

บทความวิจัย

ความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

Health Needs and Health-related Quality of Life among Older Adult Patients with Chronic Heart Failure

หทัยทิพย์ ดวงศิริ (Hataitip Doungsiri)*

นงพิมล นิมิตรอนันท์ (Nongpimol Nimit-Arnun)**

ศศิธร รุจนเวช (Sasitorn Roojanavech)***

Received: July 31, 2024

Revised: August 29, 2024

Accepted: September 30, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพ ความรุนแรงของโรค และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังภายหลังการจำหน่าย จำนวน 100 คน ระยะที่ 1) ศึกษาสถานการณ์ของปัญหาและความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรศึกษา โดยใช้แบบสอบถาม ความรุนแรงของโรค ความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพ และการรับรู้คุณภาพชีวิต (ค่าความเชื่อมั่น = 0.79, 0.80, 0.88 ตามลำดับ) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ระยะที่ 2) ศึกษาความต้องการจำเป็นด้านบริการและด้านข้อมูลสุขภาพ ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ให้ข้อมูล จำนวน 32 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า การรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมระดับดี ($M = 3.93$, $SD = 0.44$) ส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 2 (ร้อยละ 82.00) และระดับ 1 (ร้อยละ 18.00) ความต้องการจำเป็นด้านบริการสุขภาพระดับน้อย ($M = 1.48$, $SD = 0.39$) และด้านข้อมูล

**Corresponding author: Nongpimol Nimit-Arnun; E-mail: drnongpimol999@gmail.com

*นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน (Student, Master of Nursing Program in Adult and Gerontological, Faculty of Nursing, Christian University)

**รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน (Associate Professor, Faculty of Nursing, Christian University)

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน (Assistant Professor, Faculty of Nursing, Christian University)

สุขภาพระดับปานกลาง ($M = 1.99$, $S.D. = 0.28$) ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์เชิงลบระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.407$, $p < .01$) ข้อค้นพบจากผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ มีความเชื่อมั่นศรัทธาและความพึงพอใจต่อพฤติกรรมบริการแต่ยังต้องการได้รับข้อมูลสุขภาพที่สำคัญต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง มีปัญหาเกี่ยวกับการรอคอยพบแพทย์และสถานที่รองรับบริการไม่สะดวกสบาย จึงต้องการบริการเฉพาะที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุ ข้อเสนอแนะ พยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญในการประเมินความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพเพื่อเป็นแนวทางจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ โดยเน้นการให้ข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ โรคและการดำเนินของโรค ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประเมินอาการผิดปกติ อาหารเฉพาะโรค การจำกัดน้ำดื่ม รุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.407$, $p < .01$) ข้อค้นพบจากผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ มีความเชื่อมั่นศรัทธาและความพึงพอใจต่อพฤติกรรมบริการแต่ยังต้องการได้รับข้อมูลสุขภาพที่สำคัญต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง มีปัญหาเกี่ยวกับการรอคอยพบแพทย์และสถานที่รองรับบริการไม่สะดวกสบาย จึงต้องการบริการเฉพาะที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุ ข้อเสนอแนะ พยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญในการประเมินความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพเพื่อเป็นแนวทางจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ โดยเน้นการให้ข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ โรคและการดำเนินของโรค ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประเมินอาการผิดปกติ การใช้ยา และการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

คำสำคัญ: ความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพ, คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ, ผู้ป่วยสูงอายุ, ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

Abstract

This mixed method research aimed to study and analyzed relationship between health needs, disease severity, and health-related quality of life perception among 100 older patients with chronic heart failure, in post-discharge phase in Ratchaburi province. **Phase 1:** Survey study was applied to described problem situation, and also the relationship between studied variables. Data collection were 3 sets of interviewing instruments, those consisted of health needs, disease severity, and quality of life perception. Their reliability coefficient, Cronbach's alpha at 0.79, 0.80, 0.88. Data were analyzed using descriptive statistics, and Pearson's Correlation Coefficient. **Phase 2:** Qualitative study was applied to explore needs of healthcare service and health information. The structured open-ended questions were applied for 32 informants interviewing. The collected data were analyzed by content analysis method. **The results** revealed that (overall) quality of life perception was in good level ($M = 3.93$, $S.D. = 0.44$). Disease severity was in NYHA FC-II (82.00%) and NYHA FC-I (18.00%). Healthcare service needs were in low level ($M = 1.48$, $S.D. = 0.39$), and health information needs were in moderate level ($M = 1.99$, $S.D. = 0.28$). Disease severity was negative correlated with the (overall) quality of life significantly ($r = -.407$, $p\text{-value} < .01$). **Findings from qualitative approach** showed that most of them were trust and faith for health personnel, and also satisfied of healthcare service manner. However, they still

needed some important information for self-care. They had significant problems both queuing and inconvenient place for doctor's visit. Therefore, they wished the specialized services those response to their needs. The suggestions for nurses are concerning about health need assessment, so that service system developing that appropriate for clients. The essential health information such as; disease prognosis, investigation report, abnormal clinical signs, restrict diet and oral fluid intake.

Keywords: Health needs, Health-related quality of life, Elderly patients, Chronic heart failure.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (Chronic heart failure) เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข ซึ่งใช้ทรัพยากรในการรักษาสูง (Virani, Bains, Code, Ducharme, Harkness, & Howlett, 2017) ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้ป่วยจำนวน 170 ล้านคน และจะเพิ่มเป็น 200 ล้านคนในอีก 10 ปีข้างหน้า (Yancy, Januzzi, & Allen, 2017) ประเทศไทยพบมีอัตราการตายสูงร้อยละ 10 ต่อปี ระยะเวลาอนเฉลี่ย 10-20 วัน และเป็นสาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน (Kanchanawanit & Prominthikul, 2015) ภาวะนี้มักพบในผู้สูงอายุ (Omary et al., 2018; Urbich et al., 2020) อันเป็นวัยแห่งความเสื่อมถอยและมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การทำงานของระบบต่างๆ ลดลงเจ็บป่วยง่ายและมีอาการรุนแรง ใช้ระยะเวลาในการรักษาและฟื้นฟูสภาพนานกว่ากลุ่มวัยอื่น (Mongkolsomlit, Homkom, & Ivanovitch, 2022) ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล อีกทั้งเมื่อหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลพบว่าผู้ป่วยประสบปัญหาสุขภาพและมีความต้องการบริการสุขภาพหลายประการ ได้แก่ การจัดการอาการ การดำเนินโรค การดูแลตนเอง และการเข้าถึงข้อมูล (Harding et al., 2008) ผู้ป่วยจึงควรได้รับข้อมูลที่มีประสิทธิภาพจากทีมสุขภาพ (Jaarsma et al., 2021; Kanchanawanit & Prominthikul, 2015)

