ แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.83 และ 19.65 ตามลำดับ (SD=5.96 และ 7.78 ตามลำดับ)



ตอนที่ 2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการหายใจลำบาก ความแตกฉานทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ตารางที่ 7 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอาการหายใจลำบาก ความแตกฉานทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จำนวน 110 คน

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1.อาการหายใจลำบาก	1.000				
2.ความแตกฉานทางสุขภาพ	-.129	1.000			
3.แรงสนับสนุนทางสังคม	-.109	-.027	1.000		
4.ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	-.127	-.244	.360**	1.000	
5.ภาวะซึมเศร้า	.470**	-.377**	.038	.262*	1.000

จากตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระหว่างอาการหายใจลำบาก ความแตกฉานทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ อาการหายใจลำบาก และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยอาการหายใจลำบากมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง ( $r = .47$ ) และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ( $r = .26$ ) ส่วนตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ความแตกฉานทางสุขภาพ โดยมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ( $r = -.38$ ) และตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม

ตอนที่ 3 การศึกษาความสามารถในการทำนายระหว่างอาการหายใจลำบาก ความแตกฉานทาง  
 สุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย  
 ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ตารางที่ 8 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณของอาการหายใจลำบาก ความแตกฉานทาง  
 สุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย  
 ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยวิธีวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ

ตัวแปร	B	SEb	$\beta$	t	p-value
อาการหายใจลำบาก	.139	.023	.469	5.986	.000
ความแตกฉานทางสุขภาพ	-.395	.125	-.252	-3.144	.002
แรงสนับสนุนทางสังคม	-.005	.033	-.013	-.163	.872
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	.135	.044	.265	3.095	.003
Constant	4.694	4.695		1.000	.320

R = .620,  $R^2 = .384$ , F = 16.36, p < 0.05

จากตารางที่ 8 พบว่า อาการหายใจลำบาก สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะ  
 หัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $\beta = .47$ ) ความแตกฉานทางสุขภาพ  
 สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  
 .05 ( $\beta = -.25$ ) และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย  
 ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $\beta = .27$ ) ในขณะที่แรงสนับสนุน  
 ทางสังคมไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ( $\beta = -.13$ ) โดยพบว่าอาการหายใจ  
 ลำบาก ความแตกฉานทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย  
 สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้อย่างมี  
 ประสิทธิภาพ คิดเป็นร้อยละ 38.4 ( $R^2 = .384$ , F = 16.36, p < .05)

จากข้อมูลข้างต้นสามารถเขียนสมการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ได้ดังนี้

1. สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ

$$\begin{aligned} & \text{ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย} & & 4.694 + .139 \text{ (อาการหายใจลำบาก)} - .395 \text{ (ความแตกฉาน} \\ & \text{ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง} & = & \text{ทางสุขภาพ)} - .005 \text{ (แรงสนับสนุนทางสังคม)} \\ & & & + .135 \text{ (ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย)} \end{aligned}$$

2. สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$\begin{aligned} & \text{ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย} & & .469 \text{ (อาการหายใจลำบาก)} - .252 \text{ (ความแตกฉานทาง} \\ & \text{ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง} & = & \text{สุขภาพ)} - .013 \text{ (แรงสนับสนุนทางสังคม)} \\ & & & + .265 \text{ (ความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย)} \end{aligned}$$

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย (descriptive predictive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกระบบหัวใจและหลอดเลือด จากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 37 คน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 37 คน และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จำนวน 36 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 110 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามจำนวนทั้งหมด 6 ฉบับ ได้แก่ 1) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2) แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย 3) แบบประเมินอาการหายใจลำบาก 4) แบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพ 5) แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม และ 6) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยแบบสอบถามทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน และคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือแบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินอาการหายใจลำบาก แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.73, 0.86, 0.89 และ 0.73 ตามลำดับ และแบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพ มีค่าคูเดอริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20) เท่ากับ 0.71

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที จากนั้นผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก ความแตกฉานทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างอาการหายใจลำบาก ความแตกฉานทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

4. วิเคราะห์สมการในการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จากอาการหายใจลำบาก ความแตกฉานทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยใช้การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

### สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 26.50

2. อาการหายใจลำบาก มีความสัมพันธ์ทางบวกภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .47$ )

3. ความแตกฉานทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.38$ )

4. แรงสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

5. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .26$ )

6. อาการหายใจลำบาก ความแตกฉานทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย สามารถร่วมทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คิดเป็นร้อยละ 38.4 ( $R^2 = .384$ ,  $F = 16.36$ ,  $p < .05$ )

## อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์การวิจัย มีดังนี้

### วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังจำนวน 110 คน มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 26.50 ไม่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 73.5

ผู้วิจัยอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังจะต้องเผชิญกับการกำเริบของอาการ การปรับตัว และการดูแลตนเองตามแผนการรักษาของแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆของชีวิต โดยที่ผู้ป่วยไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ความเจ็บป่วยต่างๆที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองได้ ผู้ป่วยจึงต้องเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่คอยรบกวนการดำเนินชีวิตอยู่ตลอดเวลา ก่อให้เกิดความคิดอย่างไม่มีเหตุผลในการปรับตัวต่อเหตุการณ์ความเจ็บป่วยนั้น (Mishel, 1988) ส่งผลให้ผู้ป่วยประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นไปในทางลบหรือมองว่าเป็นอันตราย จึงพยายามคิดหาวิธีเผชิญปัญหาให้ตนเองสามารถปรับตัวเพื่อจัดการกับความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยให้หมดไป ผู้ป่วยจึงรู้สึกว่าหงุดหงาย และคิดมากจนมีอาการนอนไม่ค่อยหลับเกิดขึ้นได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวได้ไม่ดีพอ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความแปรปรวนของพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยจึงอาจจะมีอาการเบื่ออาหารได้ หรืออาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่และบทบาทของผู้ป่วยในด้านต่างๆ จนทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและวิตกกังวล จนขาดความกระตือรือร้นในการเผชิญปัญหาและการปรับตัว รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าลดลง มองโลกในแง่ร้าย จิตใจหดหู่ เศร้าหมอง รู้สึกเบื่อหน่ายและท้อแท้สิ้นหวัง จนเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

ผลการศึกษานี้ พบว่าอาการของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่พบมากที่สุด คือ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าตนเองนอนไม่ค่อยหลับมากที่สุด รองลงมาคือ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าตนเองเบื่ออาหาร และรู้สึกว่าตนเองหงุดหงายมากขึ้น ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่าผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังต่างๆ รวมทั้งผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง มักจะพบว่ามีอาการจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เคลื่อนไหวช้าลง อ่อนเพลีย เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และจิตใจ เช่น ไม่มีสมาธิ หงุดหงิดง่าย เศร้า หม่นหมอง หดหู่ ท้อแท้สิ้นหวัง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าลดลง รู้สึกว่าตนเองมีความผิด มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย หรืออาจมีอาการประสาทหลอนร่วมด้วย เป็นต้น (มานิช หล่อตระกูล, 2544) ซึ่งในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังนั้นพบว่าเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยมักจะมีความรู้สึกอ่อนแอ มีความสามารถในการรู้คิดเกี่ยวกับการดูแลและจัดการอาการตนเองลดลง จนไม่สามารถที่จะตอบสนองต่อการปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวันและมีบทบาทหน้าที่ทางสังคมได้ตามปกติ มีข้อจำกัดทางสังคม แยกตัว ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (Nancy et al., 2004) ส่งผลต่อประสิทธิภาพดูแลตนเอง การจัดการอาการ และการปรับตัวของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

สอดคล้องกับการศึกษาของ Viola และคณะ (2001) ที่พบผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 24 - 40 สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทร์เพ็ญ สมโน (2551) ที่พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังจำนวน 88 คน มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 34 คน ร้อยละ 61.36 ไม่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 54 คน ร้อยละ 38.64 และสอดคล้องกับผลการสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยของสุทธานันท์ ชุนแจ่ม, โสภิน แสงอ่อน และทัศนาศ ทวีคุณ (2554) ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรัง รวมทั้งภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีความชุกและอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะซึมเศร้าอยู่ในช่วงร้อยละ 6.7 - 69.2

## วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

อาการหายใจลำบาก ความแตกฉานทางสุขภาพ และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้ ร้อยละ 38.4 ( $R^2 = .384$ ,  $F = 16.36$ ,  $p < .05$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน และเป็นไปตามทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) โดยเมื่อพิจารณาตามแนวคิดทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) แล้ว ผู้วิจัยอธิบายได้ว่า อาการหายใจลำบากที่รุนแรง และความแตกฉานทางสุขภาพที่ไม่เพียงพอ เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยขึ้น ทำให้ผู้ป่วยประเมินเหตุการณ์ความเจ็บป่วยนี้ว่าเป็นอันตรายที่คุกคามความปลอดภัยของชีวิต ผู้ป่วยต้องตัดสินใจและเลือกวิธีเผชิญปัญหาเพื่อแก้ไขเหตุการณ์ความเจ็บป่วยนั้นและกำจัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยให้หมดไป แต่การที่ผู้ป่วยมีความแตกฉานทางสุขภาพไม่เพียงพอ และยังคงมีอาการหายใจลำบากที่รุนแรงหรือเกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา จะทำให้ผู้ป่วยเลือกวิธีเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม เกิดเป็นการปรับตัวที่ไม่ดี ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดและวิตกกังวลไม่จางหาย มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าลดลง จิตใจหดหู่ เศร้าหมอง เบื่อหน่าย ท้อแท้สิ้นหวัง จนเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าตามมานั่นเอง

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยกับภาวะซึมเศร้า พบว่าตัวแปรแต่ละตัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าดังนี้

1. อาการหายใจลำบาก มีความสัมพันธ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r=0.47$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน และเป็นไปทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) ที่กล่าวไว้ว่า การปรับตัวที่ไม่ดี เป็นผลมาจากการที่

ผู้ป่วยประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นไปในทางลบ และตัดสินใจเลือกวิธีเผชิญกับเหตุการณ์อย่างไม่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวที่ไม่ดี โดยการศึกษาวิจัยครั้งนี้ กำหนดอาการหายใจลำบากเป็นตัวแทนของสิ่งกระตุ้น ซึ่งเป็นหนึ่งในเหตุหน้าที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการตัดสินใจเลือกวิธีเผชิญกับเหตุการณ์ความเจ็บป่วยนั้นตามทฤษฎี

ผู้วิจัยอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการหายใจลำบากอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 50.12 โดยมีอาการหายใจลำบากด้านความรุนแรงในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 62.12 มีอาการหายใจลำบากด้านระยะเวลา (ความถี่) ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 64.44 มีอาการหายใจลำบากด้านความทุกข์ทรมานในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 56.54 และมีอาการหายใจลำบากด้านคุณลักษณะของอาการในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาอยู่ในระดับต่ำ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.38 โดยอาการหายใจลำบากส่วนใหญ่เป็นลักษณะที่ผู้ป่วยต้องหายใจมากขึ้น รู้สึกหอบหายใจไม่ทัน และรู้สึกว่าต้องใช้ความพยายามในการหายใจมากขึ้น ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังต้องเผชิญกับอาการหายใจลำบากอยู่เสมอ ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะคาดเดาเหตุการณ์ล่วงหน้าได้ ผู้ป่วยจึงไม่สามารถทำนายได้ว่าอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้น จะส่งผลกระทบต่อตนเองมากน้อยเพียงใด สิ่งดังกล่าวจึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลและกลัวตาย (พิกุล บุญช่วง, 2541) มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม มีความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง และประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นว่าเป็นอันตรายต่อชีวิตของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกใช้วิธีการเผชิญกับอาการหายใจลำบากที่ไม่เหมาะสม ผู้ป่วยมีการปรับตัวที่ไม่ดีหรือมีการปรับตัวไปในทางลบ กระทั่งผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม เกิดความเครียด วิตกกังวล มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าลดลง จิตใจหดหู่ เศร้าหมอง เปื่อหน่าย ท้อแท้สิ้นหวัง จนเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าตามมา ดังนั้นหากพบผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีอาการหายใจลำบากอยู่ในระดับสูงขึ้นไปเพียงใดนั้น แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยอาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้นตามไปด้วย

ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Levine Kalman และคณะ (1990) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีอาการหายใจลำบากเป็นอาการสำคัญมักจะมีอัตราการตายสูง หรือมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูง ร่วมกันมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้มากขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Asa Neuman และคณะ (2006) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของอาการหายใจลำบาก ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกโรคปอดในประเทศสวีเดน ผลการศึกษาพบว่า อาการหายใจลำบาก มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับสารนิตินิ บุญประสพ (2555) ที่พบว่าอาการหายใจลำบากจะส่งผลให้ร่างกายของผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ลดลง รู้สึกไม่สบายใจ ไม่สุขสบาย ผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงมากขึ้น ทำให้เกิดความทุกข์



ทรมาน เครียดหรือวิตกกังวล และเมื่ออาการดำเนินไปอย่างต่อเนื่องเรื้อรังไม่ได้รับการช่วยเหลือ จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือตนเองและเกิดภาวะซึมเศร้าได้

2. ความแตกฉานทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.38$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานและเป็นไปตามทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) ที่กล่าวไว้ว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดจากเหตุหน้า 3 ประการ ประกอบด้วย สิ่งกระตุ้น ความสามารถในการรู้คิด และแหล่งประโยชน์ที่สนับสนุน ส่งผลให้ผู้ป่วยประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นไปในทางลบ ทำให้ผู้ป่วยมีวิธีเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม ไม่สามารถจัดการความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยออกไปได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวที่ไม่ดีตามมา การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดความแตกฉานทางสุขภาพ เป็นตัวแทนของความสามารถในการรู้คิด หนึ่งในเหตุหน้าที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยตามทฤษฎี ผู้วิจัยอธิบายได้ว่า เนื่องจากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับอาการและอาการแสดง การดำเนินโรค ปัจจัยเสี่ยง แนวทางการรักษาที่ได้รับ ตลอดจนการจัดการอาการและการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับการดำเนินโรค ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพของตนเอง เพื่อให้สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสม มีความมั่นใจในการดูแลตนเอง และสามารถคาดเดาเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นได้ จากผลการศึกษาวิจัยพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีความแตกฉานทางสุขภาพอยู่ในระดับที่ไม่เพียงพอถึงระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 30 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด นั้นแสดงให้เห็นว่ามีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังบางส่วนที่มีความสามารถในการอ่านและเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพไม่เพียงพอ และไม่สามารถนำข้อมูลที่ได้รับไปใช้ในการดูแลตนเองในเรื่องต่างๆได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการใช้สติปัญญาและวิเคราะห์เหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ไม่ดี ทำให้ไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ความเจ็บป่วยต่างๆที่อาจเกิดขึ้น เกิดความรู้สึกคลุมเครือ ไม่มั่นใจ เกิดเป็นความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย จนไม่สามารถประเมินได้ว่าเหตุการณ์ความเจ็บป่วยนั้นจะส่งผลต่อตนเองอย่างไร หรือประเมินเหตุการณ์ความเจ็บป่วยนั้นไปในทางลบ ทำให้ผู้ป่วยมีวิธีการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม ส่งผลให้มีการปรับตัวที่ไม่ดี กระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ป่วยจะเกิดความเครียด วิตกกังวล มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าลดลง จิตใจหดหู เศร้าหมอง เบื่อหน่าย จนทำให้ท้อแท้สิ้นหวัง จนเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าตามมา

ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Mishel (1988) ที่พบว่าความแตกฉานทางสุขภาพที่เพียงพอจะช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่งผลต่อความสามารถในการเผชิญปัญหา และสามารถประเมินสถานการณ์ได้ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดความสับสนในการรับรู้ข้อมูลและการจัดการกับภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Viola และคณะ

(2001) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับความแตกฉานด้านสุขภาพต่ำ จึงมีแนวโน้มที่จะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น และจะมีความสามารถในการป้องกันและดูแลสุขภาพน้อย และก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าอีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ DeWalt และคณะ (2004) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีความแตกฉานทางสุขภาพไม่เพียงพอ จะก่อให้เกิดการดูแลตนเองลดลง มีภาวะสุขภาพแย่ลง มีความวิตกกังวลและเกิดภาวะซึมเศร้าได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Morrow และคณะ (2006) ที่ศึกษาความแตกฉานทางสุขภาพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีระดับความแตกฉานทางสุขภาพอยู่ในระดับที่ไม่เพียงพอในการอ่านสื่อและเข้าใจข้อมูลที่ได้รับจากสถานบริการสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 28 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Dennison และคณะ (2011) ที่ศึกษาความแตกฉานทางสุขภาพในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ซึ่งพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความแตกฉานทางสุขภาพอยู่ในระดับที่ไม่เพียงพอถึงร้อยละ 42

3. แรงสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน และไม่เป็นไปตามทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988)

ผู้วิจัยอธิบายได้ว่า เนื่องจากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 66.48 ทำให้ความแปรปรวนระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีน้อย หรืออาจเป็นไปได้ที่แรงสนับสนุนไม่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยตรง แต่ส่งผ่านอำนาจในการทำนายผ่านตัวแปรอื่นได้แก่ อาการหายใจลำบาก และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ทำให้ตัวแปรแรงสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้

การที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังต้องเผชิญกับการดำเนินโรค และการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆของชีวิตเป็นระยะเวลาานาน ทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วย การจัดการอาการ การดูแลตนเอง และการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ การที่ผู้ป่วยต้องมารับตรวจรักษาที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกระบบหัวใจและหลอดเลือดอยู่เสมอนี้ ทำให้ผู้ป่วยได้พบปะพูดคุยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการและเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ร่วมกับการได้สื่อสารพูดคุยและการได้รับคำแนะนำทางสุขภาพกับบุคลากรทางการแพทย์ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความกระจำงในเหตุการณ์ความเจ็บป่วยและทราบแผนการรักษาตลอดจนความก้าวหน้าของการดำเนินภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังของตนเอง ผู้ป่วยจึงเกิดความมั่นใจในการจัดการอาการและการดูแลตนเองมากขึ้น มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง สามารถประเมินได้ว่าเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้น

สามารถควบคุมหรือแก้ไขให้หมดไปได้ ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์และเลือกวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม มีการปรับตัวที่ดีและเป็นไปในทางบวก ผู้ป่วยรู้สึกมีความหวังในการดำเนินชีวิต มีความกระตือรือร้นในการเผชิญปัญหา มีความเครียดและวิตกกังวลลดลง จึงทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา และส่งเสริมให้ผู้ป่วยหายจากภาวะซึมเศร้าได้ (นันทภักดิ์ ชนะพันธ์ และคณะ, 2556)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 27.01 คะแนน การได้รับแรงสนับสนุนที่ดีจากครอบครัวจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกรักใคร่ผูกพัน มีความรู้สึกไว้วางใจ รู้สึกว่าได้รับความช่วยเหลืออย่างเพียงพอเพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น มีกำลังใจการเผชิญกับอาการและเหตุการณ์ความเจ็บป่วย ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยว รู้สึกว่าตนเองมีที่พึ่งทั้งทางร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง ซึ่งผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ แตกต่างกับการศึกษาของ สุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์ (2554) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มอาการ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .26$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน และเป็นไปทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) ที่กล่าวไว้ว่า ส่งผลให้ผู้ป่วยประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นไปในทางลบ ทำให้ผู้ป่วยมีวิธีเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม ไม่สามารถจัดการความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยออกไปได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวที่ไม่ดีตามมา ผู้วิจัยอธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังจะต้องเผชิญกับสิ่งกระตุ้น ผู้ป่วยไม่สามารถแยกแยะความเจ็บป่วยได้ชัดเจน ไม่สามารถคาดเดาหรือทำนายการกำเริบของอาการ ระดับความรุนแรงของอาการต่างๆ และผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับชีวิตของตนเองได้ จากการดำเนินโรคอย่างต่อเนื่องทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง โดยเฉพาะอาการหายใจลำบากที่ถือว่าเป็นอาการสำคัญของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และเป็นอาการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดหรือคาดเดาช่วงเวลาการเกิดอาการและระดับความรุนแรงของอาการที่ขึ้นได้ ร่วมกับการที่ผู้ป่วยมีระดับความแตกฉานทางสุขภาพที่ไม่เพียงพอ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนี้จะก่อให้เกิดความคลุมเครือในการประเมินอาการ และประเมินเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นไปในทางลบ มีผลต่อการคิดวิเคราะห์และเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม ส่งผลต่อการปรับตัวที่ไม่ดีของผู้ป่วย (ช่อผกา พิษพันธ์ไพศาล และคณะ, 2544) กระทบต่อผู้ป่วยทั้ง

ทางร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวล มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าลดลง จิตใจหดหู่ เศร้าหมอง เบื่อหน่าย รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง จนเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าตามมา

ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Mishel & Clayton (2003) ที่พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย คือ การที่บุคคลไม่สามารถให้ความหมายของเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยได้ โดยจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถตัดสินเหตุการณ์ความเจ็บป่วยหรือไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วย เนื่องจากขาดคำแนะนำที่เพียงพอ ทำให้มีผลต่อการปรับตัว หากปรับตัวได้จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่หากปรับตัวไม่ได้จะเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ Eastwood และคณะ (2008) ได้ศึกษาผลของความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยต่อภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดยาหลอดเลือดหัวใจ โดยการติดตามผู้ป่วย 1 ปี พบว่าผู้ป่วยที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดขึ้นจะมีความวิตกกังวลสูง และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของผกามาศ อ่อนขาว และสุนิดา ปริชาวงษ์ (2553) ที่พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 26.50 อาการหายใจลำบาก และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความแตกฉานทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และพบว่าตัวแปรทุกตัวสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้ร้อยละ 38.4 ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. พยาบาลควรส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบาก รวมทั้งจัดโปรแกรมการพยาบาล เพื่อจัดการอาการหายใจลำบากที่เกิดกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถคาดเดาเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง และไม่เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หรือให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง เนื่องจากอาการหายใจลำบากมีความสัมพันธ์ทางบวกภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

2. พยาบาลควรเพิ่มระดับความแตกฉานทางสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังให้เพียงพอ โดยการจัดโปรแกรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การให้ข้อมูล และความรู้ทางสุขภาพ

ที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก เพื่อเป็นการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากความแตกต่างทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. จากผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่าอาการหายใจลำบาก ความแตกต่างทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้ร้อยละ 38.4 นั่นอาจแสดงได้ว่ายังมีตัวแปรอื่นๆที่อาจส่งผลต่อภาพซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้ การศึกษาครั้งต่อไปจึงควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆเพิ่มเติม เพราะปัจจัยนั้นอาจเป็นเหตุที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และอาจจะมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรมีการศึกษาและพัฒนาโปรแกรมที่สามารถจัดการอาการหายใจลำบากและสามารถเพิ่มความแตกต่างทางสุขภาพให้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง รวมถึงโปรแกรมที่สามารถจัดการภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้รับการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวที่ดี ส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังไม่เกิดภาวะซึมเศร้าและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

## รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต.สาธารณสุข, กระทรวง. (2557). *ความชุกของโรคซึมเศร้าในคนไทย*. [Online]. เข้าถึงได้จาก <http://www.dmh.go.th/downloadportal/Morbidity/Depress2551.pdf>. (วันที่ค้นข้อมูล: 10 มีนาคม 2557).
- กฤติกา ชูณวงศ์. (2547). *ผลของการใช้โปรแกรมเดินออกกำลังกายที่บ้านต่อความสามารถในการออกกำลังกายและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กาคาฟี หะยีเด, ประชา ฤชตุกุล และวิรัตน์ ธรรมภรณ์. (2551). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดปัตตานี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร. (2554). *ความฉลาดทางสุขภาพ (พิมพ์ครั้งแรก)*. (หน้า 1-36). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์นิวธรรมตากการพิมพ์.
- จันทร์เพ็ญ สมโน. (2551). *ความร่วมมือในการรักษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลเชียงใหม่ร่วม*. การศึกษาค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ. (2555). *บทบาทพยาบาลกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย*. *วารสารสภากาการพยาบาล*, 27 (1), 13-24.
- ช่อมภา พิษพันธ์ไพศาล และคณะ. (2544). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเหตุการณ์ที่คุ้นเคยและคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และคณะ. (2553). *ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. *วารสารสภากาการพยาบาล*, 28(2), 67-76.
- ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. (2540). *การสร้างอำนาจ: กลยุทธ์ในการควบคุมอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 3(2), 200-210.
- ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. (2552). *ปัญหาทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคหัวใจและปอด และการพยาบาล*. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 27(2), 23-31.
- ทรงขวัญ ศิลารักษ์. (2542). *อาการวิทยาทางอายุรศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่2)*. ใน กาญจนา จันทร์สูง, สุทธิพันธ์ จิตพิมลมาศ และวัชรา บุญสวัสดิ์ (บรรณาธิการ), *อาการหอบเหนื่อย (Dyspnea and orthopnea)*. (หน้า 203-214). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.

- ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล. (2549). *Heart Failure หัวใจล้มเหลว (พิมพ์ครั้งที่ 1)*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์  
แอนนา ออฟเซต.
- ธวัชชัย วรพงศธร. 2540. *หลักการวิจัยทางสาธารณสุข. (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพมหานคร.  
สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นรรวูฒิ ประเสริฐวิทยากิจ. (2555). *2012 Updated topics in Heart failure*. [Online]. เข้าถึงได้  
จาก <http://www.rcpt.org/index.php/cme/71-cme-interesting-conferences/222-2012-updated-topics-in-heart-failure-.pdf> (วันที่ค้นข้อมูล: 12 ธันวาคม 2556).
- นันทศักดิ์ ชนะพันธ์และคณะ. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและการรู้จัก  
ตนเองกับการคืนความสำคัญให้ตนเองของผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า. *วารสารสภาการพยาบาล*,  
28 (2).
- นิตยา ศรีสุข. (2551). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว  
เรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต)*.  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นุชรีย์ แสงสว่าง. (2552). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด. (วิทยานิพนธ์ปริญญา  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต)*. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุษบา สมใจวงษ์. (2553). *อิทธิพลของอาการ แรงสนับสนุนทางสังคม ความไม่แน่นอน และการ  
เผชิญความเครียดต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งท่อทางเดินน้ำดี. (วิทยานิพนธ์  
พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต)*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ผกามาส อ่อนขาว และสุนิดา ปรีชาวงษ์. (2553). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความ  
เจ็บป่วยความปวดแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังเสื่อม.  
*วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 22(1-3). 204-217
- พวงผกา กรีทอง. (2550). *โมเดลเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย. (วิทยานิพนธ์  
ปริญญาดุษฎีบัณฑิต)*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิกุล บุญช่วง. (2541). *การพยาบาลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. โครงการตำราคณะ  
พยาบาลศาสตร์. เชียงใหม่, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ภัทรพร เขียวหวาน และชนกพร จิตปัญญา. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านร่างกาย จิตใจ  
สภาพแวดล้อม และอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดขณะใช้  
เครื่องช่วยหายใจ. *วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 17(2). 84-96
- มลฤดี บุราณ. (2548). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อ  
หัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต)*.  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- มาโนช หล่อตระกูล. (2544). *คู่มือการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับแพทย์ (ฉบับปรับปรุง 2544)*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: บริษัท เเรดิเอชั่น จำกัด.
- มุกดา เดชประพนธ์ และคณะ. (2552). การทดสอบทฤษฎีความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพื่อทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอ. *วารสารวิจัยทางการแพทย์*, 13 (1), 1-15.
- รพีพันธุ์ สุ่มศิริณ. (2552). *การทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการเพื่อลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว*. (สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัตติยา ทองอ่อน. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการรับประทานยาและการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายในผู้ป่วยหัวใจวาย*. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา
- วราภรณ์ นาครรัตน์. (2533). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคหัวใจ*. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล
- วนิดา หาจักร และดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. (2556). อิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยความแตกฉานด้านสุขภาพการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์*, 25(1), 79-81.
- วรรณวรงค์ วงศ์เจริญ. (2547). Clinical assessment of Heart failure. ใน อภิชาติ สุคนธสรณ์ และรังสฤษฏ์ กาญจนะวณิชย์ (บรรณาธิการ), *Heart Failure*. (หน้า 19-20). เชียงใหม่: ไอแอมออร์แกไนเซชันแอนด์แอดเวอร์ไทซิ่ง.
- แววดาว รอดเสถียร, วัลภา คุณทรงเกียรติ และสุภาภรณ์ ต้วงแพง. (2556). ประสบการณ์อาการหายใจลำบากในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยบูรพา*, 21(3).
- สมจิต หนูเจริญกุล บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์ และทิพาพร วงศ์หงส์กุล. (2534). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา. *วารสารการพยาบาล*, 40(1), 11-26.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2552). *การพยาบาลผู้ป่วยหัวใจวาย*. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), *การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 2*. (หน้า 1-24). กรุงเทพมหานคร: วี.เจ.พรินติ้ง.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย. (2551). *แนวทางการปฏิบัติมาตรฐานเพื่อการวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว*. [Online]. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaiheart.org/guideline.html>.



