



การพัฒนาแนวทางการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในจังหวัดนครนายก ในมุมมองของผู้รับบริการและผู้ดูแลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และการเข้ารับการรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล

จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ ป.ร.ด.*

รักษนก กชไกร PhD**

รัมภาพรรณ ประมวลทรัพย์ พย.ม.***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในจังหวัดนครนายกในมุมมองของผู้รับบริการและผู้ดูแลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการเข้ารับการรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล ซึ่งการวิจัยนี้เป็นการดำเนินการร่วมกันระหว่างทีมผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วยผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 30 คน และผู้ดูแลจำนวน 16 คน ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเจาะจงและการบอกต่อสำหรับการเก็บข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและการทำกลุ่มสนทนา โดยใช้เครื่องมือที่ผ่านการพิจารณาความเที่ยงและความตรงแล้วในการเก็บข้อมูลซึ่งประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและผู้ดูแล แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสัมภาษณ์การดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในการพัฒนาแนวทางการดูแลตนเองมีการเก็บข้อมูลในการดำเนินงานทั้ง 5 ขั้นตอน ได้แก่ การร่วมศึกษาและวิเคราะห์ปัญหา การร่วมวางแผนและตัดสินใจ การร่วมดำเนินการ การร่วมรับผลประโยชน์ และการร่วมติดตามประเมินผล การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา และการให้รหัส สำหรับการวิเคราะห์ผลของแนวทางการดูแลตนเองที่พัฒนาขึ้น ใช้สถิติ paired t-test

ผลการศึกษาเมื่อผู้วิจัยได้เข้ามาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ให้ข้อมูล พบว่าผู้ให้ข้อมูลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในแนวทางการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยจากการประเมินผลก่อนและหลังการใช้แนวทางการดูแลตนเองที่ร่วมกันพัฒนาประมาณ 7 เดือนพบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนดำเนินการวิจัยอยู่ในระดับที่ไม่เหมาะสม ผู้ให้ข้อมูลมีความคิดเห็นร่วมกันว่า กิจกรรมที่ต้องการความช่วยเหลือมากที่สุด คือ การช่วยเหลือในการไปพบแพทย์ และสิ่งสนับสนุนความสามารถในการดูแลตนเองที่ดี คือ ความรักและความเข้าใจจากคนในครอบครัว รวมถึงความเอาใจใส่ กำลังใจ และความเข้าใจจากบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งแนวทางการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในจังหวัดนครนายกในมุมมองของผู้รับบริการและผู้ดูแล มีลักษณะ “3 พร้อม” ประกอบด้วย 1) ความพร้อมด้านความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม 2) ความพร้อมด้านจิตใจ และ 3) ความพร้อมในการปรับวิถีชีวิตให้เหมาะสมกับโรค ภายหลังการดำเนินตามแนวทางการดูแลตนเองที่พัฒนาขึ้นนี้ พบว่า ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของแนวทางการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ คือ การมีส่วนร่วมของผู้ให้ข้อมูลทั้งที่เป็นผู้ดูแลและตัวของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ดังนั้นแนวทางการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่พัฒนาขึ้นจึงสามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อป้องกันการเข้ารับการรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลได้

คำสำคัญ: ความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว การเข้ารับการรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

* อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** พยาบาลวิชาชีพ ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

“อดทนอดโนนาโด” ตนแลเป็นที่พึ่งของตนเป็นพุทธศาสนสุภาษิตที่ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของความสามารถในการใช้ปัญญาในการคิดและกระทำการใด ๆ ใ้บรรลุเป้าหมายด้วยตนเอง¹ ซึ่งสอดคล้องกับหัวใจของงานบริการทางสาธารณสุขที่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการ อย่างไรก็ตาม ความสามารถในการดูแลตนเองอาจเกิดการพร่องได้เมื่อผู้รับบริการมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น โดยเฉพาะเมื่อการเจ็บป่วยนั้นเกิดกับอวัยวะที่สำคัญที่อาจส่งผลให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิต เช่น ภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดที่หัวใจ เป็นต้น

ความเจ็บป่วยหรือพยาธิสภาพที่สำคัญของหัวใจประการหนึ่งที่เป็นไปแล้วไม่สามารถรักษาให้หัวใจกลับมาทำงานเป็นปกติได้คือ ภาวะหัวใจล้มเหลว ทั้งนี้ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ได้เพียงพอกับความต้องการ สาเหตุอาจเกิดจากความผิดปกติใดๆ ก็ตามในร่างกายที่ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจเกิดความอ่อนแอจนความสามารถในการบีบตัวลดลง เช่น การติดเชื้อที่กล้ามเนื้อหัวใจ ลิ้นหัวใจตีบ และหัวใจโต²⁻³ ซึ่งเมื่อผู้รับบริการเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวนั้นแล้ว ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจะเสียชีวิตภายใน 5 ปี³ มีรายงานว่าปัจจุบันอัตราการตายและอุบัติการณ์ของภาวะหัวใจล้มเหลวทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวยาวใหม่ประมาณ 550,000 คนในแต่ละปี³ โดยมีผู้ที่เสียชีวิตจากภาวะหัวใจล้มเหลวถึงปีละ 30,000 คน และยังต้องเสียค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาและการดำรงอยู่ของชีวิตถึงปีละ 38.1 พันล้านดอลลาร์หรือประมาณ 1.2 ล้านล้านบาท ทั้งนี้องค์การอนามัยโลกระบุว่า ในปี พ.ศ. 2547 ทั่วโลกมีผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวยาวใหม่เพิ่มขึ้น 5.7 ล้านคน โดยร้อยละ 25 เป็นผู้ที่มีอายุในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้⁴ สำหรับประเทศไทยแม้ไม่มีมีการบันทึกอุบัติการณ์ของภาวะหัวใจล้มเหลวทุกปีอย่างเป็นทางการ⁵ แต่อาจพอคาดคะเนได้จากอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายของคนไทยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบหัวใจและหลอดเลือด

ที่เพิ่มขึ้นทุกปี⁶ ทั้งนี้เนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สามารถเกิดในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในระบบหัวใจและหลอดเลือดทุกราย และมีรายงานว่าร้อยละ 70 ของการเสียชีวิตจากโรคหัวใจในปี พ.ศ. 2546 มีความสัมพันธ์กับภาวะหัวใจล้มเหลว⁷

สำหรับผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ยังคงมีชีวิตอยู่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพราะนอกจากต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาและการประคับประคองอาการที่เรื้อรังเป็นจำนวนมากแล้ว การดำเนินของโรคที่ไม่ดียังส่งผลให้ผู้รับบริการรู้สึกเป็นภาระกับครอบครัว อีกทั้งการสูญเสียบทบาทหน้าที่ที่ควรเป็นในครอบครัวและสังคม ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง นอกจากนี้การดำเนินของโรคที่ไม่ดียังทำให้ผู้รับบริการต้องเข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลซ้ำแล้วซ้ำอีก โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2549-2550 ประเทศสิงคโปร์ จีน ฟิลิปปินส์ และอินโดนีเซียมีผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ต้องเข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 48.6, 48, 48 และ 40 ตามลำดับ⁴ ซึ่งมีการศึกษาพบว่าวิธีที่ดีที่สุดที่จะช่วยลดอาการที่รุนแรงจนต้องนอนรักษาทันทีในโรงพยาบาลบ่อยๆ คือ การดูแลตนเองอย่างเหมาะสม⁹⁻¹³ อย่างไรก็ตาม การดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นเรื่องที่ยากและค่อนข้างซับซ้อน จำเป็นต้องใช้แรงใจของผู้รับบริการเป็นอย่างมากในการดูแลตนเองในทุกเรื่อง เนื่องจากการดูแลตนเองที่ดีไม่ใช่เฉพาะการทำตามแผนการรักษาของแพทย์เท่านั้น แต่ยังเป็น การดูแลเพื่อให้ตัวผู้รับบริการเองสามารถอยู่ร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างปกติสุขอีกด้วย^{8,13}

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่างานวิจัยในเรื่องหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่เน้นที่การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการยึดมั่นในการปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยพบว่า การดูแลตนเองในเรื่องของอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสมและการปฏิบัติตามแผนการรักษามีความสัมพันธ์กับการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี^{13,14} สำหรับประเทศไทยงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่เน้นในเรื่องของการใช้โปรแกรมที่พัฒนาโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผลออกมาพบว่าทุกโปรแกรมสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของการวิจัย^{7,15-16}



อย่างไรก็ตาม การดูแลตนเองเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้ที่เจ็บป่วย การดูแลตนเองที่เหมาะสมจะเกิดขึ้นมิได้เลย หากขาดความร่วมมือจากผู้ป่วย^{7-8,10} ซึ่งหากผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเองย่อมเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลที่ต้องส่งเสริมให้การดูแลตนเองดีขึ้น ทั้งนี้ยังไม่มีงานวิจัยที่พัฒนาแนวทางการดูแลตนเองที่มาจากการระดมสมองและความคิดของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลภายในครอบครัว จึงเป็นเหตุผลให้ผู้วิจัยสนใจที่จะพัฒนาแนวทางการดูแลตนเองและศึกษาถึงผลของแนวทางการดูแลตนเองที่พัฒนาขึ้นมาจากการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและผู้ดูแลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการเข้ารับการรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในจังหวัดนครนายก ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนช่วยเหลือ เพื่อป้องกันหรือลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ รวมทั้งหาแนวทางส่งเสริมผู้รับบริการให้มีศักยภาพในการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในจังหวัดนครนายกในมุมมองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและผู้ดูแลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการเข้ารับการรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้มาจากทฤษฎีระดับปฏิบัติการเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว¹⁷ ให้แนวทางในการพัฒนาเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นในการรักษาพยาบาลผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยเน้นให้ผู้รับบริการสามารถจัดการสุขภาพได้โดยต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม มีการดูแลตนเองเพื่อรักษาสุขภาพ (self-care maintenance) มีการตัดสินใจที่ดีเมื่ออาการกำเริบ มีการดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการเหล่านั้นได้ (self-care management) และเมื่อการดูแลตนเองเพื่อการรักษาสุขภาพและการจัดการเพื่อการดูแลตนเองที่ถูกต้องมีการพัฒนาและประสบความสำเร็จ ผู้รับ

บริการก็จะสามารถสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเองได้ (self-care confidence) เมื่อผู้รับบริการมีการดูแลตนเองที่สม่ำเสมอในชีวิตจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการเสื่อมถอยของสุขภาพ และหากเมื่อมีอาการเกิดขึ้น ผู้รับบริการต้องมีการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ซึ่งต้องเรียนรู้ในการประเมิน จดจำ แยกแยะอาการของหัวใจล้มเหลว เมื่อการดูแลตนเองได้ผลในการรักษาโรคก็จะทำให้ความมั่นใจในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น

การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมเป็นระเบียบวิธีในการดำเนินการวิจัย ซึ่งเน้นคนเป็นศูนย์กลาง (people centered) ประกอบด้วย การผสมผสานความรู้ ปรัชญา แนวคิด และวิธีการของการวิจัยหลากหลายสาขาเข้าด้วยกัน¹⁸⁻¹⁹ โดยผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดที่ประยุกต์มาจากแนวคิดของโคเฮนและอับฮอฟ¹⁸ และอคิน รพีพัฒน์¹⁹ ที่จำแนกการมีส่วนร่วมออกเป็น 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและวิเคราะห์แนวทางแก้ไข โดยการเข้าร่วมประชุมแสดงความคิดเห็น ให้ข้อมูล ตลอดจนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่จะเลือกจัดทำโครงการต่างๆ 2) การมีส่วนร่วมในการวางแผนและการตัดสินใจ ประกอบด้วย การรับรู้ เข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผน การรับรู้การวางแผนดำเนินการและร่วมวางแผนกิจกรรม 3) การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ ประกอบด้วย การเกี่ยวข้องกับการดำเนินการในกิจกรรมต่างๆ และการตัดสินใจ การทำประโยชน์ตามโอกาสและตามกำลังความสามารถ การช่วยเหลือด้านวัสดุอุปกรณ์ ทุนทรัพย์และแรงงาน หรือโดยการบริหารหรือประสานงาน 4) การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ ประกอบด้วย การจัดสรรผลประโยชน์ ผลของการตัดสินใจที่เกิดขึ้น 5) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล ประกอบด้วย การเข้ามามีส่วนในการคิดเกณฑ์ในการประเมินผลสำเร็จ

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้ร่วมวิจัยได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต้องมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว และปัจจุบันยังคงได้รับการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว สำหรับผู้ให้ข้อมูล