ช่วงเวลาของการดูแลตนเองที่บ้านและกลับมาใช้บริการแบบผู้ป่วยนอกนั้น ผู้ป่วยย่อมได้รับผลกระทบจากปัจจัยหลายประการที่มีผลคุกคามต่อคุณภาพชีวิต หากรับรู้ถึงความพร้อมหรือไม่เพียงพอต่อการสนับสนุนการจัดการดูแลสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ย่อมส่งผลต่อ

พยาธิสภาพของโรคที่รุนแรงขึ้นและคุณภาพชีวิตที่ลดลง กรีน และครูเตอร์ (Green & Kreuter, 2005) อธิบายว่าความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพ (Health needs) หมายถึง การที่ผู้ป่วยรับรู้ถึงความพึงพอใจ การขาดหรือความพร้อม ความไม่ครบถ้วน ปัญหา อุปสรรคหรือข้อจำกัดใดๆ ที่อาจมีผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ รวมทั้งผลการบำบัดรักษาจากแพทย์พยาบาลและบุคลากรสุขภาพ อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในที่สุด ดังนั้น พยาบาลและบุคลากรสุขภาพพึงตระหนักถึงความสำคัญของการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพ ความต้องการบริการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเป้าหมายอย่างลึกซึ้งและครอบคลุม โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งเมการี (Megari, 2013) อธิบายว่าคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพหมายถึงการให้คุณค่าหรือความพึงพอใจในการดำรงชีวิตอยู่ของผู้ป่วยซึ่งได้รับผลกระทบจากภาวะอันตราย การบาดเจ็บ การเจ็บป่วยด้วยโรคใดๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตไปจากเดิม เนื่องมาจากข้อจำกัดเกี่ยวกับความสามารถ กระทำบทบาทหน้าที่และกิจกรรมทางสังคมเดิม นอกจากนั้น ทิมมินส์ (Timmins, 2006) เสนอว่า พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทในการสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลสุขภาพแก่ผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล โดยเน้นว่าข้อมูลนั้นต้องตรงหรือสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยเฉพาะรายเป็นข้อมูลที่สามารถสนับสนุนให้เกิดการปรับตัวและเผชิญกับสภาพปัญหา อุปสรรคต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การได้รับการตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพและข้อมูลสุขภาพจึงส่งผลโดยตรงต่อสภาวะสุขภาพทางกายและจิตของผู้ป่วย

อย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของนฤมล มีจันทร์ นงพิมล นิมิตรอนันท์ และศศิธร รุจนเวช (Mejunpet, Nimit-Arun, & Roojanavech, 2023) พบว่าพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เป็นรายบุคคล จะมีค้นหาปัญหาาร่วมกับผู้ป่วยและญาติ มีการทบทวนความรู้และทักษะที่จำเป็นส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถทำหน้าที่ด้านร่างกายและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าการศึกษาค้นคว้าความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพและความสัมพันธ์ต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยเฉพาะในช่วงหลังการจำหน่ายภายในระยะเวลา 1 ปี (Post-discharge phase) ยังมีจำนวนน้อย โดยเฉพาะการศึกษาในประเทศไทย ย่อมทำให้เกิดข้อจำกัดในการพัฒนาระบบการจัดการดูแลอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ อนึ่ง จังหวัดราชบุรี มีโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิที่จัดบริการเฉพาะสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุ (ร้อยละ 80.0) วันนอนพักในโรงพยาบาลเฉลี่ย 6-10 วัน อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน (ร้อยละ 10.0) อัตรา

การเสียชีวิต (ร้อยละ 5.4) ค่ารักษาเฉลี่ยปีละ 5 ล้านบาท (Suthiwartnarueput, 2022) แต่ยังคงขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สะท้อนถึงสถานการณ์ปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยและความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพ อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพบริการเฉพาะสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาและหาความสัมพันธ์ของความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพ ความรุนแรงของโรค และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

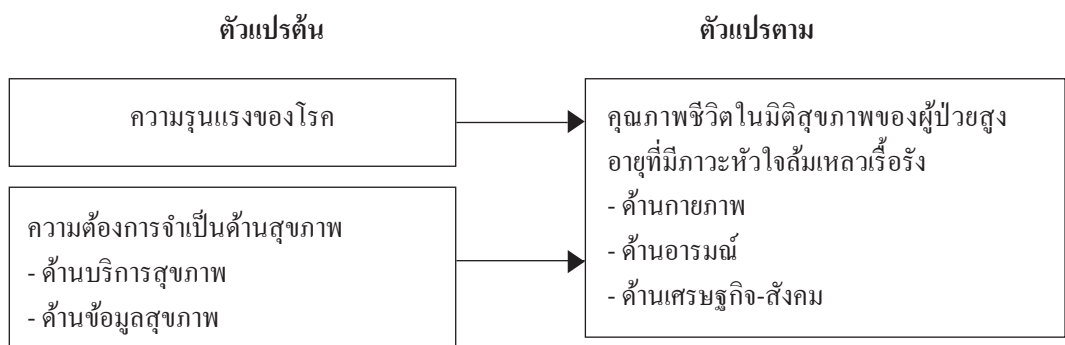
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพ ความรุนแรงของโรค และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

สมมติฐานการวิจัย

ความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพ และความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



แผนภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสม ชนิดแบบแผนลำดับขั้น (Mixed methodology: Sequential Design) (Creswell & Creswell, 2018; Buasonte, 2011) เก็บข้อมูล ณ แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ 3 แห่งในจังหวัดราชบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีบริการคลินิกเฉพาะโรคหัวใจ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์- เดือนเมษายน พ.ศ. 2567

ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้แบบสอบถาม 3 ตอน ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้อ่านคำถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบ (จำนวน 100 คน) เพื่อศึกษาสถานการณ์ของปัญหาและหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรศึกษา หลังจากนั้นนำข้อมูลมาประมวล วิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเพื่อทดสอบ