(วันที่ค้นข้อมูล: 1 พฤศจิกายน 2556).

สาธารณสุข, กระทรวง. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2555). สถิติกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2556. [Online]. เข้าถึงได้จาก <http://bps.ops.moph.go.th/statistic/pdf>.

(วันที่ค้นข้อมูล: 14 กรกฎาคม 2558).

สายพิน ยอดกุล และจิตภินันท์ ศรีจักรโคตร. (2555). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 3(30).

สายรุ่ง บัวระพา. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลการรับรู้ความรุนแรงของอาการการรับรู้สมรรถนะแห่งตนการสนับสนุนทางสังคมและกิจกรรมทางกายในผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเรื้อรัง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สารนิตี บุญประสพ. (2555). อาการหายใจลำบาก: บทบาทของพยาบาล.

*วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 6(2): 1-11.

สุจิตราพร พิมพ์โพธิ์ และชนกพร จิตปัญญา. (2012). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน: การทบทวนวรรณกรรมอย่างบูรณาการ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 23(2).

สุทธนันท์ ชุนแจ่ม, โสภิตา แสงอ่อน และทัศน ทวีคุณ. (2554). การสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 17(3).

สมภพ เรื่องตระกูล (2544). *ตำราจิตเวชสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปอาการทางจิตเวชในผู้ป่วยโรคทางกาย (พิมพ์ครั้งที่ 1)*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.

อริษา จันทนทัศน์ และคณะ. (2556). ความชุกและปัจจัยสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(1), 17-28.

อภิชาติ สุคนธสรณ์ และรังสฤษฏ์ กาญจนะวริชัย. (2547). *Heart failure*. เชียงใหม่: ไอแอมออริเกไนเซอร์แอนด์อีดีเวอร์ไทซิง.

อมรรัตน์ นาคละมัย. (2553). อิทธิพลของการรับรู้ความรุนแรงของอาการการสนับสนุนทางสังคมและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.

(วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล.

อรินทยา พรหมนิธิกุล. (2553). *อาการเหนื่อย*. ในเมตตาภรณ์ พรพัฒน์กุลและชจรศักดิ์ นพคุณ, (บรรณาธิการ), *อาการวิทยาทางอายุรศาสตร์*. (หน้า 55-56). เชียงใหม่: ทริค.

อรินทยา พรหมนิธิกุล. (2557). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังแบบบูรณาการ Comprehensive Heart Failure Management Program*. [Online]. เข้าถึงได้จาก

[http://www.thaiheart.org/images/column\\_1291454908/CMU%20HF%20Clinic.pdf](http://www.thaiheart.org/images/column_1291454908/CMU%20HF%20Clinic.pdf). (วันที่ค้นข้อมูล: 12 มีนาคม 2558).

อรุณประไพ บัวพัฒน์. (2551). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว*.

(วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล.

American Lung Association. (2003). *Lung Disease Data 2003*. Retrived 12/11/2011 from [http://www.lungusa.org/assets/documents/publications/lung-disease-data/LDD\\_2003.pdf](http://www.lungusa.org/assets/documents/publications/lung-disease-data/LDD_2003.pdf)

American psychiatric association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental Disorders*. 4 th ed. Washington, DC: American psychiatric Publishing, Inc..

Asa Neuman et al., (2006). Dyspnea in relation to symptoms of anxiety and depression: A prospective population study. *Respiratory Medicine*, 100(10), 1843-1849.

Chen et al., (2014). Health literacy and self-care of patients with heart failure. *The journal of Cardiovascular Nursing*, 26(6), 446-451.

Chen et al., (2014). Relationships between health literacy and heart failure knowledge, self-efficacy, and self-care adherence. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 10(2), 378-386.

Cobb. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5).

Cynthia M. Williams. (2006). *Dyspnea. Palliative and supportive care*. The National Institutes of Health. Bethesda. Maryland.

Daniel et.al. (2006). Acute Dyspnea: From Pathophysiology, Evaluation to diagnosis. *Timisoara Medical Journal*. 2-3.

Dennison et al., (2011). Adequate health literacy is associated with higher heart failure knowledge and self-care confidence in hospitalized patients. *The journal of Cardiovascular Nursing*, 26(5): 359-67.

Department of Health and Human services.(2011).*Depression and Heart Disease*. National Institutes of Health Nation Institute of Mental health, 11.

Dewalt et al., (2004). Literacy and Health Outcomes: A Systematic Review of the Literature. *Journal of General Internal Medicine*. 19, 1228-1239.

- Dickstein et al., (2008). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. *European Heart Journal*. 29, 2388–2442.
- Donald E, Bailey, Jr., and Janet L. Stewart. (2010). *Merle H. Mishel: Uncertainty in Illness Theory*. In Martha R. Alligood and Ann M. Tomey, *Nursing theories and their work* (7 Ed.). United states of America: hemamalini Rajendrababu, 599-617.
- Eastwood et al., (2008). Uncertainty and health-related quality of life 1 year after coronary angiography. *American Journal of Critical care*, 17(3), 232-242.
- Ekman et al., (2005). Exploring symptoms in chronic heart failure. *European Journal of HeartFailure*, 7(5), 699-703.
- Europe, E. & Tyni-Lenné, R. (2004). Qualitative analysis of the male experience of heart failure. *Heart and Lung: The Journal of Critical care*, 33(4), 227-34.
- Gift & Cahill. (1990). Psychophysiologic aspects of dyspnea in chronic obstructive pulmonary disease: a pilot study. *Heart & Lung : the Journal of Critical Care*, 19(3), 252-257.
- Gift, A. G. & McCrone, S. H., (1993). Depression in patients with COPD . *Heart & Lung : the Journal of Critical Care*, 22(4), 289-297.
- Gotlib, Ian H., Hammen & Constance L. (1992). *Psychological aspects of depression: Toward a cognitive-interpersonal integration*. The Wiley series in clinical psychology. Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Grady et al., (2000). Team Management of Patients with Heart Failure: A Statement for Healthcare Professionals From the Cardiovascular Nursing Council of the American Heart Association. *Circulation: Journal of the American Heart Association*, 7 (November).
- Hayen, A., Herigstad, M. & Pattinson, K.T.S., (2013). *Understanding dyspnea as a complex individual experience*. Paper presented at the John Radcliffe Hospital, University of Oxford, Oxford.
- Heart Failure Society of America et al., (2010). HFSA 2010 Comprehensive Heart Failure Practice Guideline. *Journal of Cardiac Failure*, 16(6), e1-194.
- Heo et al., (2009). Quality of life in patients with heart failure: ask the patients. *Heart and Lung: The Journal of Critical care*, 38(2), 100-108.

- Hilton, B. Ann. (1989). The Relationship of Uncertainty, control, Commitment and Threat of Recurrence to Coping Strategies Used by Women Diagnosed with Breast cancer. *Journal of Behavioral medicine*, 12(1).
- Holzepfel, N., Lowe, B., Wild, B., Schellberg, D., Zugck, C., & Remppis, A., et al. (2009). Self-care and depression in patients with chronic heart failure. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 38(5), 392-397
- House, J. S., Umberson D. & Landis, K. R., (1988), Structures and Processes of Social Support. *Annual Review of Sociology*, 14, 293-318.
- Huang et al., (2013). Moderating effect of psychosocial factors for dyspnea in Taiwanese and American heart failure patients. *Journal Nursing Respiratory*, 21 (1).
- Hunt et al., (2005). *ACC/AHA 2005 Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines* (Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure): developed in collaboration with the American College of Chest Physicians and the International Society for Heart and Lung Transplantation: endorsed by the Heart Rhythm Society. *Circulation*, 112(12), e154-235.
- Jeffrey, D.H., & Barry, H.G., (2007). *Congestive heart failure*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 263-284.
- Jessup et al., (2009). *2009 focused update: ACCF/AHA Guidelines for the Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines: developed in collaboration with the International Society for Heart and Lung Transplantation*. *Circulation*, 119(14), 1977-2016.
- Jurgens et al., (2009). Symptom clusters of heart failure. *Research Nursing Health*. 32(5), 551-560.
- Kaplan, B.H., Cassel, J.C. & Gore, S. (1977). Social support and health. *Medical Care*, 15(5), 47-58.

- Kemp, C.D., & Conte, J.V. (2012). The pathophysiology of heart failure. *Cardiovascular Pathological*. 21(5), 365-371.
- Klein et al., (2006). Circulating Concentrations of Growth-Differentiation Factor 15 in Apparently Healthy Elderly Individuals and Patients with Chronic Heart Failure as Assessed by a New Immunoradiometric Sandwich Assay. *Clinical Chemistry*, 53(2), 284-291.
- Lazarus et al., (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579.
- Levine et al., (1990). Elevated Circulating Levels of Tumor Necrosis Factor in Severe Chronic Heart Failure. *The New England Journal of Medicine*, 323(4), 236-241.
- Louise Smith. (2010). Evaluation and treatment of depression in patients with heart failure. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22(8), 440-448.
- Macabasco, A., & al., e. (2011). Relationship Between Literacy, Knowledge, Self-Care Behaviors, and Heart Failure-Related Quality of Life Among Patients With Heart Failure. *Journal General International Medicine*, 26(9), 979-986.
- McCathie, H. C., Spence, S. H. & Tate, R. L., (2002). Adjustment to chronic obstructive pulmonary disease: the importance of psychological factors. *The European Respiratory Journal*, 19(1), 47-53.
- McCormick, Kim M. (2002). Concept analysis of uncertainty in illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(2), 127-31.
- Michelle Donoghue et al. (2005). The Effects of Ejection Fraction on N-Terminal ProBNP and BNP levels in Patients With Acute CHF : Analysis From the ProBNP Investigation of Dyspnea in the Emergency Department (PRIDE) Study. *Journal of Cardiac Failure*, 11(5).
- Mishel Merie H., (1988). Uncertainty in Illness. *Journal of Nursing Scholarship*. 20(4): 225-232.
- Mishel, M. H., & Clayton, M. F. (2003). *Theories of uncertainty in illness*. In M. J. Smith and P. L. Liehr, Middle range theory for nursing. New York: Springer Publishing, 25-48.

- Morrow et al., (2006). Correlates of Health Literacy in Patients with Chronic Heart Failure. *The Gerontologist*, 46(5), 669–676.
- Nancy et al. (2004). Identifying and Treating Depression in Patients With Heart Failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, November-December, 2004.
- National Institute of Mental Health.(2011). Depression and Heart Disease. *National Institute of Health Publication*. 11-5004.
- Nutbeam Don. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67, 2072-2078
- Ormel et al., (1998). Functioning, Well-Being, and Health Perception in Late Middle-Aged and Older People: Comparing the Effects of Depressive Symptoms and Chronic Medical Conditions. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46(1), 39–48.
- Pang et al., (2008). 280 The early assessment of dyspnea in patients with acute heart failure syndromes - the Ularitide Global Evaluation in Acute Decompensated Heart Failure (URGENT) study. *European Journal of Heart Failure Supplements*, 7(1), 70.
- Parker Ruth M., Baker David W., Williams Mark V., Nurss Joanne R., (1995). The test of functional health literacy in adults. *Journal of General Internal Medicine*, 10(10), 537-541
- Parshall et al., (2001). Dyspnea duration, distress, and intensity in emergency department visits for heart failure. *Heart and Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 30(1): 47-56
- Ramasamy et al. (2006). Psychological and social factors that correlate with dyspnea in heart failure. *Psychosomatic*, 47(5), September-October.
- Rodriguez et.al. (2005). Unrecognised ventricular dysfunction in COPD. *European Respiratory Journal*. 39(1), 51–8.
- Skotzko et al. (2000). Depression is common and precludes accurate assessment of functional status in elderly patients with congestive heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, 6, 300–305.

- Stephen et al., (2004). The influence of age, gender, and race on the prevalence of depression in heart failure patients. *Journal of the American College of Cardiology*. 43(9), 1542-1549.
- Varda Konstam et.al. (2005). Depression and Anxiety in Heart Failure. *Journal of Cardiac Failure*.11(6), 455-463.
- Viola Vaccarino et al., (2001).Depressive symptoms and risk of functional decline and death in patients with heart failure. *Journal of the American College of Cardiology*. 38(1), 199-205.
- Wedewardt et al., (2010). Cheyne–Stokes respiration in heart failure: Cycle length is dependent on left ventricular ejection fraction. *Sleep Medicine*, 11(2), 137-42.
- Wei Jiang et al., (2004). Prognostic Value of Anxiety and Depression in Patients With Chronic Heart Failure. *Circulation*, November (30), 3452-3456.
- Wongpakaran N. & Wongpakaran T. (2012). A revised version of the Thai Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS). *The Spanish Journal of Psychology*. 15(3), 1503-9.
- Zambroski et al., (2005). Impact of symptom prevalence and symptom burden on quality of life in patients with heart failure. *European journal of Cardiovascular nursing*, 4(3), 198-206.
- Zambroski, CH . (2003). Qualitative analysis of living with heart failure. *Heart and Lung: The Journal of Critical care*, 32(1), 32-40.
- Zimet et al., (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY





รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

พินเอกหญิง แพทย์หญิงวราภรณ์ ตียนานนท์	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ, อาจารย์ ด้านระบบโรคหัวใจและหลอดเลือด ศูนย์โรคหัวใจสิรินธร โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ ศลโกสุม	ข้าราชการบำนาญ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาเครื่องมือวิจัย)
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งนภา ภาณิตรัตน์	อาจารย์พยาบาล ภาควิชาสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลภาวะซึมเศร้า)
พินโทหญิง ดร. พัชรภรณ์ อุ่นเตจ๊ะ	อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก (ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลโรคหัวใจและ หลอดเลือด)
อาจารย์ ดร.ขวัญเมือง แก้วดำเกิง	อาจารย์ภาควิชาสุขศึกษา และพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (ผู้เชี่ยวชาญด้านความแตกฉานทางสุขภาพ)



รหัส..... 1

## แบบสอบถาม

เรื่อง บังคับทำนกอการหายใจลำบาก ความผิดปกติทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

## คำชี้แจง

- แบบสอบถามประกอบด้วย 6 ส่วน จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 103 ข้อ รายละเอียดมีดังนี้
 