ที่เป็นผู้ดูแล ผู้วิจัยคัดเลือกจากสมาชิกในครอบครัว ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดต้องพูดและฟังภาษาไทยได้รวมทั้งเต็มใจในการให้ข้อมูล ซึ่งในการดำเนินการวิจัยในช่วงแรก ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลจากแฟ้มประวัติ แต่เนื่องจากจำนวนผู้รับบริการในช่วงของการเก็บข้อมูลมีน้อย ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการเก็บข้อมูลแบบบอกต่อ (snowballing sampling) เพิ่มเติมในภายหลัง โดยผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มนี้อาศัยอยู่ในละแวกเดียวกับผู้ให้ข้อมูลที่ได้จากแฟ้มประวัติ การวิจัยนี้ได้ข้อมูลอ้อมตัวเมื่อสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ให้ข้อมูลจำนวน 46 คน ประกอบด้วยผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว 30 คน และผู้ดูแล 16 คน โดยก่อนการดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยละเอียดแก่ผู้ที่สมัครใจเป็นผู้ร่วมวิจัย ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบตัวต่อตัวและการทำกลุ่มสนทนา โดยผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2556 ทั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ร่วมวิจัยตามคุณสมบัติที่กำหนด เมื่อผู้ร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจึงเข้าพบ แนะนำตัวเองชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล และประโยชน์ของการวิจัย จากนั้นจึงนัดหมายวันเวลาและสถานที่ที่ผู้ร่วมวิจัยสะดวกในการให้ข้อมูล ซึ่งเป็นสถานที่ซึ่งปราศจากการรบกวน โดยส่วนใหญ่เป็นบ้านของผู้ให้ข้อมูลเอง และบางส่วนใช้ห้องทำงานของผู้วิจัยซึ่งเป็นห้องส่วนตัวสะดวกในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวและผู้ดูแล ใช้สำหรับเป็นแนวคำถามในการสัมภาษณ์และการทำกลุ่มสนทนา เพื่อวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคของการดูแลตนเอง และพัฒนาแนวทางการดูแลตนเอง ซึ่งแนวคำถามนี้ผ่านการพิจารณาและให้คำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์เฉพาะทางโรคระบบหัวใจและทรวงอก 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยแบบมีส่วนร่วม 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญในเรื่องการพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติในระบบหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน

2) ผู้วิจัย เป็นเครื่องมือในการทำวิจัยแบบมีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยหลักซึ่งทำหน้าที่ในการเก็บข้อมูลหลักได้รับการอบรมเรื่องการทำวิจัยแบบมีส่วนร่วมจากสถาบันวิจัยประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล และจาก School of Nursing, University of North Carolina, Chapel Hill สำหรับผู้ร่วมวิจัยคนที่ 1 เป็นผู้เชี่ยวชาญเรื่องการทำกลุ่มสนทนาได้รับการอบรมจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งผู้วิจัยได้ร่วมกันพัฒนาคู่มือในการสัมภาษณ์และการทำกลุ่มสนทนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและจากข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ คู่มือประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ 7 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 คำกล่าวต้อนรับเพื่อสร้างบรรยากาศและการแนะนำตัว ขั้นตอนที่ 2 การบอกจุดมุ่งหมาย ขั้นตอนที่ 3 การบอกแนวทางการสนทนา ขั้นตอนที่ 4 คำถามอุ่นเครื่อง ขั้นตอนที่ 5 คำถามเพื่อนิยามศัพท์ให้เข้าใจตรงกัน ขั้นตอนที่ 6 คำถามตามประเด็นที่กำหนด และขั้นตอนที่ 7 การปิดการสนทนา

3) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 สำหรับผู้ให้ข้อมูลเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส ภูมิลำเนา สภาพการอยู่อาศัย ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น ส่วนที่ 2 สำหรับนักวิจัยเก็บข้อมูลจากบันทึกการตรวจรักษา เป็นข้อมูลทางด้านระยะเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน ประวัติการเข้ารับการรักษาด้านในโรงพยาบาล

4) แบบสัมภาษณ์การดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (Self-Care of Heart Failure Index: SCHFI) พัฒนาโดย Riegel และคณะ²⁰ ประกอบด้วย การประเมินการดูแลตนเอง 3 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 การดูแลตนเองเพื่อรักษาสุขภาพ (self-care maintenance) ส่วนที่ 2 การดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ (self-care management) และส่วนที่ 3 สร้างความมั่นใจในการดูแลตนเอง (self-care confidence) โดยมีข้อคำถามแบบมาตราส่วนจำนวน 16 ข้อ ซึ่งจอมและคณะ¹⁶ ได้รับอนุญาตให้แปลและตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน รวมทั้งมีการนำไปใช้กับผู้ที่ภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 10 ราย เครื่องมือได้ผ่านการทดสอบหาความตรง และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาฉบับรวมเท่ากับ .85



วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว 30 คน ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก เนื่องจากข้อจำกัดในเรื่องความรุนแรงของโรค สำหรับผู้ดูแลจำนวน 16 คน เก็บข้อมูลโดยการทำกลุ่มสนทนา กลุ่มละประมาณ 5-6 คน ซึ่งในการเก็บข้อมูลทั้งสองวิธี ผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยการสัมภาษณ์พูดคุยในเรื่องทั่วไปก่อนเริ่มการสัมภาษณ์ตามแนวคำถามที่เตรียมไว้ เช่น “มาโรงพยาบาลอย่างไรคะ” “มาโรงพยาบาลกับใครคะ” เพื่อไม่ให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกถูกคุกคาม และทำให้เกิดความเป็นกันเองและไว้วางใจผู้วิจัย การเก็บข้อมูลเป็นไปตามขั้นตอนโดยใช้แนวคำถามที่เตรียมไว้ซึ่งได้ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านซึ่งเป็นอาจารย์แพทย์ 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยแบบมีส่วนร่วม 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน โดยการเก็บข้อมูลมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและวิเคราะห์แนวทางการแก้ไข ในขั้นตอนนี้เริ่มจากผู้ดูแลตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ในขณะที่ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยถามคำถามที่นำไปสู่การประเมินสถานการณ์การดูแลตนเองในปัจจุบัน และแนวทางการพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยมีตัวอย่างคำถามสำหรับผู้ดูแล เช่น “ในมุมมองของคุณ หากกล่าวถึง “การดูแลตนเอง” คุณคิดว่าการดูแลตนเองคืออะไร” “คุณคิดว่าอะไรที่ช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของญาติพี่น้องที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวให้มากขึ้น” “คุณคิดว่าอะไรที่ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของญาติพี่น้องที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวน้อยลง” “คุณให้ความช่วยเหลือญาติพี่น้องที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวของคุณในเรื่องใดมากที่สุด” “คุณคิดว่าคุณมีส่วนส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของญาติพี่น้องที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างไร” เป็นต้น และตัวอย่างคำถามสำหรับผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น “การดูแลตนเองในส่วนใดที่ท่านคิดว่าท่านสามารถทำได้ด้วยตนเอง” “การดูแลตนเองในส่วนใดที่ท่านคิดว่าท่านต้องการความช่วยเหลือบ้าง” “อะไรที่ช่วยส่งเสริมให้ท่านสามารถดูแลตนเองได้มากขึ้น” “อะไรที่ทำให้ท่าน