สมมติฐานการวิจัยที่กำหนดไว้ ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นการศึกษาต่อจากระยะที่ 1 เพื่อทำความเข้าใจให้กระจ่างชัดเจนเกี่ยวกับความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างตามความสมัครใจ จำนวน 32 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ชุดคำถามปลายเปิดแบบมีโครงสร้าง (Structural open-ended questions) ประกอบด้วย 2 ประเด็น คือ ความต้องการจำเป็นด้านบริการสุขภาพและด้านข้อมูลสุขภาพ จากนั้นนำข้อมูลดิบ (Raw data) มาวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ข้อค้นพบ (Findings) ที่ได้นำไปอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น

ประชากรศึกษา คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่เข้ารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 708 ราย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยอายุ 61-80 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายในระยะเวลา 28 วัน-1 ปี สดัมป์พัชญะดี มีคะแนนการรู้คิด 0-7 คะแนน (Brooke & Bullock, 1999; Aree-Ue, Youngcharoen, 2020) สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี อารมณ์ทางคลินิกที่ไม่มีความเจ็บป่วยเฉียบพลันหรืออยู่ในภาวะวิกฤติ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรืออยู่ในภาวะวิกฤติซึ่งไม่สามารถให้ข้อมูลได้ เช่น อ่อนเพลีย หายใจเหนื่อย สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง

ได้รับการสุ่มแบบเจาะจง และ กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร $n = 25k$ (k = จำนวนตัวแปรที่ศึกษา = 4 ตัวแปร) (Hair, Anderson, Tatham, & Black, 1998) ได้จำนวน 100 ราย โดยไม่มีการสูญเสียข้อมูล (Drop out) ส่วนผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Participant) จำนวน 32 ราย คัดเลือกโดยความสมัครใจในการให้สัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึกรายบุคคล ซึ่งเป็นตัวแทนจากกลุ่มตัวอย่างจาก 3 โรงพยาบาล เกณฑ์คัดออกคือ ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถให้ข้อมูลต่อได้ หรืออยู่ในภาวะวิกฤติ เช่น อ่อนเพลีย หายใจเหนื่อย สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง คือแบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด 6 ข้อ (6 CIT-Thai version) พัฒนาโดย บรู๊คและบัลลอค (Brooke & Bullock, 1999) แปลเป็น

ภาษาไทยโดย สุภาพ อารีเอื้อ และพิชญ์ประอร ชัยเจริญ (Aree-Ue, Youngcharoen, 2020)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม แบบประเมิน และแบบสัมภาษณ์ 5 ตอน ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์อายุรศาสตร์โรคหัวใจ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาหัวใจและหลอดเลือด และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต้องมีค่ามากกว่า 0.70 ขึ้นไป (Nunnally et al., 1978)

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล เป็นแบบตัวเลือกและเติมคำตอบ ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล และ สภาวะการเจ็บป่วยและแผนการรักษา

2.2 แบบประเมินความรุนแรงของโรค ในที่นี่ใช้แบบประเมินความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว จำแนกตามเกณฑ์ของ The New York Heart Association Classification (Yancy et al., 2017; Krethong, Jirapaet, Jitpanya, & Sloan, 2008; Apiromrat, 2017) เป็นแบบตัวเลือก 4 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน NYHA FC-I = 1 คะแนน, NYHA FC-II = 2 คะแนน, NYHA FC-III = 3 คะแนน, และ NYHA FC-IV = 4 คะแนน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา = 1 ค่าความเชื่อมั่น = 0.79 การแปลผลค่าคะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ถึงข้อจำกัดอย่างมากในการทำกิจกรรมประจำวันตามปกติ เนื่องจากมีอาการเหนื่อย หายใจลำบากอย่างชัดเจนจากพยาธิสภาพของโรค

2.3 แบบสอบถามความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม คำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต สเกล (Likert scale) 4 ระดับ ได้แก่ ค่าเฉลี่ยระดับน้อย (1.00- 1.49) ระดับปานกลาง (1.50-2.49) ระดับมาก (2.50-3.49) และมากที่สุด (3.50-4.00) (Wright & Masters, 1982) แบ่งเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1) ความต้องการจำเป็นด้านบริการสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ 4 ด้าน 1) ด้านความเพียงพอของบริการสุขภาพ 2) ความสามารถเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ 3) ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล และ 4) การยอมรับคุณภาพบริการ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา

= 1 ค่าความเชื่อมั่น = 0.81 การแปลผล คะแนนเฉลี่ยสูง หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้และพึงพอใจในการใช้บริการสุขภาพในระดับต่ำ/แย่/วิกฤต (มีปัญหามากในบริการด้านนี้มาก)

ตอนที่ 2) ความต้องการจำเป็นด้านข้อมูลสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ 2 ด้าน ได้แก่ ด้านโรค/แผนการรักษาและด้านการดูแลสุขภาพตนเอง ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา = 1 และค่าความเชื่อมั่น = 0.86 การแปลผล คะแนนเฉลี่ยสูง หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีข้อมูลเรื่องนี้มีค่าจำเป็นหรือมีความสำคัญอย่างมาก

2.4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีนิโซต้า (Minnesota Living with Heart Failure) (Rector, Kubo, & Cohn, 1987; Krethong, 2007) เป็นการสอบถามการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต สเกล (Likert scale) 6 ระดับ จำนวน 21 ข้อ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านกายภาพ 8 ข้อ 2) ด้านอารมณ์ 5 ข้อ 3) ด้านเศรษฐกิจและสังคม 8 ข้อ แบ่งระดับคุณภาพชีวิตฯ เป็น 5 ระดับ การแปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ ระดับต่ำมาก (0.00-0.99) ระดับต่ำ (1.00-1.99) ระดับปานกลาง (2.00-2.99) ระดับดี (3.00-3.99) และระดับดีมาก (4.00-5.00) มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา = 0.95 และค่าความเชื่อมั่น = 0.88