ส่วนที่ 1	แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (ฉบับชุมชน)	จำนวน 23 ข้อ
ส่วนที่ 2	แบบประเมินภาวะซึมเศร้า	จำนวน 20 ข้อ
ส่วนที่ 3	แบบประเมินอาการหายใจลำบาก	จำนวน 19 ข้อ
ส่วนที่ 4	แบบประเมินความผิดปกติทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน สำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	จำนวน 22 ข้อ
ส่วนที่ 5	แบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติ เกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม	จำนวน 12 ข้อ
ส่วนที่ 6	แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน 11 ข้อ
- โปรดอ่านคำชี้แจงก่อนตอบข้อคำถามในแต่ละส่วน
- กรุณาตอบคำถามให้ครบทุกข้อตามความเป็นจริงมากที่สุด โดยไม่ต้องเขียนชื่อ/นามสกุลลงไปในแบบสอบถามชุดนี้
- ข้อมูลทั้งหมดจะถือเป็นความลับและใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่มีผลต่อการรักษาของท่าน

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

ร.อ.พญิง จนิดาภา แก้วกัญญา

นิติบริษฏาโท

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Version 1.0

Date 14/Oct/2014



INSITUTIONAL REVIEW BOARD	
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
IRB No.	502, 57
Date of Approval	15 Oct. 2558

**ส่วนที่ 1 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย**

คำชี้แจง: ขอให้ท่านพิจารณาข้อความต่อไปนี้ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึก  
ที่แท้จริงของท่านมากที่สุดในช่วง 1 สัปดาห์ที่ท่านมารวมทั้งวันนี้ เพียงข้อละ 1 คำตอบ โดยพิจารณา  
เกณฑ์การเลือกตอบ ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านตัดสินใจ ไม่ได้ว่ารู้สึกอย่างไรกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่าน ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ท่าน ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยมาก ที่สุด
1. ท่านไม่รู้ว่าท่านมีความคิดปกคิอะไร					
2. ท่านมีคำถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วยมากมาย แต่หาคำตอบไม่ได้					
3. ท่านไม่แน่ใจว่าอาการเจ็บป่วยของ ท่านจะดีขึ้นหรือแย่ลง					
4. ท่านไม่รู้ว่าท่านจะเจ็บปวดมากแค่ไหน จากความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่					
5. คำอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของท่านที่หมอ หรือพยาบาลบอก ทำให้ท่านรู้สึกคลุมเครือ					
6. ท่านรู้สึกมุ่งหมายที่รักษาในการรักษาแต่ละครั้ง					
7. อาการของท่านเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา คาดคะเนไม่ได้เลย					
8. ท่านเข้าใจข้อมูลที่ได้รับทุกอย่าง					
9. ข้อมูลที่หมอบอกท่านนั้น สามารถตีความได้หลายอย่าง					
10. การรักษาของท่านซับซ้อนเกินกว่าที่ท่านจะ เข้าใจ					
11. เป็นการยากที่จะคิดว่า การรักษาที่ท่านได้รับอยู่นี้ ช่วยท่านได้จริง					

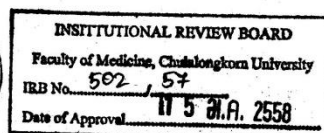
Version 1.0

Date 14/Oct/2014



<b>INSITTUTIONAL REVIEW BOARD</b>	
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
IRB No.	502 57
Date of Approval	15 ต.ค. 2558

ข้อความ	เกินด้วย มากที่สุด	เกินด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เกิน ด้วย	ไม่เกิน ด้วยมาก ที่สุด
12.ท่านไม่สามารถวางแผนอนาคตได้					
13.ความเจ็บป่วยของท่านเปลี่ยน ไปเปลี่ยนมาอยู่ เสมอ บางวันที่ดี บางวันที่ไม่ดี					
14.ท่านได้รับข้อมูลที่แตกต่างกัน เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของท่าน					
15.ท่านไม่รู้ว่าพอไปอะไรจะเกิดขึ้นกับท่าน					
16.ผลการตรวจหลายอย่างของท่านไม่ตรงกัน					
17.การรักษาที่ท่านได้รับอยู่นี้ ยังบอกไม่ได้ว่าจะได้ผล					
18.ความสามารถในการทำชีวิต/การทำงาน ของท่านเปลี่ยนแปลงไป จากการรักษาที่ท่านได้รับ					
19.ท่านแน่ใจว่า หมอจะตรวจหาความผิดปกติอื่นๆ ของท่านไม่พบ					
20.การรักษาที่ท่านได้รับอยู่นี้ เป็นที่รู้กันว่า น่าจะ ได้ผล					
21.หมอไม่ได้บอกการวินิจฉัยโรคที่ชัดเจนให้ท่านรู้					
22.ท่านได้รับการวินิจฉัยความรุนแรงของโรคที่ แน่นอนแล้ว					
23.หมอและพยาบาลใช้ภาษาต่างๆกับท่าน ท่านจึงสามารถเข้าใจในสิ่งที่พวกเขาพูด					



ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง: แบบสอบถามต่อไปนี้ เป็นแบบสอบถามความรู้สึกรู้ใจของท่านในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา  
โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียง  
ข้อเดียว โดยไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด โดยมีพิจารณาเกณฑ์การเลือกตอบ ดังนี้

ไม่เคย	หายยิ่ง	มีความรู้สึกเกิดขึ้นน้อยกว่า 1 วัน
นานๆครั้ง	หายยิ่ง.	มีความรู้สึกเกิดขึ้น 1-2 วันต่อสัปดาห์
ค่อนข้างบ่อย	หายยิ่ง	มีความรู้สึกเกิดขึ้น 3-4 วันต่อสัปดาห์
บ่อยครั้ง	หายยิ่ง	มีความรู้สึกเกิดขึ้น 5-7 วันต่อสัปดาห์

ข้อความ	ไม่เคย	นานๆครั้ง	ค่อนข้างบ่อย	บ่อยครั้ง
1. ท่านรู้สึกหงุดหงิดง่าย				
2. ท่านรู้สึกว่ามีเบื่ออาหาร				
3. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่สามารถจัดความทันท่วงที ออกไปได้ แม้ว่าจะมีคนในครอบครัวหรือเพื่อนคอย ช่วยเหลือ				
4. ท่านคิดว่าตนเองมีความที่ติดต่อกับคนอื่น ๆ				
5. ท่านรู้สึกลำบากในการตัดสินใจสิ่งหนึ่งสิ่งใด				
6. ท่านรู้สึกหกลุ่ใจ				
7. ท่านรู้สึกว่าทุกสิ่งทุกอย่างที่ท่านกระทำต้องฝืนใจทำ				
8. ท่านรู้สึกมีความหวังเกี่ยวกับอนาคต				
9. ท่านคิดว่าชีวิตท่านมีแต่ความล้มเหลว				
10. ท่านรู้สึกหวาดกลัว				
11. ท่านนอนไม่ค่อยหลับ				
12. ท่านมีความสุข				
13. ท่านรู้สึกดีใจที่ออกจากปกติ				
14. ท่านรู้สึกอ้างว้างเดียวดาย				
15. ผู้คนทั่วไป ไม่มีความเป็นมิตรกับท่าน				
16. ท่านรู้สึกว่าชีวิตนี้สูญสายนาน				
17. ท่านมักร้องไห้				
18. ท่านไม่มีความสุข				
19. ท่านรู้สึกว่าบุคคลรอบข้าง ไม่ชอบท่าน				
20. ท่านรู้สึกว่าเพื่อนในชีวิต				

Version 1.0

Date 14/Oct/2014



INSTITUTIONAL REVIEW BOARD  
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University  
IRB No. 502, 57  
Date of Approval 15 Oct. 2558

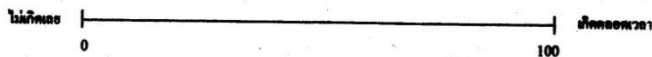
**ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการหายใจลำบาก**

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม เกี่ยวกับความรู้สึกหายใจลำบากของท่านในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยมีช่วงคะแนนความรู้สึกระหว่าง 0-100 คะแนน ขอให้ท่านทำเครื่องหมายกากบาท (X) ลงบนเส้นตรงตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกของท่านขณะนั้นมากที่สุด ไม่ว่าท่านจะกากบาทลงบนตำแหน่งใด จะไม่มีถูกหรือผิด

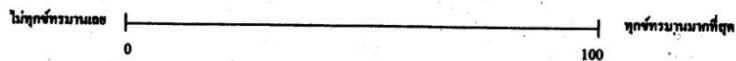
1. ช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านรู้สึกว่าการหายใจลำบากมีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด



2. ช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านรู้สึกหายใจลำบากบ่อยครั้งเพียงใด



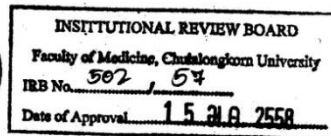
3. ช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา อาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นทำให้ท่านรู้สึกทรมานมากน้อยเพียงใด



จากข้อความข้างต้นนี้ โปรดเลือกลักษณะที่ตรงกับความรู้สึกหายใจลำบากของท่านมากที่สุด  
ถ้าท่านตอบว่า ไม่มี ในข้ออื่น ไม่ต้องทำส่วนที่ระบุความรุนแรง  
ถ้าท่านตอบว่า มี ให้ระบุความรุนแรงของลักษณะอาการนั้น โดยทำเครื่องหมายกากบาท (X) ลงบนเส้นตรงตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ไม่ว่าท่านจะกากบาทลงบนตำแหน่งใด จะไม่มีถูกหรือผิด

4. ท่านรู้สึกว่าการหายใจไม่พอหายใจ

- ไม่มี
- มี ระบุความรุนแรง

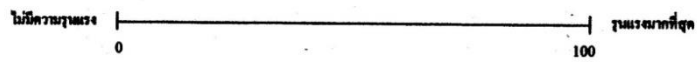




6

5. ท่านรู้สึกว่าการหายใจมากขึ้น

- ไม่มี  
 มี ระบุความรุนแรง



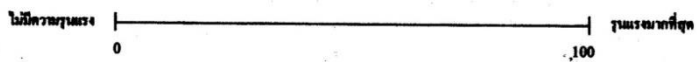
6. ท่านรู้สึกชอบหายใจไม่ทัน

- ไม่มี  
 มี ระบุความรุนแรง



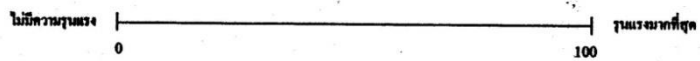
7. ท่านรู้สึกว่าตนเองหายใจได้ถี่ๆ

- ไม่มี  
 มี ระบุความรุนแรง



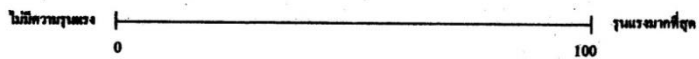
8. ท่านรู้สึกเหมือนหิวอากาศ ต้องการอากาศหายใจมากๆ

- ไม่มี  
 มี ระบุความรุนแรง



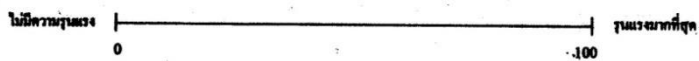
9. ท่านต้องใช้ความพยายามในการหายใจ

- ไม่มี  
 มี ระบุความรุนแรง



10. ท่านรู้สึกหายใจเข้าไม่สะดวก

- ไม่มี  
 มี ระบุความรุนแรง



Version 1.0

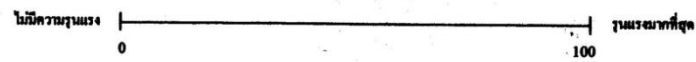
Date 14/Oct/2014



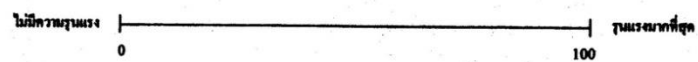
<b>INSTITUTIONAL REVIEW BOARD</b> Faculty of Medicine, Chulalongkorn University IRB No. 502, 64 Date of Approval 15 ต.ค. 2558	
--	--

7

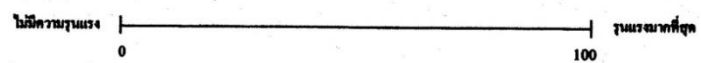
11. ท่านรู้สึกต้องออกแรงในการหายใจ

 ไม่มี มี ระบุความรุนแรง

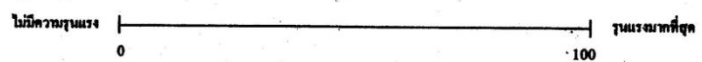
12. ท่านรู้สึกหนักๆเวลาหายใจ

 ไม่มี มี ระบุความรุนแรง

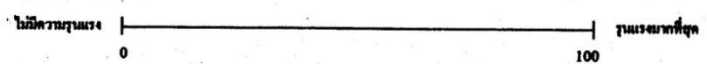
13. ท่านรู้สึกเหมือนมีอะไรมาจุก บิดงอ

 ไม่มี มี ระบุความรุนแรง

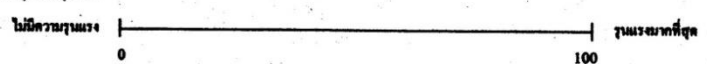
14. ท่านรู้สึกแน่นในอก

 ไม่มี มี ระบุความรุนแรง

15. ท่านรู้สึกเหมือนอกถูกบีบรัด ขาขาออกไม่ได้

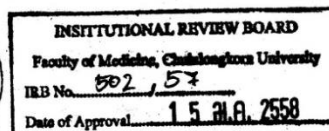
 ไม่มี มี ระบุความรุนแรง

16. ท่านรู้สึกว่า ตนเองต้องหายใจถี่ขึ้น

 ไม่มี มี ระบุความรุนแรง

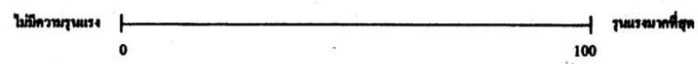
Version 1.0

Date 14/Oct/2014

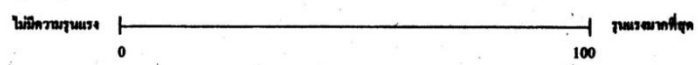


8

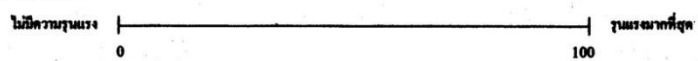
17. ท่านรู้สึกหายใจออกได้ไม่สุด

 ไม่มี มี ระบุความรุนแรง

18. ท่านรู้สึกอึดอัด หายใจไม่ออก

 ไม่มี มี ระบุความรุนแรง

19. ท่านรู้สึกเหมือนหายใจไม่ได้

 ไม่มี มี ระบุความรุนแรง

Version 1.0

Date 14/Oct/2014



INSITUATIONAL REVIEW BOARD	
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
IRB No.	502 / 37
Date of Approval	15 Oct. 2558