ทำกิจกรรมได้น้อยลง”

ขั้นตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการวางแผนและการตัดสินใจ เริ่มต้นเมื่อผู้วิจัยขอให้ผู้ให้ข้อมูลพิจารณาผลการวิเคราะห์ในขั้นตอนที่ 1 จากนั้นจึงขอให้ทุกคนเสนอแนวทางแก้ไข เพื่อร่วมกันพัฒนาแนวทางการดูแลตนเองที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและลดการรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อย ๆ

ขั้นตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ ขั้นตอนนี้เป็นการปฏิบัติตัวของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวตามแนวทางในการดูแลตนเองที่ทุกคนร่วมกันพัฒนาขึ้น ในขั้นตอนที่ 2 โดยกำหนดเวลาในการปฏิบัติก่อนการประเมินผลประมาณ 6-10 สัปดาห์ ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลให้เหตุผลว่าต้องการทราบผลว่าสิ่งที่คิดมาจะทำให้ผลจริงหรือไม่ อีกทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าส่วนใหญ่งานวิจัยติดตามผลการใช้โปรแกรมต่าง ๆ ใช้เวลาประมาณ 6-12 สัปดาห์ ทุกคนจึงลงความเห็นตั้งแต่ในขั้นตอนที่ 2 ว่าควรปฏิบัติตามแนวทางการดูแลตนเองตามกรอบเวลาดังกล่าว ทั้งนี้แนวทางในการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเริ่มต้นจากผู้วิจัยในฐานะของบุคลากรสาธารณสุขทำการประเมินความรู้ของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวแต่ละราย จากนั้นให้ความรู้เพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวควรทราบ เช่น ความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลว การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ผลกระทบต่อสุขภาพหากไม่ดูแลตนเองอย่างเหมาะสม เป็นต้น จากนั้นผู้วิจัยทำการติดตามการดูแลตนเองโดยใช้โทรศัพท์ภายหลังการให้ความรู้ ทั้งนี้การใช้โทรศัพท์มีจุดประสงค์เพื่อติดตามการปฏิบัติตัว การให้คำแนะนำและความรู้เพิ่มเติม รวมทั้งการสนับสนุนให้กำลังใจผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยผู้วิจัยทำการติดตามโดยใช้โทรศัพท์ภายหลังการให้ความรู้ 2 สัปดาห์ และ 6 สัปดาห์ ตามลำดับเฉพาะในรายที่แพทย์นัดในสัปดาห์ที่ 8 และผู้วิจัยทำการติดตามโดยใช้โทรศัพท์ภายหลังการให้ความรู้ 2 สัปดาห์ 6 สัปดาห์ และ 10 สัปดาห์ตามลำดับเฉพาะในรายที่แพทย์นัดในสัปดาห์ที่ 12

ขั้นตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยขอให้ผู้ให้ข้อมูลทุกคนแสดงความคิดเห็นว่าจากการร่วมดำเนินการกันมาใครได้ประโยชน์บ้าง และได้ประโยชน์อย่างไร โดยเน้นความคิดเห็นในเรื่อง



ความสามารถในการดูแลตนเองและการรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลของการดำเนินกิจกรรมตามแนวทางการดูแลตนเอง ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยขอให้ผู้ดูแลตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ในขณะที่ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวภายหลังการดำเนินการวิจัยในสัปดาห์สุดท้ายสิ้นสุดลง

ทั้งนี้ในการดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากผู้ให้ข้อมูลให้บันทึกเทปตลอดการสัมภาษณ์หรือตลอดการทำกลุ่มสนทนา ซึ่งใช้เวลาในการสัมภาษณ์หรือทำกลุ่มครั้งละประมาณ 30-90 นาที และภายหลังการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสรุปประเด็นที่ได้ ตรวจสอบข้อผิดพลาดให้รหัส และเปรียบเทียบกับการวิเคราะห์ให้รหัสที่ทำในผู้ให้ข้อมูลคนก่อนหรือกลุ่มก่อนหน้า หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายใหม่ ในกรณีที่คำตอบยังไม่ชัดเจน ขาดความต่อเนื่อง และชัดเจนของข้อมูล ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ซ้ำในผู้ให้ข้อมูลรายเดิมเพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วน นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ใช้การสังเกตและจดบันทึกภาคสนาม (field note) เพื่อประเมินบรรยากาศในขณะสัมภาษณ์ ท่าทาง สีหน้า น้ำเสียง พฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล รวมถึงความรู้สึกของผู้วิจัยในขณะสัมภาษณ์หรือทำกลุ่ม สำหรับการยุติการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยยุติการรวบรวมข้อมูลและการสัมภาษณ์เมื่อข้อมูลถึงจุดอิ่มตัวไม่มีประเด็นใหม่เกิดขึ้น ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้มีผู้ให้ข้อมูลจำนวนทั้งสิ้น 46 คน

จริยธรรมการวิจัย การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โดยผู้ร่วมวิจัยทุกคนได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมในงานวิจัย การเสนอข้อมูลจะอยู่ในลักษณะภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล โดยการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นการเข้าร่วมโดยความสมัครใจและผู้ร่วมวิจัยมีสิทธิที่จะถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด ซึ่งเมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยตัดสินใจที่จะเข้าร่วมวิจัยจะต้องลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยร่วมกันดำเนินการวิเคราะห์ไปพร้อมกับการเก็บข้อมูล โดยข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) การให้รหัส การจัดกลุ่มของรหัส และการตั้งหัวข้อหลัก (theme) ที่ครอบคลุมรหัสทั้งหมด ข้อมูลเชิงปริมาณในส่วนของการประเมินผลของการดำเนินกิจกรรมตามแนวทางการดูแลตนเอง ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ในส่วนการเปรียบเทียบใช้สถิติ paired t-test