2.5 แบบสัมภาษณ์เชิงคุณภาพเกี่ยวกับความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพ เป็นข้อคำถามปลายเปิดแบบมีโครงสร้าง 2 ประเด็น ได้แก่ 1) การรับรู้และความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ความพึงพอใจของการให้บริการสุขภาพ การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ สิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการสุขภาพ ภาระค่าใช้จ่าย สิทธิเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล และคุณภาพการบริการ 2) การรับรู้และความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูลสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ โรคและแผนการรักษาประเภทของสื่อสุขภาพ และวิธีการดูแลสุขภาพ

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมทางการวิจัย ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์และจริยธรรม มหาวิทยาลัยคริสเตียน (เอกสารเลขที่ น. 23/2566 ลงวันที่ 22 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567) รวมทั้งได้รับหนังสืออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการและผู้บริหารจากโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิ

ของผู้ให้ข้อมูลในการรักษาความลับ และการให้ความยินยอมของผู้ให้ข้อมูลเป็นสำคัญ อธิบายวัตถุประสงค์วิธีการเก็บข้อมูล และขั้นตอนการเก็บข้อมูล มีการลงนามยินยอมในเอกสารไว้เป็นหลักฐาน พร้อมทั้งให้ญาติร่วมลงนามเป็นพยาน ให้การรับประกันแก่ผู้ถูกสัมภาษณ์ว่าข้อมูลทั้งหมดจะถูกปกปิดและรักษาเป็นความลับจะรายงานในผลการวิจัยเป็นภาพรวมเพื่อประโยชน์ในการวิจัยและทางวิชาการเท่านั้น และมีการจัดเก็บข้อมูลดังกล่าวไว้จนกว่าผลการวิจัยจะได้รับการตีพิมพ์ หลังจากนั้นจะทำลายในระยะเวลาที่กำหนด มีการจัดสถานที่ให้มีความเป็นส่วนตัวสงบ สร้างบรรยากาศให้เกิดความผ่อนคลาย หากผู้ให้ข้อมูลมีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินจะได้รับการดูแลจากหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินทันที ผู้ให้ข้อมูลสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาซึ่งไม่มีผลกระทบต่อการได้รับการบริการสุขภาพ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตให้เข้าถึงข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูลในวันนัดตรวจซ้ำที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยเริ่มจากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จากนั้นจึงเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์รายบุคคล ใช้เวลารายละ 40 นาที-1 ชั่วโมง ทั้งนี้ ได้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพตามความสมัครใจ โดยทำการตรวจสอบและสอบทานความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูลดิบ (Raw data) ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) (Colaizzi, 1978) ที่ได้จากการสัมภาษณ์รายบุคคลร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม มีการวิเคราะห์ 7 ขั้นตอน

- 1) อ่านหลายๆ ครั้ง เพื่อทำความเข้าใจในภาพรวม
- 2) เลือกประโยคหรือวลีที่มีความหมาย (Significant statement)
- 3) นำวลีที่ได้มาให้ความหมายเป็นข้อความที่กระชับโดยคงความหมายเดิม (Formulated meaning)
- 4) ไล่หมายเลขและจัดกลุ่มให้เป็นหมวดหมู่ (Clustering)
- 5) พิจารณาตั้งเป็นประเด็นย่อย (Sub-themes)
- 6) จัดหมวดหมู่ของประเด็นย่อยแล้วตั้งเป็นประเด็นหลักและประเด็นสำคัญ

(Themes) และ 7) นำมาเรียบเรียงเป็นข้อความเรียงที่แสดงสาระสำคัญทั้งหมด (Essence content)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.0 อายุเฉลี่ย 69.4 ปี (S.D. = 5.65) ช่วงอายุ 66-70 ปี ร้อยละ 30.0 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 56.0 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 83.0 ไม่เรียนหนังสือ ร้อยละ 12.0 ไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 78.0 รายได้เฉลี่ย

ของครอบครัวต่อเดือน 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 52.0 อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน ร้อยละ 64.0 ส่วนสภาวะการเจ็บป่วยและแผนการรักษา พบว่าส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 3 โรค ร้อยละ 38.0 ระยะเวลาที่ได้รับ การวินิจฉัยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 4-6 เดือน ร้อยละ 32.0 (S.D. = 3.19) มียาที่ใช้เป็นประจำอย่างน้อย 3 กลุ่ม ร้อยละ 55.0 มีการกลับเข้ารับการรักษารักษาภายใน 28 วัน- 1 ปี ร้อยละ 35.0 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ NYHA FC-II (ร้อยละ 82.0) รองลงมา ระดับ NYHA FC-I (ร้อยละ 18.0)

ตารางที่ 1 แสดงความรุนแรงของโรคและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยรวม และจำแนกรายด้าน (n = 100)

ตัวแปรศึกษา	M	S.D.	ระดับ
คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ (โดยรวม)	3.93	0.44	ดี
ด้านกายภาพ	3.81	0.61	ดี
ด้านเศรษฐกิจ-สังคม	3.96	0.38	ดี
ด้านอารมณ์	4.12	0.56	ดีมาก

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพโดยรวม ระดับดี (M = 3.93, S.D. = 0.44) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า การรับรู้ด้านอารมณ์ ระดับดีมาก

(M = 4.12, S.D. = 0.56) การรับรู้ด้านกายภาพและด้านเศรษฐกิจ-สังคม ระดับดี (M = 3.81, S.D. = 0.61; M = 3.96, S.D. = 0.38)

ตารางที่ 2 แสดงความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพ โดยรวม และจำแนกรายด้าน (n = 100)

ความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพ	M	S.D.	ระดับ
ความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพ (โดยรวม)	1.76	0.27	ปานกลาง
ความต้องการจำเป็นด้านบริการสุขภาพ (โดยรวม)	1.48	0.39	น้อย
ความสามารถการเข้าถึงแหล่งบริการ	2.49	0.71	ปานกลาง
ความเพียงพอของบริการ	1.39	0.48	น้อย
การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว.....	1.62	0.73	ปานกลาง
ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล	1.28	0.60	น้อย
การยอมรับคุณภาพบริการ	1.11	0.42	น้อย
ความต้องการจำเป็นด้านข้อมูลสุขภาพ (โดยรวม)	1.99	0.28	ปานกลาง
ด้านโรคและแผนการรักษา ข้อมูลเกี่ยวกับ.....			
โรค และการดำเนินของโรค	2.85	0.60	มาก
ผลการตรวจพิเศษทางห้องปฏิบัติการ	2.33	0.69	ปานกลาง