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว  
คำชี้แจง แบบประเมินนี้ มีจุดประสงค์เพื่อวัดความสามารถในการอ่านและความเข้าใจข้อมูลใน  
การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และข้อมูลในระบบบริการแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกระบบ  
โรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 22 ข้อ

ขอให้ท่านอ่านข้อความที่ปรากฏในกรอบสี่เหลี่ยม แล้วตอบคำถามตามความเข้าใจของท่านจาก  
การอ่านข้อความนั้นๆ โดยให้เครื่องหมาย  ในช่อง  หรือเติมคำตอบที่ท่านเข้าใจ

ตอนที่ 1 : การรับบริการตรวจรักษาในคลินิกโรคหัวใจ

ตอนที่ 1.1 ก่อนพบแพทย์

ผู้ป่วยทุกรายที่แพทย์นัดตรวจที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกระบบโรคหัวใจและหลอดเลือด ต้องนำใบนัด  
มาขึ้นที่โต๊ะหน้าห้องตรวจ เพื่อจัดลำดับการเข้าพบแพทย์ และยื่นบัตรประชาชนหรือบัตรข้าราชการ เพื่อ  
ตรวจสอบสิทธิการรักษาของตนเองก่อน

จากข้อความที่ท่านอ่าน โปรดตอบคำถามข้อ 1

1. จากกรอบข้อความข้างต้น เมื่อมาถึงคลินิกโรคหัวใจ ท่านควรจะต้องทำอะไรบ้าง เพื่อให้จะได้  
เข้ารับบริการตรวจรักษาตามขั้นตอนที่ถูกต้อง

- ขึ้นใบนัดและบัตรประชาชน นั่งรอหน้าห้องตรวจ
- ขึ้นใบนัดและบัตรประชาชน เซ็นเอกสารมอบอำนาจ นั่งรอหน้าห้องตรวจ
- ขึ้นใบนัดและบัตรประชาชน เซ็นเอกสารยินยอมการรักษา เจาะเลือดและตรวจผลเลือด  
พบแพทย์



INSTITUTIONAL REVIEW BOARD	
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
IRB No.	502, 57
Date of Approval	15 Oct. 2558

**ใบนัด**  
**ชื่อ นายรักชาติไทย เลขที่ทั่วไป 23456/53**  
**นัดตรวจและเจาะเลือด : ให้น้ำดื่มและอาหารหลังเที่ยงคืนก่อนวันเจาะเลือด**  
**วันนัด : วันพุธที่ 19 ต.ค. 2554 เวลา 08.00 – 12.00 น.**  
**คลินิกโรคหัวใจ ศึกสุปวีณนอก**  
**หากไม่สามารถมาตรวจตามนัดได้ ให้โทรเตือนนัดล่วงหน้าก่อน 1 สัปดาห์ หมายเลขโทรศัพท์ 02-1234567**

จากข้อความที่ท่านอ่าน โปรดตอบคำถามในข้อ 2 – 4

2. หากใบนัดนี้เป็นของท่าน ท่านมีนัด วันใด ที่ไหน และเวลาทำไร  
 วันที่.....  
 สถานที่.....  
 เวลา.....
3. วันนัดดื่มน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน หมายความว่าอย่างไร  
 ไม่ดื่มน้ำหลังเที่ยงคืน แต่กินอาหารได้  
 ไม่ดื่มน้ำ ไม่กินอาหารทุกชนิดหลังเที่ยงคืน  
 ไม่ดื่มน้ำ ไม่กินอาหารหลังเที่ยงคืน แต่ดื่มนมหรืออมลูกอมได้
4. หากท่านไม่สามารถมาตามนัดจะทำอย่างไร  
 มาพบแพทย์วันที่ท่านสะดวก  
 ไม่มาพบแพทย์ชื่อฮามากินเอง  
 ติดต่อตามหมายเลข โทรศัพท์เพื่อปรึกษาและนัดพบแพทย์ใหม่

Version 1.0

Date 14/Oct/2014



**INSITTUTIONAL REVIEW BOARD**  
 Faculty of Medicine, Chulalongkorn University  
 IRB No. 502 / 57  
 Date of Approval 15 Oct 2554

**ตอนที่ 1.2 หลังพบแพทย์**

หลังจากได้รับการตรวจจากแพทย์ คิดคือรับใบนัดกับพยาบาลหน้าห้องตรวจ เมื่อเสร็จเรียบร้อยแล้วไปส่ง  
ยาไปคิดค่อที่ห้องจ่ายยา

1. ขึ้นใบส่งยาที่ห้องจ่ายยา (ห้อง 1)
2. รับบัตรคิวชั้นนั่งรอ
3. เดิน ไปรับยา เมื่อเลขที่คิวของท่านแสดงในกระดานไฟ
4. ตรวจสอบยาที่ได้รับมีข้อสงสัยสอบถามเภสัชกร

จากข้อความที่ท่านอ่าน โปรดตอบคำถามในข้อ 5 – 7

5. หากท่านขึ้นใบส่งยามาเวลา 10.00 น. เมื่อถึงเวลา 11.00 น. ยังไม่ได้รับยา ท่านต้องทำอย่างไร
  - นั่งรอต่อไป จนเลขที่คิวของท่านแสดงในกระดานไฟ
  - สอบถามเจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยา (ห้อง 1)
  - สอบถามเจ้าหน้าที่ทุกคนที่อยู่บริเวณนั้น
6. ท่านจะทำอย่างไร หากได้รับยาที่ขนาดและสีไม่เหมือนเดิม
  - กินตามที่ได้รับมา
  - สอบถามจากเภสัชกร จนได้คำตอบที่เข้าใจ และสอดคล้องกับคำแนะนำของแพทย์
  - กลับ ไปสอบถามแพทย์ผู้ตรวจ
7. เมื่อถึงจุดขึ้นคอนการตรวจแล้ว สิ่งที่ท่านควรจะได้รับก่อนกลับบ้าน คือ อะไร
  - ยากลับบ้าน
  - ใบนัดครั้งต่อไป
  - ใบนัดครั้งต่อไปและยากลับบ้าน



<b>INSTITUTIONAL REVIEW BOARD</b>	
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
IRB No.	502 / 57
Date of Approval	15 ต.ค. 2558

ตอนที่ 2 : การปฏิบัติตัว

ตอนที่ 2.1 เรื่องยา

1. หากได้รับยาหัวใจ (ดิจิตาลิส) แล้วรู้สึกหัวใจเต้นแรงไม่เป็นจังหวะ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ คามิว ให้งดนมที่นอน และรีบไปพบแพทย์ทันที
2. หากได้รับยาขยายหลอดเลือดควรปรับเปลี่ยนท่าอย่างช้าๆ เช่น เปลี่ยนจากท่านอนเป็นท่านั่งก่อนสักพักแล้วค่อยลุกขึ้นยืน เพื่อป้องกันวิงเวียนศีรษะหน้ามืด ถ้ามีอาการดังกล่าว ให้นอนพัก หากไม่ดีขึ้น ควรรีบมาพบแพทย์
3. ถ้าได้รับยาขับปัสสาวะต้องกินคอนแอม เพื่อไม่ให้งดกลูมาดำขับปัสสาวะบ่อยจนกลางคืน หากต้องเดินทางไปไหนไกลๆ ไม่ควรงดยา แต่ควรกินช่วงเวลาที่จะสะดวก ที่จะปัสสาวะได้

จากข้อความที่ท่านอ่าน โปรดตอบคำถามในข้อ 8 - 11

8. ควรงดกินยาหัวใจ (ดิจิตาลิส) เมื่อใด
  - อากาศดีขึ้น
  - ปัสสาวะมาก
  - คลื่นไส้ คามิว
9. จากข้อ 8 หลังจากที่ท่านงดกินยาแล้ว ท่านควรจะทำอย่างไรต่อไป
  - นอนพัก
  - ไปพบแพทย์
  - ไปพบเภสัชกร
10. หากท่านกินยาขยายหลอดเลือด ท่านจะป้องกันอาการหน้ามืดวิงเวียนได้อย่างไร
  - นิ่งพัก ก่อนที่จะกินยาขยายหลอดเลือด
  - ปรับเปลี่ยนท่าช้าๆ
  - จับชีพจรก่อนกินยา
11. หากได้รับยาขับปัสสาวะแล้ว ท่านต้องเดินทางไปไหนจะทำอย่างไร
  - งดกินยาขับปัสสาวะในวันเดินทาง
  - งดกินยาขับปัสสาวะในวันเดินทาง แล้วเพิ่มยาในวันถัดไป
  - ปรับเวลากินยาให้เหมาะสมกับการเดินทาง เช่น กินยามื้อ ไปถึงจุดหมายของการเดินทาง



<b>INSITTUTIONAL REVIEW BOARD</b>	
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
IRB No.	502 / 54
Date of Approval	15 ต.ค. 2558

13

## คำอธิบายของยา

Isosorbide dinitrate (Isordil) 5 mg  
 อมใต้ลิ้นครั้งละ 1 เม็ด เมื่อมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก  
 หากอาการไม่ดีขึ้นอมซ้ำได้ทุก 5 นาที 3 ครั้ง  
 (หากอาการเจ็บแน่นหน้าอกไม่หายไปรีบไปพบแพทย์ทันที)

## จากข้อความที่ท่านอ่าน โปรดตอบคำถามในข้อ 12

12. หากมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกอมยาได้เป็นเวลา 12.00 น. อาการไม่ดีขึ้น อมซ้ำได้เวลาใด  
 อมซ้ำอีก.....นาที  
 และอมยาได้.....ครั้ง

## คำอธิบายของยา

Captopril Tablet 12.5 mg  
 ยาโรคหัวใจ (ยาขยายหลอดเลือด)  
 รับประทานหลังอาหาร ครั้งละ ครั้ง เม็ด ทุก 8 ชั่วโมง

## จากข้อความที่ท่านอ่าน โปรดตอบคำถามในข้อ 13

13. หากท่านกินยาตอน 06.00 น. ครั้งต่อไปท่านต้องกินยาลเวลาใด  
 กินยาอีกครั้งเวลา.....

## ตอนที่ 2.2 เรื่องกิจกรรม

1. ปรับการทำงานหรือออกกำลังกายให้ใช้แรงน้อยที่สุด และควรหยุดพักเป็นระยะ
2. มีเพศสัมพันธ์ได้หากสามารถขึ้นบันได 8 - 10 ชั้น หรือเดิน 1 กิโลเมตรในเวลา 10 นาที โดยไม่มีอาการหอบเหนื่อย
3. กิจกรรมที่ควรหลีกเลี่ยง เพราะทำให้หัวใจทำงานหนัก คือ การเบ่งอุจจาระ ยกหรือผลักสิ่งของหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 10 กิโลกรัม หรือออกแรงมากจนหมดความรูสึกของตนเอง
4. ถ้ามีอาการหอบเหนื่อย เจ็บหน้าอก ใจสั่น ใจเต้นแรงไม่เป็นจังหวะ ให้หยุดการทำงานหรือออกกำลังกายทันที

## จากข้อความที่ท่านอ่าน โปรดตอบคำถามในข้อ 14 - 16

14. หากท่านต้องเคลื่อนไหวอย่างช้าๆช้าๆขนาด 5 กิโลกรัม 2 ครั้ง ท่านต้องปฏิบัติอย่างไร
- ให้คนอื่นช่วยยก
- ยกไปเอง แบ่งครั้งละ 1 ครั้ง
- ยกไปเอง พร้อมกันทั้ง 2 ครั้ง

Version 1.0

Date 14/Oct/2014



INSTITUTIONAL REVIEW BOARD  
 Faculty of Medicine, Chulalongkorn University  
 IRB No. 502, 57  
 Date of Approval 15 Oct 2558



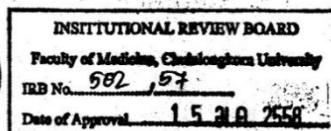
15. ท่านสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ในกรณีใด
- จนกว่าจะรักษาหายขาด
- หลังจากรักษาแล้ว 1 เดือน
- ถ้าไม่พบเชื้อหลังขึ้นบันได 8-10 ชั้น
16. ขณะกำลังทำงานรู้สึกใจสั่น หอบเหนื่อย ท่านจะทำอย่างไรเป็นอันดับแรก
- ไปพบแพทย์
- หยุดทำงานทันที
- ปรับงานให้ใช้แรงน้อยลง

**ตอนที่ 2.3 เรื่องอาหาร**

1. ควรกินอาหารอ่อน ย่อยง่าย ควรลดอาหารเค็ม เพราะอาหารเค็มจะมีเกลือที่จะทำให้ไตทำงานหนักอาจการบวม หอบเหนื่อยได้
2. จำกัดปริมาณเกลือในการทำอาหารทั้งวันไม่เกิน 1 ช้อนกาแฟ หรือน้ำปลา 2 ช้อนกินข้าว
3. ไม่ควรใส่ผงชูรส ผงปรุงรสในการปรุงอาหาร รวมทั้งไม่เค็มน้ำปลา เกลือ ซอส เพิ่มในอาหารหลังปรุงเสร็จ เพราะเครื่องปรุงเหล่านี้มีเกลือเป็นส่วนผสม
4. การเลือกซื้ออาหารกระป๋องควรอ่านฉลากส่วนประกอบข้างกระป๋อง เพื่อดูปริมาณส่วนผสมของเกลือ

จากข้อความที่ท่านอ่าน โปรดตอบคำถามในข้อ 17-18

17. เพื่อป้องกันการเกิดอาการเหนื่อยหอบ หากต้องการซื้ออาหารกระป๋อง ท่านจะเลือกฉลากที่มีส่วนประกอบตามฉลากในข้อใด
- อ่านปริมาณ โซเดียมจากฉลากส่วนประกอบข้างกระป๋อง
- อ่านปริมาณบรรจุฉลากส่วนประกอบข้างกระป๋อง
- อ่านปริมาณพลังงานจากฉลากส่วนประกอบข้างกระป๋อง
18. ท่านมีอาการบวมมากขึ้น หากท่านปรุงอาหารแล้วใส่เครื่องปรุงใด
- น้ำตาล
- ผงชูรส
- น้ำมะขามเปียก