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ร่วมวิจัยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรก ประกอบด้วย ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 30 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.3 มีอายุระหว่าง 55-79 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 64.8 ปี (SD = 6.5) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสอยู่ ร้อยละ 73.3 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 56.7 รองลงมา คือ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) ร้อยละ 13.3 นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่ไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 40 รองลงมาประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 26.7 สำหรับรายได้พบว่า ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้มีรายได้เฉลี่ย 4,623.3 บาท (SD=3.2) โดยมีรายได้น้อยที่สุด 600 บาท นอกจากนี้สิทธิในการรักษาพยาบาลที่ใช้มากที่สุดคือ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 83.3 รองลงมาคือ สิทธิข้าราชการบำนาญ และเสียค่าใช้จ่ายเอง ร้อยละ 13.4 และ 3.3 ตามลำดับ สำหรับข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคในระดับเดียวกัน คือ ความรุนแรงระดับ 2-3 ร่วมกัน²¹ โดยมีภาวะหัวใจล้มเหลวมานาน 5 เดือนถึง 6 ปี และกลุ่มตัวอย่างทุกรายมีโรคประจำตัวซึ่งเป็นโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดอย่างน้อย 1 โรค โดย 3 อันดับแรก ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 63.3 โรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 30 และหัวใจโต ร้อยละ 26.7 ตามลำดับ ทั้งนี้กลุ่มยาที่ใช้มากที่สุด คือ กลุ่มยาขับปัสสาวะ (Diuretic) ร้อยละ 86.7 รองลงมาคือยาในกลุ่มยับยั้งฤทธิ์ของแองจิโอเทนซิน (ACE inhibitors) ร้อยละ 76.7 ตามลำดับ ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ร้อยละ 66.7 เคยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 1 ครั้ง ในรอบ ½ ปีที่ผ่านมา รองลงมาคือ ไม่ได้นอนรักษาตัวโรงพยาบาล



และนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 2 ครั้ง ร้อยละ 26.7 และ 6.7 ตามลำดับ

สำหรับผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่สอง ประกอบด้วย ผู้ดูแลที่มีสถานะเป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 16 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ร้อยละ 87.5 เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 20-68 ปี อายุเฉลี่ย 40.5 ปี (SD =14.1) มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 81.3 ส่วนใหญ่จบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 43.9 โดยมีผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาในระบบ ร้อยละ 6.2 นอกจากนี้ยังพบว่า ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 50 รองลงมาคือ ไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 18.8 สำหรับรายได้พบว่า ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้มีรายได้เฉลี่ย 5,437.5 บาท (SD = 4.7) โดยมีรายได้น้อยที่สุด 1,000 บาท

สำหรับแนวทางการดูแลตนเองที่พัฒนามาจากการมีส่วนร่วมของผู้ให้ข้อมูลจำนวน 46 คน ซึ่งประกอบด้วย ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 30 คน และผู้ดูแลจำนวน 16 คน มีผลการวิจัยตามขั้นตอนการเก็บข้อมูลดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา และวิเคราะห์แนวทางการแก้ไข พบว่า คะแนนเฉลี่ย คะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเท่ากับ 37.2 คะแนน (SD =8.2) ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับที่ไม่เหมาะสม และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้านมีคะแนนเฉลี่ยในระดับไม่เหมาะสมทั้งสิ้น โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านการดูแลตนเองเพื่อรักษาสุขภาพ (self-care maintenance) เท่ากับ 38.7 คะแนน (SD = 10.6) คะแนนเฉลี่ยด้านการดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ (self-care management) เท่ากับ 37.9 คะแนน (SD =10.9) และคะแนนเฉลี่ยด้านความมั่นใจในการดูแลตนเอง (self-care confidence) เท่ากับ 35 คะแนน (SD = 10.5) ทั้งนี้ในการให้ความหมายของการดูแลตนเอง การวิเคราะห์อุปสรรคและสิ่งสนับสนุนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองจากข้อมูลที่ได้มา ผลการวิจัยพบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า การจัดการทำกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับตนเองทั้งกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยตนเอง หรือได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นน้อยที่สุด โดยกิจกรรมที่ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต้องการความช่วยเหลือมากที่สุด คือ การช่วยเหลือในการไปพบแพทย์

เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุจึงไม่สะดวกในการเดินทางตามลำพัง รองลงมาคือเรื่องการรับประทานยา เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้สูงอายุมักหลงลืมการรับประทานยา ในกรณีที่ลืมรับประทานยา ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่รับประทานยาตามแผนการรักษา มีเพียงบางรายที่เพิ่มจำนวนยาขับปัสสาวะเมื่อรู้สึกวุ่นวายมีอาการเหนื่อย ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลบางรายไม่รับประทานยาเมื่อไม่มีอาการผิดปกติ ทั้งนี้ให้เหตุผลว่าเก็บไว้รับประทานเวลามีอาการกำเริบ เพราะกลัวว่ายาจะไม่พอจนถึงวันนัด ในขณะที่บางรายเก็บยาไว้เนื่องจากกลัวว่าเมื่อถึงวันนัดจะไม่มีเงินหรือไม่มีใครพาไปพบแพทย์ นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่า อุปสรรคที่สำคัญที่สุดในมุมมองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและผู้ดูแล คือ ความไม่รู้ ส่งผลให้เกิดการตัดสินใจในการปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมกับโรค เช่น การไม่ชั่งน้ำหนักทุกวัน ผู้ให้ข้อมูลที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวน้อยกว่า 2 ปี ให้ข้อมูลว่าไม่ทราบว่าการชั่งน้ำหนักทุกวันจำเป็นหรือไม่ จึงชั่งน้ำหนักก่อนพบแพทย์เท่านั้น แม้แต่ผู้ที่มีภาวะนี้มากกว่า 4 ปี บางรายยังคงชั่งน้ำหนักเมื่อนึกได้เท่านั้น นอกจากนี้ความไม่รู้ยังส่งผลให้มีการค้นหาวิธีการรักษาที่ไม่เหมาะสมกับโรค เช่น การหาหมอน้ำมนต์ หรือการรับประทานยาสเด็ยรอยด์เพื่อการรักษา เป็นต้น ดังคำให้สัมภาษณ์ที่ว่า

“ต้องบอกว่าไม่รู้จึกเลยว่โรคนี้มันเป็นอย่างไแต่รู้ว่าต้องร้ายแรงเพราะชื่อมันเกี่ยวกับหัวใจ ... มีคนแนะนำให้ไปหาหมอพระเป่ากระหม่อม พรมน้ำมนต์ บอกว่าเราอาจโดนของ ก็เชื่อ เพราะกินยาแล้วมันยังไม่ดี ใจคอมันไม่ดีด้วย ก็เชื่อเค้า เพราะเราไม่มีความรู้ ไม่ได้เรียนหนังสือ” (ผู้รับบริการ: คุณ น. อายุ 63 ปี)