ตารางที่ 2 แสดงความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพ โดยรวม และจำแนกรายด้าน (n = 100) (ต่อ)

ตัวแปรศึกษา	M	S.D.	ระดับ
การสังเกตและประเมินอาการผิดปกติ	2.15	0.79	ปานกลาง
วิธีการใช้ยา การรับประทานยา และการเก็บยา	1.91	0.77	ปานกลาง
การมาพบแพทย์ (กรณีฉุกเฉิน)	1.33	0.72	น้อย
ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง คำแนะนำเกี่ยวกับ.....			
การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ	2.48	0.74	ปานกลาง
การเลือกรับประทานอาหารเฉพาะโรค การจำกัดน้ำดื่ม	2.31	0.59	ปานกลาง
การขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ	2.22	0.59	ปานกลาง
การพักผ่อน การนอนหลับ	1.25	0.60	น้อย
การจัดการความเครียด กิจกรรมผ่อนคลาย สันทนาการ	1.11	0.34	น้อย

จากตารางที่ 2 พบ ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพ (โดยรวม) ระดับปานกลาง ($M = 1.76$, $S.D. = 0.27$) เมื่อจำแนกความต้องการจำเป็นด้านบริการสุขภาพ (โดยรวม) ระดับน้อย ($M = 1.48$, $S.D. = 0.39$) และจำแนกรายด้าน พบว่า ความสามารถเข้าถึงแหล่งบริการระดับปานกลาง ($M = 2.49$, $S.D. = 0.71$) รองลงมา ความเพียงพอของบริการ ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล และการยอมรับคุณภาพบริการ ระดับน้อย ($M = 1.39$, $S.D. = 0.48$; $M = 1.28$, $S.D. = 0.60$; $M = 1.11$, $S.D. = 0.42$) ด้านความเพียงพอของบริการ เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่าความต้องการฯ ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพ ระดับปานกลาง ($M = 1.62$, $S.D. = 0.73$)

ความต้องการจำเป็นด้านข้อมูลสุขภาพ (โดยรวม) อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.99$, $S.D. = 0.28$) เมื่อจำแนกรายด้าน โรคและแผนการรักษา พบว่าความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดำเนินของโรค ระดับมาก ($M = 2.85$, $S.D. = 0.60$) รองลงมาเป็นข้อมูลเกี่ยวกับผลการตรวจพิเศษทางห้องปฏิบัติการ การสังเกตและประเมินอาการผิดปกติ การใช้ยา ระดับปานกลาง ($M = 2.33$, $S.D. = 0.69$; $M = 2.15$, $S.D. = 0.79$; $M = 1.91$, $S.D. = 0.77$) ด้านการ

ดูแลสุขภาพตนเอง พบว่าความต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ การเลือกรับประทานอาหารเฉพาะโรค การจำกัดน้ำดื่ม และการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ ระดับปานกลาง ($M = 2.48$, $S.D. = 0.74$; $M = 2.31$, $S.D. = 0.59$; $M = 2.22$, $S.D. = 0.59$)

ข้อค้นพบจากผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ สรุปได้ 4 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1) การยอมรับความเจ็บป่วย 2) การรับรู้อาการผิดปกติสำคัญที่มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน 3) ความเชื่อมั่นศรัทธา และ 4) ความพึงพอใจต่อพฤติกรรมบริการ แต่ยังคงต้องการได้รับข้อมูลสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ อาหารเฉพาะโรค การใช้ยา การสังเกตอาการผิดปกติ และการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา มีความเข้าใจการอ่านฉลากยาที่ละเอียดชัดเจนดี แต่มีปัญหาการอ่านแผ่นพับที่ใช้ตัวอักษรขนาดเล็ก มองเห็นไม่ชัด จึงต้องการการให้คำแนะนำแบบปากเปล่าร่วมกับญาติ สภาพห้องตรวจโรคมีผู้ป่วยจำนวนมาก ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่กล้าซักถามในรายละเอียด และไม่ทราบจะซักถามในเรื่องใด มีปัญหาเกี่ยวกับการรอคอยและสถานที่รอพบแพทย์ จึงต้องการบริการเฉพาะสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค ความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (โดยรวม)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1. ความรุนแรงของโรค	-	-.418**	-.307**	-.289**	.407**	-.026	-.095	-.041
2. คุณภาพชีวิต๑								
ด้านกายภาพ	-.418**	-	.701**	.559**	.924**	-.164	-.096	-.161
3. คุณภาพชีวิต๑	-.307**	.701**	-	.552**	-.159	-.105	.860**	-.164
ด้านเศรษฐกิจ-สังคม								
4. คุณภาพชีวิต๑	-.289**	.559**	.552**	-	-.057	-.031	.776**	-.055
ด้านอารมณ์								
5. คุณภาพชีวิต๑ (รวม)	-.407**	.924**	.860**	.776**	-.155	-.094	-	-.155
6. ความต้องการ๑	.026	-.164	-.159	-.057	-	.303**	-.155	.813**
ด้านบริการสุขภาพ								
7. ความต้องการ๑	-.095	-.096	-.105	-.031	.303**	-	-.094	.801**
ด้านข้อมูลสุขภาพ								
8. ความต้องการ๑	-.041	-.161	-.164	-.055	.813**	.801**	-.155	-
ด้านสุขภาพ (รวม)								

** $p < .01$

จากตารางที่ 3 พบว่าความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิต๑ ระดับต่ำ (Best, 1977) ทั้งโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านกายภาพ ด้านเศรษฐกิจ-สังคม และด้านอารมณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.407$, $r = -.418$, $r = -.307$, $r = -.289$, $p < .01$) ขณะที่ความต้องการจำเป็นด้านบริการสุขภาพกับคุณภาพชีวิต๑ (โดยรวม) ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผลการวิจัย

ความต้องการจำเป็นด้านบริการสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความต้องการจำเป็น๑ โดยรวมระดับน้อย ($M = 1.48$, $S.D. = 0.39$) อธิบายว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้และพึงพอใจในการใช้บริการสุขภาพระดับดีมาก แต่เมื่อพิจารณารายชื่อยังพบว่ามีความต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและความสามารถเข้าถึงแหล่งบริการ ระดับปานกลาง ($M = 1.62$, $S.D. = 0.73$) อธิบายว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีปัญหาในบริการด้านนี้มาก