**ตอนที่ 2.4 เรื่องสังเกตอาการผิดปกติ**

1. หากมีอาการ ผิวหนึ่งคั้ง ซ้อเห่าบวม รองเท้าค้ำหรือเสื้อค้ำค้ำ เหนืออ้งอ ยอบอช เป็นอาการที่เกิดจากน้ำคั้งในร่างกช ควรรปฏิบัติคั้งนี้ คั้งน้ำให้บอชลง ลคชอาหารเค็ม ลคชการทักอกรรม พักค้อมนคั้ง
2. หากมีเครื่องชั่งน้ำหนักใช้ประเมินการคั้งของน้ำในร่างกช ให้ชั่งค้อมเช้าก่อนอาหาร และหลังอชบสชวะ ใค้เสื้อค้ำหนท้นค้ม ค้ำน้ำหนักเพิ่มคั้ง 1 กิโลกรัม ใน 1 – 2 วัน ให้มพมแพทช
3. หากมีอาการบวม หอบเหนือมคั้งขึ้น นอนรชบไม่ได้ ไอเป็นฟอช ให้มพมแพทชที่คลินิกโรคหัวใจค้อมวันนค้ หากเป็นวันหคชวชการหรือนอกหคชวชการ ให้มที่ฟอชถูกเงิน

จากข้อความที่ห่านอ่น โปรดคอบค้ำท่นในค้อ 19 – 22

19. หากท่นรู้คั้งว่า รองเท้าค้ำและคิ้วหน่งที่ชคั้ง เหนืออ้งอ ท่นไม่ควรปฏิบัติอ้งไร

- ลคชอาหารเค็ม
- อชชชชชเพื่อลคชบวม
- คั้งน้ำให้บอชลง

20. ท่นควรรชั่งน้ำหนักเพื่อประเมินน้ำคั้งในร่างกชเวลาใด

- ชั่งน้ำหนักรชงเวลาที่ชคชวค
- ชั่งน้ำหนักค้อมเช้า ก่อนอาหาร
- ชั่งน้ำหนักค้อมคั้งเวลาคั้ง เช่น วันน้ชั่งค้อมเช้า พว่งน้ชั่งค้อมคั้ง

21. หากพบว่น้ำหนักเพิ่มคั้งจากคั้งเดิม 1 กิโลกรัม ใน 1 วัน ท่นค้องทำอ้งไร

- ไปพมแพทช
- ลคชบริมชอาหาร
- อชกค้ำคั้งกชเพิ่มคั้ง

22. หากเกิดอาการเหนือหอบคั้งขึ้นในวันสาร์ท่นจะทำอ้งไร

- พมแพทชที่ฟอชถูกเงินท้นที่
- พมแพทชที่ฟอชถูกเงินในวันนค้
- พมแพทชที่คลินิกโรคหัวใจในวันนค้



<b>INSTITUTIONAL REVIEW BOARD</b> Faculty of Medicine, Chulalongkorn University IRB No. ๑๕๒, ๕๗ Date of Approval 15 Oct. 2558	
--	--

**ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความรู้สึกละเอียดหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม**

**คำชี้แจง:** โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อ และบอกว่าท่านรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับครอบครัว เพื่อน และบุคคลใกล้ชิด (หมายเหตุ: บุคคลใกล้ชิด คือบุคคลที่นอกเหนือจากครอบครัวและเพื่อน) โดยพิจารณาและเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยมีพิจารณาเกณฑ์การเลือกตอบ ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านตัดสินใจไม่ได้ว่ารู้สึกอย่างไรกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก
ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยมาก	ไม่เห็นด้วยมากที่สุด
1. มีบุคคลใกล้ชิดที่คอยช่วยเหลือ							
2. มีบุคคลใกล้ชิดที่สามารถร่วมทุกข์ร่วมสุขกับท่านได้							
3. ครอบครัวของท่านพยายามช่วยเหลือท่าน							
4. ท่านได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือทางด้านจิตใจจากครอบครัว ตามที่ท่านต้องการ							
5. ท่านมีบุคคลใกล้ชิด เป็นผู้ที่ให้ความสบายใจแก่ท่าน							
6. เพื่อนของท่านพยายามช่วยเหลือท่าน							
7. ท่านสามารถพึ่งพาอาศัยเพื่อนได้เมื่อท่านมีปัญหา							
8. ท่านสามารถเล่าปัญหาของท่านให้ครอบครัวฟังได้							
9. ท่านมีเพื่อนที่สามารถร่วมทุกข์ร่วมสุขกับท่านได้							
10. มีบุคคลใกล้ชิดในชีวิตที่คอยห่วงใยความรู้สึกของท่าน							
11. ครอบครัวของท่านเต็มใจที่จะช่วยท่านในการตัดสินใจ							
12. ท่านสามารถเล่าปัญหาของท่านให้เพื่อนฟังได้							
<b>รวม</b>							

สรุป(เฉพาะผู้วิจัย) คะแนนรวม.....  ครอบครัว  เพื่อน  บุคคลใกล้ชิด

Version 1.0

Date 14/Oct/2014



INSTITUTIONAL REVIEW BOARD	
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
IRB No.	502, 57
Date of Approval	15 ต.ค. 2556

ส่วนที่ 6 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ส่วนของผู้ป่วย : แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง: กรุณาตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับตัวท่าน โดยเติมค่าลงในช่องว่าง หรือ ทำเครื่องหมาย  ลงใน  หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน

1. อายุ.....ปี
2. เพศ  
 ชาย                       หญิง
3. สถานภาพสมรส  
 โสด     คู่             หม้าย     หย่า/ แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา  
 ประถม     มัธยม     อนุปริญญา     ปริญญาตรี     สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ  
 ไม่ได้ประกอบอาชีพ     รับจ้าง/พนักงาน     รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ  
 ส่วนตัว (ค้าขาย/เกษตรกร/อื่นฯ(ระบุ).....)
6. สิทธิการรักษา  
 ค้นสังกัด     ประกันสังคม     ประกันสุขภาพ (30 บาท)     ชำระเอง(ระบุ).....
7. บุคคลที่พ้องอาศัย  
 อยู่คนเดียว             บิดา-มารดา             ครอบครัว  
 คู่สมรส                 บุตร                       อื่นฯ(ระบุ).....

ส่วนของผู้ป่วย : แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปที่ผู้วิจัยรวบรวมจากเวชระเบียนและสัมภาษณ์ผู้ป่วย

1. โรคประจำตัวที่มีร่วมด้วย  
 DM     HT     DLP     CAD     อื่นฯ(ระบุ).....
2. ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวตามการค้ำนิมของโรค (Stage of heart failure)  
 Stage A     Stage B     Stage C     Stage D
3. ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว โดยประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม (NYHA Functional Class)  
 class I     class II     class III     class IV
4. ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ  
 EF 0-40 %     EF 41-60 %     EF 61-100 %

Version 1.0

Date 14/Oct/2014




<b>INSTITUTIONAL REVIEW BOARD</b> Faculty of Medicine, Chulalongkorn University IRB No. 502, 57 Date of Approval 11 5 ค.ศ. 2558	
--	--



ภาคผนวก ค  
เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

	<p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>AF 10-05/4.0 เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย</p>
---	--	--

การวิจัยเรื่อง บังคับทำนยาอาการหายใจลำบาก ความแตกต่างทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

วันที่ทำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... ที่อยู่..... ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางการรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างถี่ถ้วนแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจ ไม่มีบังคับข่มขู่เงินข้าพเจ้า

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาล โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย แต่จะไม่ได้รับการชดเชยใดๆจากผู้วิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้


ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใดๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ไว้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้า และสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในรูปแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตเท่านั้น



INSITUATIONAL REVIEW BOARD	
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
IRB No.	502 / 59
Date of Approval	พ. 5 ส.ค. 2558

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>AF 10-04/4.0</p> <p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
--	---

ที่ผู้วิจัยไม่สามารถอ่านแบบสอบถามด้วยตนเองได้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านข้อคำถามและคำตอบให้และให้กลุ่มตัวอย่างเลือกคำตอบที่ตรงกับตนเองมากที่สุด

หากท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกเข้า ท่านจะได้รับแบบสอบถามแบบเลือกตอบ ประกอบด้วยแบบสอบถาม 6 ส่วน รวม 103 ข้อ ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามความรู้สึกลึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย(ฉบับชุมชน) จำนวน 23 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 5 นาที, ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า จำนวน 20 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 5 นาที, ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการหายใจลำบาก จำนวน 19 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที, ส่วนที่ 4 แบบประเมินความเครียดด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 22 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที, ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความรู้สึกลากหลวมเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม จำนวน 12 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 5 นาที, ส่วนที่ 6 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 3 นาที รวมใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-40 นาที ผู้วิจัยจะจอร์รับแบบสอบถามคืนโดยรับด้วยตนเอง โดยตลอดระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัย และมาพบผู้วิจัยทั้งสิ้น 1 ครั้ง

#### ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ที่วิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ที่วิจัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้วิจัยได้รับทราบ

#### ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ท่านอาจเสียเวลา และไม่สะดวกในระหว่างการทำแบบสอบถาม เนื่องจากจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-40 นาที

#### ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน

ท่านอาจเกิดอาการข้างเคียง หรือความไม่สบาย นอกเหนือจากที่ได้แสดงในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งอาการข้างเคียงเหล่านี้เป็นอาการที่ไม่เคยพบมาก่อน เพื่อความปลอดภัยของท่าน ควรแจ้งผู้วิจัยให้ทราบทันทีเมื่อเกิดความผิดปกติใด ๆ เกิดขึ้น

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ที่วิจัยได้ตลอดเวลา

หากมีการค้นพบข้อมูลใหม่ ๆ ที่อาจมีผลต่อความปลอดภัยของท่านในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย ผู้ที่วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบทันที เพื่อให้ท่านตัดสินใจว่าจะอยู่ในโครงการวิจัยต่อไปหรือจะขอลอดตัวออกจากการวิจัย

#### การพบแพทย์นอกตารางนัดหมายในกรณีที่เกิดอาการข้างเคียง


หากมีอาการข้างเคียงใด ๆ เกิดขึ้นกับท่าน ขอให้ท่านรีบมาพบแพทย์ที่สถานพยาบาลทันที ถึงแม้ว่าจะอยู่นอกตารางการนัดหมาย เพื่อแพทย์จะได้ประเมินอาการข้างเคียงของท่าน และให้การรักษาที่เหมาะสมทันที หากอาการดังกล่าวเป็นผลจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะไม่เสียค่าใช้จ่าย

#### ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใดๆจากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ในภายภาคหน้า เพื่อนำไปปรับใช้ในการปฏิบัติงาน และพัฒนารูปแบบการพยาบาล เพื่อให้สามารถช่วยเหลือและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีจัดการบิจะจัดทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น



INSITTUTIONAL REVIEW BOARD	
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
IRB No.	502 / 54
Date of Approval	15 JUL 2558

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>AF 10-04/4.0</p> <p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
--	---

**วิธีการและรูปแบบการวิจัยอื่น ๆ ซึ่งเกี่ยวข้องสำหรับอาสาสมัคร**

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคที่ท่านเป็นผู้ เนื่องจากมีแนวทางการรักษาอื่น ๆ หลายแบบสำหรับรักษาโรคของท่านได้ ดังนั้นจึงควรปรึกษาแนวทางการรักษาวิธีอื่น ๆ กับแพทย์ผู้ให้การรักษาท่านก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย

**ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย**

ขอให้ท่านปฏิบัติตามดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย

**อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย**

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที และท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยแล้ว ผู้วิจัยยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน และการลงนามในเอกสารให้ความยินยอมไม่ได้หมายความว่าท่านได้ละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ ร้อยเอกหญิง ชนิดาภา แก้วกัญญา โทรศัพท์มือถือ 085-019-1812 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

**ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย**

โครงการวิจัยนี้ไม่มีค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

**ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี)**

ท่านจะ **ไม่**ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัย

**การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย**

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอลงนามออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือเมื่อผู้สนับสนุนการวิจัยยุติการดำเนินงานวิจัย หรือ ในกรณีดังต่อไปนี้

- ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัย


**การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร**

ข้อมูลที่ท่านนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน จากการลงนามยินยอมของท่านผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้งหรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ ร้อยเอกหญิงชนิดาภา แก้วกัญญา ที่อยู่ หอผู้ป่วยอาการหนัก โรคหัวใจและหลอดเลือด อาคารสมเด็จพระเจ้า รัช 3 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เลขที่ 315 ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี จังหวัด กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 10400 โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมง : มือถือ 0850191812



<b>INSTITUTIONAL REVIEW BOARD</b>	
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
IRB No.	502 / 57
Date of Approval	15 มิ.ย. 2558



 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: right;">AF 10-04/4.0</p> <p style="text-align: center;"><b>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย</b> <b>( Information sheet for research participant )</b></p>
--	--

หากท่านขอลงนามยินยอมให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วม โครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

จากการลงนามยินยอมของท่านแพทย์ผู้ทำวิจัยสามารถทราบรายละเอียดของท่านที่เกี่ยวข้องกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

**สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย**

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้


1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่เกิดโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
8. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการ โดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
9. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
10. ท่านมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการตึกชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-2256-4493 ต่อ 14, 15 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้



<b>INSTITUTIONAL REVIEW BOARD</b>	
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
IRB No.	502 / 57
Date of Approval	15 Jul. 2558

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>AF 10-04/4.0</p> <p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
--	---

ชื่อโครงการวิจัย ปัจฉัยทำนุอาการหายใจลำบาก ความแตกต่างทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ผู้วิจัย ร้อยเอกหญิง รณิดาภา แก้วกัญญา นิสิตหลักศุภรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมง : มือถือ 0850191812

เขียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยอีกครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของแพทย์ผู้ทำวิจัยหรือแพทย์ผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

#### เหตุผลความเป็นมา

การจัดการภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญในการให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย เพื่อที่จะสามารถลดอาการและป้องกันอาการต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งถือว่าเป็นเป้าหมายสำคัญในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง พยาบาลมีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถป้องกันและจัดการการเกิดภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ มีบทบาทหน้าที่ทางสังคมอย่างเหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

พยาบาลจึงมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาอิทธิพลของปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ได้แก่ อาการหายใจลำบาก ความแตกต่างทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ของผู้ป่วยที่เข้ามารับการตรวจรักษาแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเขตกรุงเทพมหานคร เนื่องจากมีความหลากหลายของประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาวิจัย

#### วัตถุประสงค์ของการศึกษา


วัตถุประสงค์หลักจากการศึกษาในครั้งนี้ คือ เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และศึกษาปัจจัยทำนุอาการหายใจลำบาก แรงสนับสนุนทางสังคม และความแตกต่างทางสุขภาพ และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยทั้งสิ้น 110 คน ประกอบด้วย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 37 คน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จำนวน 36 คน และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 37 คน

#### วิธีการที่เกี่ยวเนื่องกับกรวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลครั้งละ 1 คน โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่างนั่งในห้องหรือสถานที่ที่เตรียมไว้ พร้อมการอธิบายและชี้แจงเกี่ยวกับขั้นตอนการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วนจนเข้าใจและให้ลงมือตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ในกรณี



INSITTUTIONAL REVIEW BOARD	
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
IRB No.	002 / 57
Date of Approval	15 Jul 2558

	<p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>AF 10-05/4.0 เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย</p>
---	--	--

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจถึงทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม  
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง  
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย  
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง  
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

.....ลงนามพยาน  
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง  
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....