“ตอนเป็นใหม่ ๆ ครั้งแรกเลยหมอเค้าก็บอกว่า เป็นหัวใจ เค้าบอกลูกสาวไม่ได้บอกป้า เพราะป้านอนอยู่ กำลังแย่ ป้าก็ไม่รู้ว่าตัวเองเป็นอะไร ลูกก็ไม่กล้าบอก ป้าไม่รู้ก็ไม่ได้ระวังอะไร พอลูกบอกว่าหมอไม่ให้กินโน้นกินนี้ ป้าก็โกรธ โมโหว่าลูกขี้เหนียว ก็ยังกินเหมือนเดิม แบบไม่เชื่อใจ เพราะไม่รู้ ก็เอาละลิตต้องไปโรงหมออีก” (ผู้รับบริการ: คุณ ป. อายุ 56 ปี)

สำหรับสิ่งสนับสนุนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว คือ ความรักและ



ความเข้าใจจากคนในครอบครัว รวมถึงความเอาใจใส่ กำลังใจ และความเข้าใจจากบุคลากรสาธารณสุข ดังคำให้สัมภาษณ์ที่ว่า “โรคนี้เป็นโรคที่ต้องคำสาป เพราะดูเหมือนไม่มีอะไร แต่ทำอะไรไม่ได้ เวลาอาการกำเริบที่หนึ่ง วุ่นวายกันไปหมด...เมื่อก่อนที่บ้านไม่ได้ทำกับข้าวบ่อย เพราะต่างคนต่างไปทำงานกัน กลับมาไม่ค่อยตรงกัน แต่พอเดี๋ยวนี้แฟนลุงเค้าทำกับข้าวไว้ให้ทั้งเช้ากลางวันก่อนไปขายของที่น้ำตก” (ผู้รับบริการ: คุณ ล. อายุ 61 ปี) “รู้เลยว่าเป็นการะกับคนอื่นมาก แต่ที่บ้านก็ไม่เคยบ่นให้กำลังใจที่ตลอด มาโรงพยาบาลทั้งหมดทั้งพยาบาลก็ดีมาก คอยถามไถ่ให้กำลังใจ ก็มีดูบ้างคะ (หัวเราะ) แต่ก็หวังดีกับคนไข้คะ พี่รู้ มันก็ทำให้คนไข้กล้าถาม แล้วก็มาหาหมอ” (ผู้รับบริการ: คุณ ก. อายุ 55 ปี)

ขั้นตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการวางแผนและการตัดสินใจ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลเสนอแนวทางในการดูแลตนเองมีลักษณะ “3 พร้อม” ประกอบด้วย ความพร้อมด้านความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ความพร้อมด้านจิตใจ และความพร้อมในการปรับวิถีชีวิตให้เหมาะสมกับโรคโดยมีรายละเอียดดังนี้ ความพร้อมด้านความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม พบว่า ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวควรได้รับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเป็นระยะๆ โดยเมื่อแรกวินิจฉัยควรบอกสาเหตุของการเกิดอาการและการป้องกันอาการกำเริบซ้ำ ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลที่ เป็นผู้ดูแลต้องการคู่มือที่อ่านเข้าใจง่ายเพื่อเตรียมตัวให้พร้อมในการดูแล ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลต้องการเวลาจากบุคลากรสาธารณสุขในการซักถามเพื่อทำความเข้าใจในการปฏิบัติตัวให้มากขึ้น ดังคำให้สัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มที่ว่า “คิดว่าถ้ารู้ว่าโรคมันเป็นยังไง ต้องทำยังไงที่จะดีขึ้น ก็น่าจะช่วยให้แบบถ้าหมอบอกพยาบาลบอกอธิบายดี ๆ ก็น่าจะทำได้” (ผู้รับบริการ: คุณ จ. อายุ 61 ปี) “พี่ไม่ได้จบสูง (ประถมศึกษาปีที่ 6) ก็ไม่มีความรู้แบบหมอกับพยาบาลเค้า ก็ต้องค่อย ๆ ปรับ อันไหนไม่รู้ก็ถาม ต้องค่อย ๆ เรียนรู้ไป เพราะถ้าทีเดียวก็จำไม่หมด จริง ๆ ถ้ามีคู่มือตัวหนังสือใหญ่หน่อยให้อ่านก็ยิ่งดี ทำให้เข้าใจดีขึ้น เวลาลืมว่าหมอบอกว่าอะไรก็เอามาอ่านได้” (ผู้ดูแล: คุณ ท. อายุ 44 ปี)

ความพร้อมด้านจิตใจ พบว่า ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวควรได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและจากบุคลากรสาธารณสุขในรูปแบบของการให้กำลังใจเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง การเอาใจใส่ติดตามสอบถามข้อมูลเป็นระยะจากการเยี่ยมบ้านเป็นระยะหรือการโทรศัพท์สอบถามอาการจากบุคลากรสาธารณสุข โดยระยะเวลาในการติดตามอาการควรห่างประมาณ 2-4 สัปดาห์ เพื่อให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถซักถามข้อสงสัยหรือข้อที่ติดกั้งวลได้ ดังคำให้สัมภาษณ์ที่ว่า “อยากให้หมอมายเยี่ยมที่บ้านบ้าง บางทีพอรู้สึกไม่สบาย บางครั้งไม่มีใครวางก็ไม่ได้ไปหาหมอ ถ้าหมอมายาหาจะเจตมิกมาก น่าจะเบาใจได้เยอะ” (ผู้รับบริการ: คุณ บ. อายุ 60 ปี)