ดังกล่าวว่า “หมอไม่ค่อยให้คำแนะนำ ไม่ถาม... ไม่บอก อาจเพราะเหนื่อยจากคนไข้จำนวนมาก” อธิบายได้ว่าเนื่องจากสถานที่เก็บข้อมูลทั้ง 3 แห่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไป (รัฐบาล) ซึ่งมีจำนวนผู้เข้ารับบริการจำนวนมาก จำนวนเจ้าหน้าที่ไม่สอดคล้องกับจำนวนผู้รับบริการ ส่งผลต่อการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ ไม่สามารถให้ข้อมูลแบบเฉพาะรายบุคคลได้อย่างละเอียดและครอบคลุม เมื่อผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเกิดภาวะเจ็บป่วยย่อมเกิดความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพ ทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม อีกทั้งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ ดังแนวคิดของกรีน และครูเตอร์ที่ว่าความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ของบุคคลและผู้ป่วยต่อสถานะความขาดแคลน ความไม่เพียงพอของปัจจัยเกื้อหนุนและแหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่จำเป็นต้องนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ เพื่อสร้างไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี (Green & Kreuter, 2005) สอดคล้องกับรัตนภรณ์ สังข์ทอง ได้สรุปความต้องการ

จำเป็นด้านสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้ดังนี้

- 1) ความสะดวกรวดเร็วในการเข้าถึงบริการของโรงพยาบาล
- 2) การติดตามและดูแลต่อเนื่องโดยใช้โทรศัพท์หรือโมบายแอปพลิเคชัน
- 3) การดูแลช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อให้อยู่ได้ตามสภาวะของร่างกาย และ
- 4) การรับรู้การพยากรณ์ของโรค (Sungthong, Kongsuwan, & Prompahakul, 2023) ความต้องการจำเป็นฯ ระดับน้อย ได้แก่ การให้ข้อมูลสุขภาพ การตอบข้อสงสัย หรือข้อข้องใจและการให้คำปรึกษาของเจ้าหน้าที่ด้วยความเต็มใจ การได้รับการอธิบายผลการตรวจสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการ การได้รับการประสานส่งต่อ การได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี และความเชื่อมั่น ศรัทธาต่อเจ้าหน้าที่ ผู้ให้บริการ อธิบายได้ว่าความต้องการจำเป็นด้านบริการสุขภาพระดับน้อย คือ ผู้สูงอายุรับรู้และพึงพอใจในการใช้บริการสุขภาพระดับดี หรือไม่มีปัญหาในบริการด้านนี้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ใกล้เคียงกับโรงพยาบาล จึงทำให้ใช้เวลาในการเดินทางมาโรงพยาบาลไม่นาน อีกทั้งการคมนาคมสะดวก บางรายมีฐานะมีรถรับส่ง และส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) ร่วมกับการใช้บริการในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานจนผูกพันและเชื่อมั่นในการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพ

ความต้องการจำเป็นด้านข้อมูลสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการจำเป็นฯ โดยรวม ระดับปานกลาง ($M = 1.99$, $S.D. = 0.28$) อธิบายว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ข้อมูลเรื่องนี้มีความจำเป็นหรือมีความสำคัญปานกลาง (ต้องการปานกลาง) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่าด้านโรคและแผนการรักษา มีความต้องการข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับโรคและการดำเนินของโรคระดับมาก ($M = 2.85$, $S.D. = 0.60$) ดังคำกล่าว “เวลาให้คำแนะนำ..เราเข้าใจ เพราะว่าชี้แจงชัดเจน เวลาไม่เข้าใจมีสอบถามเพิ่มเติม..ก็ถามให้เข้าใจจนได้” และด้านการดูแลสุขภาพตนเอง มีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจระดับปานกลาง ($M = 2.48$, $S.D. = 0.74$) หมายถึงรับรู้ว่าข้อมูลเรื่องนี้มีความจำเป็นหรือมีความสำคัญอย่างมาก (ต้องการมาก) ดังคำกล่าว “นักกายภาพบอกให้เดินออกกำลังทุกวัน หลังข้าว ไม่ค่อยได้ทำหรอก....กลัวเหนื่อย” “ออกกำลังกาย แกว่งแขน ทำบ้างไม่ทำบ้าง” สามารถ

อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มโรคที่ภาวะอันตรายต่อชีวิตจึงทำให้เกิดความระหวั่นในการดูแลตนเองและต้องการข้อมูลต่างๆ ในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ผู้ให้ข้อมูลเสนอว่า ควรปรับปรุงระบบคิว ลดการรอคอย และจัดบริการเฉพาะสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ สอดคล้องกับฮาร์ดิง และคณะ (Harding et al., 2008) พบว่าการได้รับข้อมูลไม่เพียงพอเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น อาการ การจัดการอาการผิดปกติ การดำเนินของโรค การดูแลตนเองในอนาคต จากการศึกษาของ จีราภรณ์ นิยมแก้ว ยุวรงค์ จันทรวินิต และสมบุญรัตน์ สุกสวัสดิกุล (Chimkaew, Juntarawijit, & Tansuphaswasdikul, 2018) พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการสนับสนุนและได้รับความรู้จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น

ความรุนแรงของโรค พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 2 (NYHA FC-II) ร้อยละ 82.0 เนื่องจากการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอยู่ในช่วง 4-6 เดือน ซึ่งในระยะดังกล่าวพยาธิสภาพของโรคและความก้าวหน้าของโรค ยังไม่มีความเสื่อมมากนัก ยังสามารถควบคุมและรักษาตามมาตรฐานได้ (Yancy et al., 2017) จากเหตุผลที่กล่าวมาจึงส่งผลให้ผู้ป่วยยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ สามารถมาโรงพยาบาลโดยให้ลูกหลานมาส่งและมารับ ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังทำให้มีข้อจำกัดทางด้านพยาธิสรีรวิทยาของหัวใจ มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ระดับความรุนแรงของโรคร่วมมาก ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรม และการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ลดลง (Poungkaew, Boontin, Tongchai, Charoenyos, & Tanutpokeenun, 2020) เช่นเดียวกับความเหนื่อยล้าที่เป็นปัจจัยส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Fimi & Cruz, 2009) อาการหายใจไม่อิ่ม หรือหายใจถี่ และอาการอ่อนล้า ไม่มีแรงในระหว่างการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้สูญเสียความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ (Heo, Doering, Widener, & Moser, 2008)