<b>INSTITUTIONAL REVIEW BOARD</b>	
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
IRB No.	502, 57
Date of Approval	15 มิ.ย. 2558





COA No. 017/2015

IRB No. 502/57

## คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1873 ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4493 ต่อ 14, 15

## เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, C.O.M.S Guideline และ International Conference on Harmonization In Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ	: ปิ้งจี้ทำนอยอาหารหยางไส้ปาก ความแตกตามทางสุภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
เลขที่โครงการวิจัย	: -
ผู้วิจัยหลัก	: ร้อยเอกหญิง ขนิษฐา แก้วศรีบุญญา
สังกัดหน่วยงาน	: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
วิธีทบทวน	: คณะกรรมการ, สุ่มชุด
รายงานความก้าวหน้า	: ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินการโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

## เอกสารรับรอง

1. โครงร่างการวิจัย Version 3.0 Date 26 / December / 2014
2. โครงการวิจัยต้นแบบ Version 1.0 Date 14 / Oct / 2014
3. เอกสารข้อยกเว้นสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย Version 2.0 Date 11 / December / 2014
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย Version 3.0 Date 26 / December / 2014
5. แบบสอบถาม Version 1.0 Date 14/Oct/2014



6. แบบประเมินวิทยานิพนธ์ Version 1.0 Date 14/ค.พ./2557

ลงนาม ดร. สิริวิมล วัฒนศิริ  
(ศาสตราจารย์พิเศษคณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย)  
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม ดร. อรุณรัตน์ ฤกษ์พัฒนิน  
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรุณรัตน์ ฤกษ์พัฒนิน)  
กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการศูนย์วิจัยที่เนน.สถาบันการ  
ศัลยกรรมทางการแพทย์การวิจัยในคน

วันที่รับรอง : 15 มกราคม 2558  
วันหมดอายุ : 14 มกราคม 2559

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังกระดาษ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรอง.โครงการวิจัย)

๖๑๑ ถนนพหลโยธิน เขตจตุจักร กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐  
 โทรศัพท์ ๐-๒๒๕๔-๓๘๕๐  
 โทรสาร ๐-๒๒๕๔-๓๘๕๑

COA 74/2557



**คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย**  
**คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล**  
**เอกสารรับรองโครงการวิจัย**

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตาม  
 แนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS  
 Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการภาษาไทย : ปัจจัยทางพยาธิวิทยาในโรคหัวใจ ความแตกต่างทางสุขภาพแรงงานในชุมชนทางสังคม และความรู้สึกละ  
 ปรารถนาระหว่างความเจ็บป่วยกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว



ชื่อโครงการภาษาอังกฤษ : Predictive Factors of Depression, Health Literacy, Social Support, Uncertainty in Illness and  
 Depression in Persons with Heart Failure

เลขที่โครงการ : ๐๖๖/๕๓๖  
 ผู้วิจัยหลัก : ร้อยเอกหญิง ขนิษฐา แก้วกัญญา  
 สังกัดหน่วยงาน : สาขาวิชาพยาธิวิทยาคลินิก แผนกพยาธิวิทยาคลินิก คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร

เอกสารที่รับรอง :

- แบบเสนอโครงการวิจัย Version 2 ลงวันที่ ๒๖ พฤศจิกายน ๒๕๕๗
- เอกสารชี้แจงข้อมูลพื้นฐานโครงการวิจัย Version 2 ลงวันที่ ๒๖ พฤศจิกายน ๒๕๕๗
- หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการเอาใจใส่และเต็มใจ (ฉบับที่ ๑๘ ลงวันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๕๗)
- แบบสอบถาม Version 2 ลงวันที่ ๒๖ พฤศจิกายน ๒๕๕๗
  ๑. แบบสอบถามความรู้สึกละปรารถนาระหว่างความเจ็บป่วย
  ๒. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า
  ๓. แบบประเมินพยาธิวิทยาหัวใจ
  ๔. แบบประเมินความแตกต่างด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับความรู้สึกละปรารถนาระหว่างความเจ็บป่วย
  ๕. แบบสอบถามความรู้สึกละปรารถนาระหว่างความเจ็บป่วยกับความช่วยเหลือทางสังคม
  ๖. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
- งบประมาณและแหล่งเงินทุน Version 2 ลงวันที่ ๒๖ พฤศจิกายน ๒๕๕๗
- ประวัติผู้วิจัยหลัก :
  ๑. ร้อยเอกหญิง ขนิษฐา แก้วกัญญา
- ประวัติอาจารย์ที่ปรึกษา :
  ๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพิชา เบ็ญจวงษ์
- ประวัติผู้ร่วมวิจัย :
  ๑. นางสาวเอ็กานต์ ทิบุธกณี

สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (ศิริโรจน์ถาวร ชั้น ๒)  
 คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ถนนวิจิตร ซอยนางวิเศษ ๒  
 ๖๑๑ ถนนพหลโยธิน กรุงเทพมหานคร เขตจตุจักร กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐  
 โทรศัพท์ ๐-๒๒๕๔-๓๘๕๐ โทรสาร ๐-๒๒๕๔-๓๘๕๑

0-0256-00000 โทร. 0-2625-2520 โทรสาร 0-2625-2521		COA 74/2557
<b>คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย</b> <b>คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล</b> <b>เอกสารรับรองโครงการวิจัย</b>		
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตาม แนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP		
ลงนาม..... (แพทย์หญิงบุษบา วิริยะวีระเวทย์) รองประธาน ส่วนที่ ๒ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย		ลงนาม..... (นางสาวบุษบา ศุภวิวัฒน์นิตย์) กรรมการและเลขานุการ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
วันที่รับรอง : ๐๒/๑๒/๒๕๕๖ วันหมดอายุ : ๐๑/๑๒/๒๕๕๘		
ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)		

สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (ศิริโรดการรวม ชั้น ๒)  
 คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ  
 0-0256-00000 โทรสาร 0-2625-2521  
 โทร. 0-2625-2520 โทรสาร 0-2625-2521



RL 01\_2565

ที่ IRB/RTA 000.../2568



คณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทยทหารบก  
317 ถนนราชมังคลาภิเษก ราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

รหัสโครงการ: Q0204/57

ชื่อโครงการวิจัย : ปัจจัยทำนายอาการหายใจลำบาก ความแตกแยกทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสุขภาพ แนว  
สนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเป็นผู้ป่วยกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะ  
หัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

[PREDICTING FACTORS OF DYSPNEA, HEALTH LITERACY, SOCIAL SUPPORT,  
UNCERTAINTY IN ILLNESS AND DEPRESSION IN PERSONS WITH HEART  
FAILURE.]

เลขที่โครงการวิจัย : -

ชื่อผู้วิจัยหลัก: ร้อยเอกหญิงชนิตาภก แก้วกัญญา

สังกัดหน่วยงาน: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ทำการวิจัย: โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

เอกสารรับรอง :

- (1) โครงการวิจัยฉบับภาษาไทย ฉบับที่ 2 วันที่ 7 มกราคม 2558
- (2) เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 7 มกราคม 2558
- (3) หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 7 มกราคม 2558
- (4) แบบสอบถาม ฉบับที่ 2 วันที่ 7 มกราคม 2558
- (5) ประวัติย่อ ร.อ.หญิง ชนิตาภก แก้วกัญญา ฉบับที่ 1 วันที่ 2 ตุลาคม 2557
- (6) ประวัติย่อ ผศ.ดร.สุจินดา ปรีชาวงษ์ ฉบับที่ 1 วันที่ 2 ตุลาคม 2557

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย  
กรมแพทยทหารบก ว่าสอดคล้องกับปรัชญา Helsinki และแนวปฏิบัติ ICH GCP

วันที่รับรองคำขอจริยธรรมของโครงการวิจัย: 22 มกราคม 2558

วันสิ้นสุดการรับรอง: 21 มกราคม 2559

ความถี่ของการส่งรายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัย: รายงานความก้าวหน้าทุก 1 ปี

.....  
พลตรีหญิง เอวาณา ชนะพันธ์  
ประธานคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย พม.

.....  
พันเอกศพล อนุพันธ์เจริญ  
เลขาธิการและคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย พม.



ภาคผนวก จ  
เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ส่งเมื่อ: 19 กรกฎาคม 2557 6:29:02

ถึง: chinny lala (chinnylanla@hotmail.co.th)

you have my permission to use the scale,

Dr. Merle Mishel

---

From: chinny lala [chinnylanla@hotmail.co.th]

Sent: Friday, June 20, 2014 11:26 AM

To: Mishel, Merle

Subject: Permission use your measurement

Dear Dr. Merle Mishel

My name is Miss Chanidapa Kaewkanya. I am a nurse working at Coronary Care Unit (CCU), Phramongutklao Hospital, Bangkok, Thailand.

Currently, I am a full time student of the master degree of nursing science program, Chulalongkorn University, Thailand. and I am going to do a research about Uncertainty in Illness, The research name is Predicting of Dyspnea, Health literacy, Social support, Uncertainty in Illness and Depression in Persons with Heart failure.

As I have reviewed literatures on uncertainty in Illness theory and discussed with my advisor, Dr. Sunida Preechawong, I found that The Mishel Uncertainty in Illness Scale - Community Form (MUIS-C) is very interesting and could be an excellent measurement for my research.

Therefore, I would like to ask for authorized use of your measurement (MUIS-C) for my research.

Lastly, if you have any suggestion on my use please do not hesitate to inform me. Thank you very much.

Sincerely yours,

Chanidapa Kaewkanya

Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

E-mail : Chinnylanla@hotmail.co.th

จาก: Zimet, Gregory D (gzimet@iu.edu)

ส่งเมื่อ: 1 พฤษภาคม 2557 9:25:59

ถึง: chinny lala (chinnylanla@hotmail.co.th)

Dear Chanidapa Kaewkanya,

You have my permission to use the MSPSS for your research. I have attached a copy of the scale (with scoring information on the second page) and a document listing several articles that have reported on the psychometric properties of the MSPSS.

Attached, as well, is a Thai translation of the MSPSS completed by Tinakon Wongpakaran, M.D., who is at Chiang Mai University (tinakon@gmail.com).

I hope your research goes well.

Sincerely yours,

Greg Zimet

=====

Gregory D. Zimet, PhD

Professor of Pediatrics & Clinical Psychology

Section of Adolescent Medicine

Indiana University School of Medicine

Health Information & Translational Sciences

410 W. 10th Street, HS 1001

Indianapolis, IN 46202

USA

Phone: +1-317-274-8812

Fax: +1-317-274-0133

e-mail: gzimet@iu.edu

<http://pediatrics.iu.edu/center-hpv-research/about-us/>

---

From: chinny lala [chinnylanla@hotmail.co.th]

Sent: Wednesday, April 30, 2014 10:08 PM

To: Zimet, Gregory D

Subject: Permission use your measurement

จาก: **NAHATHAI WONGPAKARAN** (nahathai.wongpakaran@cmu.ac.th)

ส่งเมื่อ: 2 พฤษภาคม 2557 15:31:33

ถึง: chinny lala (chinnylanla@hotmail.co.th)

สำเนาถึง:TINAKON WONGPAKARAN (tinakon.w@cmu.ac.th)

เรียน ร.อ.หญิง ชนิดาภา แก้วกัญญา

ยินดีให้ใช้แบบสอบถาม rMSPSS ค่ะ และได้แนบแบบสอบถามมาให้ด้วย

ขอให้โชคดีค่ะ

ณัททัย

**รศ.พญ.ณัททัย วงศ์ปการันย์**

หน่วยจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**Assoc. Prof.Nahathai Wongpakaran, MD, FRCPsychT**

Geriatric Psychiatry Unit, Department of Psychiatry

Faculty of Medicine, Chiang Mai University

110 Intawaroros Rd., T. Sriphum, A. Muang, Chiang Mai,

Kingdom of Thailand 50200; Tel: +6653945422 ext 320, Fax: +6653945426

Websites: [www.wongpakaran.com](http://www.wongpakaran.com),

[www.facebook.com/pgnthai](http://www.facebook.com/pgnthai); [www.facebook.com/psychiatry.cmu](http://www.facebook.com/psychiatry.cmu); @GPsyCMU

---

**From:** chinny lala

**Sent:** May 2, 2014 14:45

**To:** NAHATHAI WONGPAKARAN

**Subject:** ขออนุญาตใช้ แบบสอบถาม Thai Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support



ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของภาวะซึมเศร้า จำแนกรายข้อ

ข้อความ	Mean	SD
1. ท่านรู้สึกหงุดหงิดง่าย	1.5	0.80
2. ท่านรู้สึกเบื่ออาหาร	1.6	0.89
3. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่สามารถขจัดความหม่นหมองออกไปได้ แม้ว่าจะมีคนในครอบครัวหรือเพื่อนคอยช่วยเหลือ	0.52	0.53
4. ท่านคิดว่าตนเองมีความดีทัดเทียมกับคนอื่น ๆ	1.01	0.57
5. ท่านรู้สึกลำบากในการตัดสินใจทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด	0.33	0.57
6. ท่านรู้สึกหดหู่ใจ	0.42	0.65
7. ท่านรู้สึกว่าทุก ๆ สิ่งที่ท่านกระทำต้องฝืนใจทำ	0.13	0.34
8. ท่านรู้สึกมีความหวังเกี่ยวกับอนาคต	0.74	0.68
9. ท่านคิดว่าชีวิตท่านมีแต่ความล้มเหลว	0.13	0.39
10. ท่านรู้สึกหวาดกลัว	0.79	0.50
11. ท่านนอนไม่ค่อยหลับ	1.70	0.97
12. ท่านมีความสุข	0.77	0.56
13. ท่านพูดคุยน้อยกว่าปกติ	0.51	0.70
14. ท่านรู้สึกอ้างว้างเดียวดาย	0.31	0.55
15. ผู้คนทั่วไป ไม่มีความเป็นมิตรกับท่าน	0.23	0.54
16. ท่านรู้สึกว่าชีวิตนี้สนุกสนาน	1.03	0.77
17. ท่านมักร้องไห้	0.34	0.47
18. ท่านไม่มีความสุข	0.82	0.61
19. ท่านรู้สึกว่าบุคคลรอบข้างไม่ชอบท่าน	0.20	0.49
20. ท่านรู้สึกว่าท้อแท้ในชีวิต	0.41	0.53