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตฯ โดยรวม ระดับดี ($M = 3.93$, $S.D. = 0.44$) คุณภาพชีวิตฯ ด้านกายภาพระดับดี ($M = 3.81$, $S.D. = 0.61$)

ด้านเศรษฐกิจ-สังคมระดับดี ($M=3.96$, $S.D.=0.38$) และด้านอารมณ์ระดับดีมาก ($M=4.12$, $S.D.=0.56$) ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุเกิดภาวะเจ็บป่วยหรือได้รับผลกระทบจากภาวะอันตราย การบาดเจ็บ การเจ็บป่วยด้วยโรคใดๆ รวมทั้งภาวะคุกคามในรูปแบบต่างๆ ทำให้บุคคลนั้นจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตไปจากเดิม เนื่องมาจากข้อจำกัดเกี่ยวกับความสามารถกระทบทาบพาทหน้าที่และกิจกรรมทางสังคม ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านกายภาพ ด้านจิตใจ และด้านสังคม นอกจากนี้ภาวะหัวใจล้มเหลวส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ทางกายภาพ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตมากที่สุด (Megari, 2013) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 2 (NYHA FC-II) ร้อยละ 82.0 ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังทำให้มีข้อจำกัดทางด้านพยาธิสรีรวิทยาของหัวใจ มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ระดับความรุนแรงของโรคร่วมมากยิ่งขึ้นส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงกระทบต่อสภาพจิตใจ เกิดภาวะซึมเศร้า ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง (Poungkaew et al., 2020) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอยู่ในช่วงระยะเวลาภายใน 1 ปี ซึ่งในระยะดังกล่าวพยาธิสภาพของโรค รวมทั้งความก้าวหน้าของโรคยังไม่มีมีความเสื่อมมากนักยังสามารถควบคุมและรักษาตามมาตรฐานได้ (Yancy et al., 2017) จากเหตุผลที่กล่าวมาจึงส่งผลให้ผู้ป่วยยังสามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ทำให้รู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของตนเองไม่เป็นภาระของผู้ดูแล รู้สึกมีคุณค่า ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตฯ ระดับดี

ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคกับคุณภาพชีวิต ทั้งโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านกายภาพ ด้านเศรษฐกิจ-สังคม และด้านอารมณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.407$, $r=-.418$, $r=-.307$, $r=-.289$, $p<.01$) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 2 (NYHA FC-II) ร้อยละ 82.0 และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอยู่ในช่วง 4-6 เดือน ซึ่งในระยะดังกล่าวพยาธิสภาพของโรคและความก้าวหน้าของโรคยังมีความเสื่อมไม่มากนักสามารถควบคุมและรักษาตามมาตรฐานได้ (Yancy et al., 2017) สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้มีการพึ่งพาบุตรหลานเพียงเล็กน้อย จึงรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของตนเองไม่เป็นภาระต่อ

ผู้ดูแล เกิดความวิตกกังวลน้อยลง ส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตฯ อยู่ในระดับดี สอดคล้องกับเนาวรัตน์ วัฒนันท์ (Wattanune, 2012) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ความสามารถในการทำกิจกรรม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าความสามารถในการทำกิจกรรมระดับ 3 และความสามารถในการทำกิจกรรมระดับ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเอง สามารถร่วมทำน่ายคุณภาพชีวิต ได้ร้อยละ 29.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพ พบว่าความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพโดยรวม ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.052$, $p=.610$) อธิบายว่า กลุ่มตัวอย่างอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่ใช้สิทธิเข้ารับบริการ โรงพยาบาลของรัฐบาล ที่ใช้สิทธิรักษาด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) ซึ่งได้รับสิทธิประโยชน์หลายด้านที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย อีกทั้งมีความคุ้นเคยทั้งกับบุคลากรทางสาธารณสุขและสถานบริการ เนื่องจากได้รับการรักษามาเป็นเวลานาน จนเกิดความผูกพัน และมีความเชื่อมั่นในการรักษาของแพทย์ รวมถึงสถานบริการอยู่ไม่ไกลจากบ้านเรือนของกลุ่มตัวอย่างมากนัก จึงทำให้ไม่มีปัญหาทางด้านการคมนาคม อีกทั้งลักษณะครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นครอบครัวที่มีลูกหลานดูแลไปรับส่งในการมาตรวจตามนัด ซึ่งเหตุผลต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น กลุ่มตัวอย่างเกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ แม้ว่าจะมีภาวะเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเป็นภาวะโรคที่มีผลต่อความทนในการทำกิจกรรมต่างๆ ก็ตาม กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการทำกิจกรรมระดับ 2 (NYHA FC-II) คือ มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย ถ้ามีกิจกรรมตามปกติจะมีอาการอ่อนเพลียเหนื่อยใจลำบาก แต่อาการจะดีขึ้นเมื่อได้พัก จึงไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตเท่าที่ควร ทำให้ทั้ง 2 ตัวแปรนี้ไม่มีความสัมพันธ์ต่อกัน ดังคำกล่าว “ไม่มีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการรักษา เพราะใช้สิทธิผู้สูงอายุ” “การให้บริการดี เจ้าหน้าที่ดีแล้ว ได้รับบริการต่างๆ ที่ถูกต้องไม่ต้องปรับปรุงอะไรแล้ว เพราะว่าดีแล้ว” “การให้บริการของเจ้าหน้าที่ดีอยู่แล้ว ดีกว่าเมื่อก่อนมาก”

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลวิชาชีพควรตระหนักถึงความสำคัญของการประเมินความต้องการจำเป็นอย่างครอบคลุมทั้งด้านบริการสุขภาพและข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล โดยเฉพาะในระหว่างการเตรียมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลและการติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นให้คำแนะนำเฉพาะรายบุคคลเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ โรคและการดำเนินของโรค ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประเมินอาการผิดปกติ อาหารเฉพาะ โรค การจำกัดน้ำดื่ม