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย  
จำแนกรายข้อ

ข้อความ	Mean	SD
1.ท่านไม่รู้ว่าท่านมีความผิดปกติอะไร	3.15	1.22
2.ท่านมีคำถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วยมากมาย แต่หาคำตอบไม่ได้	2.80	1.07
3.ท่านไม่แน่ใจว่าอาการเจ็บป่วยของท่านจะดีขึ้นหรือแย่ลง	3.60	1.02
4.ท่านไม่รู้ว่าท่านจะเจ็บปวดมากแค่ไหน จากความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่	3.61	0.80
5.คำอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของท่านที่หมอหรือพยาบาลบอก ทำให้ท่านรู้สึกคลุมเครือ	3.16	0.96
6.ท่านรู้สึกมุ่งหมายที่ชัดเจนในการรักษาแต่ละครั้ง	3.44	2.41
7.อาการของท่านเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา คาดเดาไม่ได้เลย	3.74	0.99
8.ท่านเข้าใจข้อมูลที่ได้รับทุกอย่าง	3.18	0.94
9.ข้อมูลที่หมอบอกท่านนั้น สามารถตีความได้หลายอย่าง	2.81	1.11
10.การรักษาของท่านซับซ้อนเกินกว่าที่ท่านจะเข้าใจ	2.77	1.03
11.เป็นการยากที่จะคิดว่า การรักษาที่ท่านได้รับอยู่นี้ช่วยท่านได้จริง	3.39	0.70
12.ท่านไม่สามารถวางแผนอนาคตได้	3.32	0.84
13.ความเจ็บป่วยของท่านเปลี่ยนแปลงไปเรื่อยมาอยู่เสมอ บางวันก็ดี บางวันก็ไม่ดี	3.57	1.17
14.ท่านได้รับข้อมูลที่แตกต่างกัน เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของท่าน	2.70	1.06
15.ท่านไม่รู้ว่าต่อไปอะไรจะเกิดขึ้นกับท่าน	3.43	1.11
16.ผลการตรวจหลายอย่างของท่านไม่ตรงกัน	2.80	1.15
17.การรักษาที่ท่านได้รับอยู่นี้ ยังบอกไม่ได้ว่าจะได้ผล	3.64	0.85
18.ความสามารถในการทำกิจกรรม/การทำงานของ ท่านเปลี่ยนแปลงไป จากการรักษาที่ท่านได้รับ	3.19	1.06
19.ท่านแน่ใจว่า หมอจะตรวจหาความผิดปกติอื่นๆของท่านไม่พบ	2.92	1.04
20.การรักษาที่ท่านได้รับอยู่นี้ เป็นที่รู้กันว่า น่าจะได้ผล	3.55	0.88
21.หมอไม่ได้บอกการวินิจฉัยโรคที่ชัดเจนให้ท่านรู้	2.73	1.31
22.ท่านได้รับการวินิจฉัยความรุนแรงของโรคที่แน่นอนแล้ว	3.18	0.99
23.หมอและพยาบาลใช้ภาษาต่างๆกับท่าน ท่านจึงสามารถเข้าใจในสิ่งที่พวกเขาพูด	2.98	1.34



ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของอาการหายใจลำบาก จำแนกรายข้อ

ข้อความ	N	Mean	SD
ช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านรู้สึกว่าการหายใจลำบากมีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด	110	62.11	21.95
ช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านรู้สึกหายใจลำบากบ่อยครั้งเพียงใด	110	64.43	21.082
ช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา อาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นทำให้ท่านรู้สึกทรมานมากน้อยเพียงใด	110	56.53	20.92
ท่านรู้สึกว่าอากาศไม่พอหายใจ	30	13.14	23.26
ท่านรู้สึกว่าต้องหายใจมากขึ้น	69	35.10	31.53
ท่านรู้สึกหอบ หายใจไม่ทัน	68	32.80	31.21
ท่านรู้สึกว่าตนเองหายใจได้ดีขึ้น	53	25.02	28.90
ท่านรู้สึกเหมือนหิวอากาศ ต้องการอากาศหายใจมากๆ	17	9.15	23.22
ท่านต้องใช้ความพยายามในการหายใจ	61	31.82	31.66
ท่านรู้สึกหายใจเข้าได้ไม่สุด	28	12.80	24.86
ท่านรู้สึกต้องออกแรงในการหายใจ	24	20.45	28.40
ท่านรู้สึกหนักๆเวลาหายใจ	13	5.86	18.22
ท่านรู้สึกเหมือนมีอะไรมาอุด ปิดจมูก	6	2.56	11.71
ท่านรู้สึกแน่นในอก	50	21.66	27.91
ท่านรู้สึกเหมือนอกถูกบีบรัด ขยายออกไม่ได้	9	4.41	16.39
ท่านรู้สึกว่า ตนเองต้องหายใจถี่ขึ้น	60	28.00	31.72
ท่านรู้สึกหายใจออกได้ไม่สุด	13	6.29	18.13
ท่านรู้สึกอึดอัด หายใจไม่ออก	24	12.75	27.45
ท่านรู้สึกเหมือนหายใจไม่ได้	30	16.27	28.54

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน  
จำแนกรายข้อ

ข้อความ	Mean	SD
1.เมื่อมาถึงคลินิกโรคหัวใจ ท่านควรจะต้องทำอะไรบ้าง เพื่อที่จะได้เข้ารับการตรวจรักษาตามขั้นตอนที่ถูกต้อง	0.92	0.26
2.หากใบนัดนี้เป็นของท่าน ท่านมีนัด วันใด ที่ไหน และเวลาเท่าไร	0.90	0.30
3.วันนัดดื่มน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน หมายความว่าอย่างไร	0.86	0.34
4.หากท่านไม่สามารถมาตามนัดจะทำอย่างไร	0.75	0.43
5.หากท่านยื่นใบสั่งยาเวลา 10.00 น. เมื่อถึงเวลา 11.00 น. ยังไม่ได้รับยา ท่านต้องทำอย่างไร	0.70	0.45
6.ท่านจะทำอย่างไร หากได้รับยาที่ขนาดและสีไม่เหมือนเดิม	0.79	0.40
7.เมื่อสิ้นสุดขั้นตอนการตรวจแล้ว สิ่งที่ท่านควรจะได้รับก่อนกลับบ้านคืออะไร	0.71	0.45
8.ควรตรวจกินยาหัวใจ (ดิจิตาลิส) เมื่อใด	0.85	0.35
9.จากข้อ 8 หลังจากที่ท่านงดกินยาแล้ว ท่านควรจะทำอย่างไรต่อไป	0.68	0.46
10.หากท่านกินยาขยายหลอดเลือด ท่านจะป้องกันอาการหน้ามืดวิงเวียนได้อย่างไร	0.85	0.35
11.หากได้รับยาขับปัสสาวะแล้ว ท่านต้องเดินทางไกลจะทำอย่างไร	0.58	0.49
12.หากมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกจนยาได้ลิ้นเวลา 12.00 น. อาการไม่ดีขึ้น อดยาซ้ำได้อีกเวลาเท่าใด	0.58	0.49
13.หากท่านกินยาตอน 06.00 น. ครั้งต่อไปท่านต้องกินยาเวลาใด	0.86	0.34
14.หากท่านต้องเคลื่อนย้ายถุงข้าวสารขนาด 5 กิโลกรัม 2 ถุง ท่านต้องปฏิบัติอย่างไร	0.89	0.31
15.ท่านสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ในกรณีใด	0.72	0.44
16.ขณะกำลังทำงานรู้สึกใจสั่น หอบเหนื่อย ท่านจะทำอย่างไรเป็นอันดับแรก	0.81	0.38
17.เพื่อป้องกันการเกิดอาการเหนื่อยหอบ หากต้องการซื้ออาหารกระป๋อง ท่านจะเลือกฉลากที่มีส่วนประกอบตามฉลากในข้อใด	0.80	0.40
18.ท่านอาจมีอาการบวมมากขึ้น หากท่านปรุงอาหารแล้วใส่เครื่องปรุงใด	0.90	0.28
19.หากท่านรู้สึกว่า รองเท้าคับและผิวหนังที่ขาตึง เหนื่อยง่าย ท่านไม่ควรปฏิบัติอย่างไร	0.81	0.38
20.ท่านควรชั่งน้ำหนักเพื่อประเมินน้ำหนักในร่างกายเวลาใด	0.93	0.24
21.หากพบว่าน้ำหนักเพิ่มขึ้นจากเดิม 1 กิโลกรัม ใน 1 วัน ท่านต้องทำอย่างไร	0.88	0.32
22.หากเกิดอาการเหนื่อยหอบมากขึ้นในวันเสาร์ท่านจะทำอย่างไร	0.92	0.26

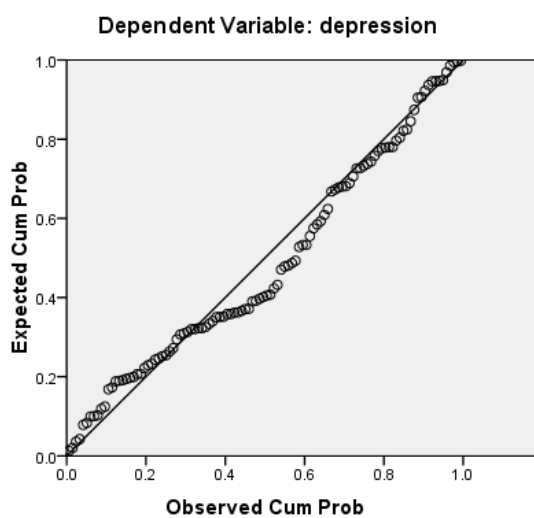
ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของแรงสนับสนุนทางสังคม จำแนกรายข้อ

ข้อความ	Mean	SD
1.มีบุคคลใกล้ชิดที่คอยช่วย หากท่านต้องการความช่วยเหลือ	5.00	1.88
2.มีบุคคลใกล้ชิดที่สามารถร่วมทุกข์ร่วมสุขกับท่านได้	4.78	2.07
3.ครอบครัวของท่านพยายามช่วยเหลือท่าน	6.72	0.44
4.ท่านได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือทางด้านจิตใจจากครอบครัว ตามที่ท่านต้องการ	6.73	0.60
5.ท่านมีบุคคลใกล้ชิด เป็นผู้ที่ให้ความสบายใจแก่ท่าน	5.06	1.95
6. เพื่อนของท่านพยายามช่วยเหลือท่าน	4.94	1.61
7.ท่านสามารถพึ่งพาอาศัยเพื่อนได้ เมื่อท่านมีปัญหา	4.76	1.70
8.ท่านสามารถเล่าปัญหาของท่านให้ครอบครัวฟังได้	6.75	0.49
9.ท่านมีเพื่อนที่สามารถร่วมทุกข์ร่วมสุขกับท่านได้	4.73	1.84
10.มีบุคคลใกล้ชิดในชีวิตที่คอยห่วงใยความรู้สึกของท่าน	4.80	2.21
11.ครอบครัวของท่านเต็มใจที่จะช่วยท่านในการตัดสินใจ	6.79	0.40
12.ท่านสามารถเล่าปัญหาของท่านให้เพื่อนฟังได้	5.38	1.49

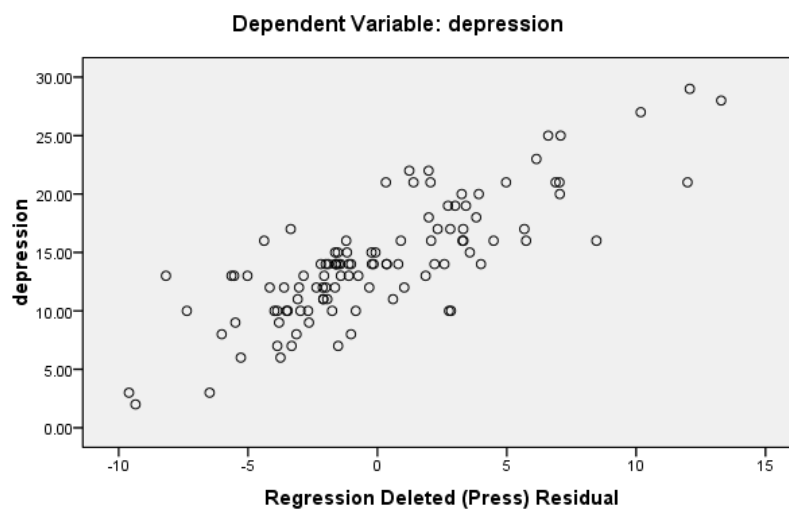
### การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ

ระหว่างอาการหายใจลำบาก ความแตกฉานทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอน  
ในความเจ็บป่วย กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

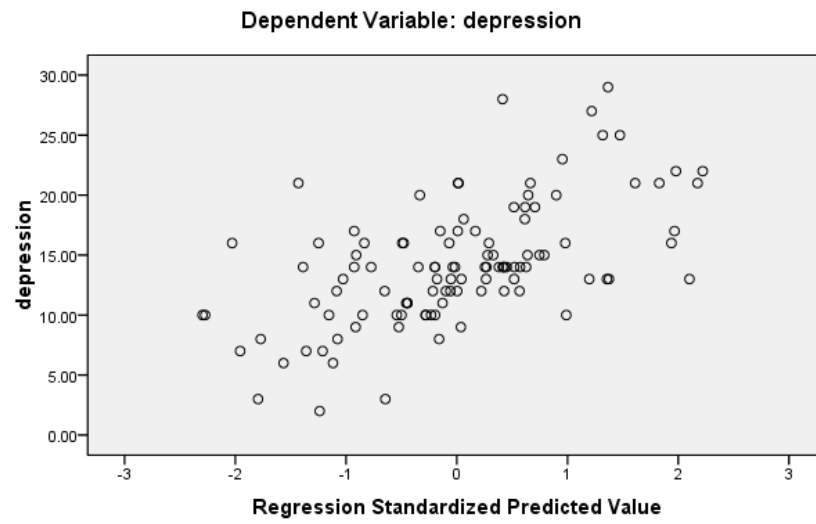
Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



Scatterplot



## Scatterplot



## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ร้อยเอกหญิงชนิดาภา แก้วกัญญา เกิดเมื่อวันที่ 11 สิงหาคม พ.ศ.2528 ภูมิลำเนาเดิม จังหวัดอุบลราชธานี สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อปี พ.ศ. 2551 และผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลโรคหัวใจและหลอดเลือด จากสถาบันโรคทรวงอก ร่วมกับวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี เมื่อปีพ.ศ. 2554 ประสบการณ์การทำงาน ปฏิบัติงานพยาบาลประจำหอผู้ป่วยอาการหนักโรคหัวใจและหลอดเลือด ศูนย์โรคหัวใจสิรินธร โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ตั้งแต่ปีพ.ศ.2551จนถึงปัจจุบัน