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยตัวแปรอื่นๆ ที่อาจเป็นปัจจัยทำนายความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพของผู้ป่วย เช่น ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ แหล่งประโยชน์ ความศรัทธาเชื่อถือต่อคุณภาพการบริการ เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้ในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Al-Omary, M. S., Davies, A. J., Evans, T. J., Bastian, B., Fletcher, P. J., Attia, J., ...Boyle, A. J. (2018). Mortality and readmission following hospitalisation for heart failure in Australia: A systematic review and meta-analysis. *Heart, Lung & Circulation*, 27(8), 917-927. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.hlc.2018.01.009>
- Apiromrat, R. (2017). Promotion of quality of life among patients with congestive heart failure. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 28(2), 2-15. [In Thai].
- Aree-Ue, S., & Youngcharoen, P. (2020). The 6 item cognitive function test-Thai version: Psychometric property testing. *Nursing Research and Innovation Journal*, 26(2), 188-202. [In Thai].
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Engle Wood Cliff, NJ: Prentice Hall.
- Brooke, P., & Bullock, R. (1999). Validation of a 6 item cognitive impairment test with a view to primary care usage. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(11), 936-940.
- Buasonte, R. (2011). Mixed methods in education research. *Silpakorn Educational Research Journal*, 2(2), 7-20. [In Thai].
- Chimkaew, J., Juntarawijit, Y., & Tansuphaswasdikul, S. (2018). Effects of supportive educative nursing system on self-care behaviors among patients with heart failure who readmit in hospital. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 12(1S), 86-96. [In Thai].
- Colaizzi, P. F. (1978). Psychological research as a phenomenologist views it. In Valle, R. S., & King, M., (Eds.), *Existential-phenomenological alternatives for psychology* (pp. 48-71). New York: Oxford University Press.
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Fini, A., & de Almeida Lopes Monteiro da Cruz, D. (2009). Characteristics of fatigue in heart failure patients: a literature review. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 17(4), 557-565. Retrieved from <https://doi.org/10.1590/s0104-11692009000400019>.
- Green, L., & Kreuter, M. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (4th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Hair Jr., J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (1998). *Multivariate data analysis* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

- Harding, R., Selman, L., Beynon, T., Hodson, F., Coady, E., Read, C., ...Higginson, I. J. (2008). Meeting the communication and information needs of chronic heart failure patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 36(2), 149-156. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.jpainsyman.2007.09.012>
- Heo, S., Doering, L. V., Widener, J., & Moser, D. K. (2008). Predictors and effect of physical symptom status on health-related quality of life in patients with heart failure. *American journal of critical care: An official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 17(2), 124-132.
- Jaarsma, T., Hill, L., Bayes-Genis, A., La Rocca, H. B., Castiello, T., Čelutkien Ė, J., ... Strömberg, A. (2021). Self-care of heart failure patients: practical management recommendations from the heart failure Association of the European Society of Cardiology. *European Journal of Heart Failure*, 23(1), 157-174. Retrieved from <https://doi.org/10.1002/ejhf.2008>
- Kanchanawanit, R., & Prominthikul, A. (2015). *Comprehensive heart failure management program*. Bangkok: Medicus concept. [In Thai].
- Krethong, P., Jirapaet, V., Jitpanya, C., & Sloan, R. (2008). A causal model of health-related quality of life in Thai patients with heart-failure. *Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 40(3), 254-260. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2008.00235.x>
- Megari, K. (2013). Quality of life in chronic disease patients. *Health Psychology Research*, 1(3), e27. Retrieved from <https://doi.org/10.4081/hpr.2013.e27>
- Mejunpet, N., Nimit-Arun, N., & Roojanavech, S. (2023). The effects of transitional care program for older patients with heart failure during coronavirus 2019 pandemic. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 17(1), 42-55. [In Thai]
- Mongkolsomlit, S., Homkom, N., & Ivanovitch, K. (2022). A survey of epidemiology of health and needs assessment among aging people living in town municipality, Pathumthani Province. *Journal of Health Science of Thailand*, 31(2), 199-210. [In Thai]
- Nunnally, J., & Bernstein, I. (1978). *Psychometric theory*. New Delhi: Tata McGraw-Hill Ed.
- Poungkaew, A., Boontin, P., Tongsaï, S., Charoenyos, N., & Tanutpokeenun, L. (2020). Factors predicting quality of life among patients with heart failure. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 31(1), 179-197. [In Thai].
- Rector, T. S., Kubo, S. H., & Cohn, J. N. (1987). Patients' self-assessment of their congestive heart failure: II Content, reliability and validity of new measure-the Minnesota living with heart failure questionnaire. *Heart Failure*, 3, 198-209.
- Sungthong, R., Kongsuwan, W., & Prompahakul, C. (2023). Illness experiences and care needs among persons with advanced-stage heart failure in the era of new normal. *Journal of Research in Nursing-Midwifery and Health Sciences*, 43(3), 92-103. [In Thai].
- Suthiwartnarueput, P. (2022). Holistic care providing of chronic heart failure patients by establishing the heart failure clinic in standard (S)-level Banpong Hospital. *Region 4-5 Medical Journal*, 41(1), 645-656. [In Thai].

- Timmins, F. (2006). Exploring the concept of information need. *International Journal of Nursing Practice*, 12, 375-381.
- Urbich, M., Globe, G., Pantiri, K., Heisen, M., Bennison, C., Wirtz, H. S., ...Di Tanna, G. L. (2020). A systematic review of medical costs associated with heart failure in the USA (2014-2020). *Pharmaco Economics*, 38(11), 1219-1236. Retrieved from <https://doi.org/10.1007/s40273-020-00952-0>
- Virani, S. A., Bains, M., Code, J., Ducharme, A., Harkness, K., Howlett, J. G., ... Board and Membership of the Canadian Heart Failure Society (2017). The need for heart failure advocacy in Canada. *The Canadian journal of cardiology*, 33(11), 1450-1454. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2017.08.024>
- Wattanune, N. (2012). *The factors influencing to health-related quality of life amongst the patients with congestive heart failure at a community in Kanchanaburi province*. Master Thesis, Christian University, Nakhon Pathom. [In Thai].
- Wright, B. D., & Masters, G. N. (1982). *Rating scale analysis*. Chicago: MESA.
- Yancy, C. W., Jessup, M., Bozkurt, B., Butler, J., Casey, D. E., Jr, Colvin, M. M., ... Westlake, C. (2017). 2017 ACC/AHA/HFSA focused update of the 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: A report of the American College of Cardiology/American heart association task force on clinical practice guidelines and the heart failure society of America. *Circulation*, 136(6), e137–e161. Retrieved from <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000509>