ความพร้อมในการปรับวิถีชีวิตให้เหมาะสมกับโรค: ผลการวิจัยพบว่า ผู้ให้ข้อมูลทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นว่า ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวควรดำเนิน 8 กิจกรรมที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ดังนี้ “กินจิต ตั้งปลูก บุสี ชมิขมัน พัน (ลูก) ตา ลา (น้ำ) หนักเกิน นิดเจอะคุณหมอ” โดย “กินจิต” หมายถึง การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมต่ำ “ตั้งปลูกบุสี” หมายถึง การตั้งเวลาในการรับประทานยา เนื่องจากผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ทำให้อาจอหลงลืมเวลาในการรับประทานยา จึงต้องตั้งนาฬิกาปลุกโดยใช้เสียงไม่ดังมากเพื่อเตือนให้รับประทานยา นอกจากนี้ผู้ดูแลเองก็มีภาระอื่น ๆ ซึ่งอาจทำให้ลืมเวลาได้เช่นกัน จึงต้องการเครื่องมือในการเตือนเวลา นอกจากนี้เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่อ่านหนังสือไม่คล่อง บางรายสายตาไม่ดี จึงมีการใช้สีเป็นสัญลักษณ์เพื่อเตือนเวลารับประทานยาก่อนหรือหลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น โดยเป็นข้อตกลงระหว่างผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและผู้ดูแล ผู้จัดยาสำหรับ “ชมิขมัน” หมายถึงการออกกำลังกายได้คำแนะนำของบุคลากรทางสาธารณสุข เพื่อผู้ให้ข้อมูลได้มีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับอาการ “พัน (ลูก) ตา” หมายถึงการหมั่นสังเกตอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติร่วมกันระหว่างผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและผู้ดูแล “ลา (น้ำ) หนักเกิน” หมายถึงการชั่งน้ำหนักทุกวัน การสังเกตจำนวนปัสสาวะแต่ละวัน และ “นิดเจอะคุณหมอ” หมายถึงการไปพบแพทย์ตามนัด หรือการไปพบแพทย์



ทันทีที่มีอาการผิดปกติเกิดขึ้นดังคำให้สัมภาษณ์ที่ว่า “ก็ต้องปรับเยอะแต่ก็ทำได้นะ เข้ามาตื่นปั๊บลูกก็ให้ชั่งน้ำหนักเลย กินข้าวแล้วก็กินยา หมอไม่ให้กินเค็มก็ไม่กิน ลูกเค้าทำอาหารให้ทุกวัน จัดยาให้ด้วยเป็นตลับ(ยา) ถ้าไม่สบายก็ไปหาหมอไม่ซื้อยาหมอดี” (ผู้รับบริการ: คุณ ภ.อายุ 66 ปี)

ขั้นตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลทุกคนมีส่วนร่วมในการดำเนินการ มีการยอมรับผลการประเมินความรู้ มีความพร้อมในการเรียนรู้ความรู้ใหม่ๆ สะทอนความรู้จากแหล่งความรู้ต่างๆ ทั้งจากบุคลากรสาธารณสุข จากสื่อสิ่งตีพิมพ์ เช่น หนังสือ โทรทัศน์ จากอินเทอร์เน็ต (internet) มีการซักถามเมื่อมีข้อสงสัย มีการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน คำให้สัมภาษณ์ที่ว่า “พอหมอให้ทำข้อสอบ ปารู้เลย ยอมรับเลยว่าไม่รู้ หมอเค้าก็ให้ความรู้เพิ่ม อันไหนยังงง ทำไม่ถูกเวลาเขา (พยาบาล) มาเยี่ยมก็ถามบางทีก็ถามทางโทรศัพท์” (คุณ ย. อายุ 50 ปี)

ขั้นตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีความคิดเห็นตรงกันว่า ผู้ให้ข้อมูลและสังคมได้รับผลประโยชน์ร่วมกัน กล่าวคือ ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวรู้สึกว่าการดูแลตนเองมั่นใจในการดูแลตนเองมากขึ้น รู้สึกมีกำลังใจ มีที่พึ่ง ความถี่ในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลน้อยลง บางรายความถี่ในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นศูนย์ในรอบ 3 เดือน สำหรับผู้ดูแลรู้สึกว่าการดูแลตนเองมั่นใจในการดูแลตนเองมากขึ้น มีที่พึ่ง รู้สึกเครียดน้อยลงในการดูแลผู้ป่วย รู้สึกว่าใช้เวลาให้ตนเองมากขึ้น ประโยชน์ต่อครอบครัวคือทุกคนมีการพูดคุยกันมากขึ้น เข้าใจกันมากขึ้น และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวลดลง ประโยชน์สำหรับสังคม คือ ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีการสร้างเครือข่ายแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน มีความกล้าเข้าร่วมสังคมมากขึ้น ทำประโยชน์ให้สังคมมากขึ้น เช่น การให้ข้อมูลถึงสาเหตุการเป็นโรคหัวใจ ทำให้สังคมมีวิธีการป้องกันโรครุมิให้เกิดขึ้น ดังคำพูดขณะทำกลุ่มการสนทนาที่ว่า “ดีมาก ๆ ทำให้คุณยายร่วมมือมาก ๆ ไม่แอบเติมน้ำปลาแล้ว เพราะหมอเค้าสอนมาแล้ว คุณยายก็นั่งฟังด้วย พี่เองก็มั่นใจ ทุกคนในบ้านก็รู้สึกดี คุณหมอกับคุณพยาบาลติดตามตลอด ยายเค้าก็ว่าทุกคนรักแล้วก็หวังดี คุณยาย

ก็ต้องรักตัวเองเหมือนกัน” (ผู้ดูแล: คุณ ศ. อายุ 50 ปี)

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลของการดำเนินการ กิจกรรมตามแนวทางการดูแลตนเอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเท่ากับ 81.3 คะแนน (SD = 4.6) ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับที่เหมาะสม และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าทุกด้านมีคะแนนเฉลี่ยในระดับที่เหมาะสมทุกด้าน โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านการดูแลตนเองเพื่อรักษาสุขภาพ (self-care maintenance) 83.8 คะแนน (SD = 6.5) คะแนนเฉลี่ยด้านการดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ (self-care management) 85.3 คะแนน (SD = 6.7) และคะแนนเฉลี่ยด้านความมั่นใจในการดูแลตนเอง (self-care confidence) เท่ากับ 74.8 คะแนน (SD = 9.5) ซึ่งเมื่อผู้ให้ข้อมูลรับทราบได้มีการวิเคราะห์ร่วมกันว่ามีส่วนใดที่ปฏิบัติดีแล้ว และส่วนใดที่ต้องแก้ไขรวมถึงแนวทางในการแก้ไข โดยพบว่าคะแนนด้านความมั่นใจในการดูแลตนเองน้อยกว่าด้านอื่นจึงต้องการเพิ่มความรู้อะไรสักอย่างด้านการดูแลตนเองให้มากขึ้นจากสมาชิกในกลุ่มสนทนาและจากบุคลากรสาธารณสุข

นอกจากนี้ เมื่อนำข้อมูลก่อนและหลังดำเนินการตามแนวทางการดูแลตนเองที่ร่วมกันพัฒนาขึ้นมาวิเคราะห์ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลตนเองภายหลังดำเนินการตามแนวทางการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนดำเนินการตามแนวทางการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($t = -32.8$; $df 29$) โดยเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลตนเองรายด้านทั้ง 3 ด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการดูแลตนเองเพื่อรักษาสุขภาพ (self-care maintenance) การดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ (self-care management) และความมั่นใจในการดูแลตนเอง (self-care confidence) ภายหลังดำเนินการตามแนวทางการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนดำเนินการตามแนวทางการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.001 ($t = -20.6, -24.1, -20.1$; $df 29$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 1)

สำหรับการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลพบว่า ตลอด 6-12 สัปดาห์ไม่มีผู้ให้ข้อมูลรายใดต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว



แต่มี 2 รายที่ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยภาวะปอดอักเสบและทางเดินอาหารอักเสบ

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ปัญหาในการดูแลตนเองส่วนใหญ่มาจากการที่ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ โดยมีอายุเฉลี่ย 64.8 ปี ซึ่งการที่ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุนั้นไม่แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่าภาวะหัวใจล้มเหลวจะเพิ่มขึ้นตามอายุของประชากร โดยครึ่งหนึ่งของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีอายุมากกว่า 60 ปี²² อาจอธิบายได้ว่า สืบเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นในทางเสื่อมถอยมาตลอด เช่น ความยืดหยุ่นที่ลดลงของผนังหลอดเลือดแดง อัตราการเต้นของหัวใจที่ลดลง เป็นต้น²³ ประกอบกับผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ในการวิจัยครั้งนี้มีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับระบบหัวใจและหลอดเลือดอย่างน้อย 1 โรค โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงที่มีรายงานว่า เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว²³⁻²⁴ เนื่องจากยิ่งหลอดเลือดส่วนปลายมีแรงต้านสูงทำให้หัวใจต้องทำงานหนักเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีความเสื่อมของหัวใจมากขึ้น จนส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในที่สุด สำหรับสิ่งสนับสนุนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในการวิจัยครั้งนี้ คือ ความรักและความเข้าใจจากคนในครอบครัว ซึ่งพบว่าผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่ไม่ประกอบอาชีพ ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมา^{15,25} ที่พบว่าผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะยังคงทำงานหากสามารถทำได้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์อุปสรรคและสิ่งสนับสนุนที่เกี่ยวกับการดูแลตนเอง เป็นขั้นตอนที่สำคัญเพราะข้อมูลที่ได้เป็นพื้นฐานของขั้นตอนอื่นๆ อย่างไรก็ตาม การดำเนินการในขั้นตอนนี้ควรจัดทำเป็นระยะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อการประเมินผลในขั้นอื่นๆ ไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ ควรต้องกลับมาดำเนินการในขั้นตอนนี้ใหม่ สิ่งสำคัญที่จะทำให้ขั้นตอนนี้สำเร็จ คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งการให้เวลาและให้โอกาสผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น สำหรับ

การวิจัยครั้งนี้พบว่า อุปสรรคที่สำคัญที่สุดในมุมมองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและผู้ดูแล คือ ความไม่รู้ส่งผลให้เกิดการตัดสินใจในการปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมกับโรคนั้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{7,26-27} ที่พบว่าผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ทั้งการรับประทานอาหารเสริม การดื่มน้ำไม่จำกัดจำนวน การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การไม่ได้ควบคุมน้ำหนักตัว และการมาตรวจไม่ตรงตามแพทย์นัด ล้วนแล้วแต่มีสาเหตุจากความไม่รู้ไม่เข้าใจถึงความสำคัญในการดูแลตนเองส่งผลต่อการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสมกับโรค

สำหรับสิ่งสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว คือ ความรักและความเข้าใจจากคนในครอบครัว รวมถึงความเอาใจใส่และความเข้าใจจากบุคลากรสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{8,11} ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมทั้งจากครอบครัวและบุคลากรสาธารณสุขทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดแรงใจในการดูแลตนเอง อธิบายได้ว่า พยาธิสภาพของโรคส่งผลให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวไม่สามารถทำกิจกรรมได้ดังเดิม บางครั้งไม่สามารถทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัยได้ เช่น การประกอบอาชีพที่ใช้แรงงาน เป็นต้น ทำให้รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระกับครอบครัว อีกทั้งรายได้เฉลี่ยต่อหัวของประชาชนในจังหวัดนครนายกมาจากการทำเกษตรกรรมเป็นหลัก นั่นหมายถึงทุกคนในครอบครัวที่เป็นวัยแรงงานต้องร่วมมือกันในการหาเงินเลี้ยงปากท้องของสมาชิกในครอบครัวที่ไม่สามารถหาเงินได้ ดังนั้นเมื่อไม่สามารถทำหน้าที่ดังกล่าวได้จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวท้อถอย จนบางครั้งอาจพยายามทำร้ายตนเอง⁸ ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญมากที่จะประคับประคองสภาวะจิตใจที่หวั่นไหวให้กลับมามั่นคงด้วยการให้ความรักและความเข้าใจสภาวะที่ผู้รับบริการเป็นอยู่นอกจากครอบครัวแล้วบุคลากรสาธารณสุขเป็นอีกกำลังใจหนึ่งที่ต้องคอยสนับสนุนทั้งผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและครอบครัว เพราะเป็นผู้ที่มีความรู้มีประสบการณ์จึงสามารถเป็นที่ปรึกษาให้กับทุกคนได้^{28,29}

ขั้นตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการวางแผนและการตัดสินใจ เป็นขั้นตอนที่สำคัญเพราะเปรียบเหมือนการตัดสินใจว่าจะร่วมมือในการดำเนินการ



ต่อไปหรือไม่ การดำเนินการในขั้นตอนนี้สิ่งที่สำคัญคือการให้เกียรติและยอมรับในการตัดสินใจของผู้ให้ข้อมูล อุปสรรคที่พบในขั้นตอนนี้คือ การไม่กล้าร่วมมือในการวางแผนและตัดสินใจ เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลคิดว่าตนเองจบการศึกษาไม่สูง บางรายไม่ได้รับการศึกษาในระบบ จึงจำเป็นต้องใช้กระบวนการกลุ่มในการให้กำลังใจและยอมรับความคิดเห็นซึ่งกันและกัน หากจะขัดแย้งต้องเป็นไปในทางสร้างสรรค์ ซึ่งส่วนนี้เป็นข้อตกลงตั้งแต่แรกของการเก็บข้อมูล สำหรับการวิจัยครั้งนี้พบว่าแนวทางการดูแลตนเองมีลักษณะ “3 พร้อม” ประกอบด้วย 1) ความพร้อมด้านความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม 2) ความพร้อมด้านจิตใจ และ 3) ความพร้อมในการปรับวิถีชีวิตให้เหมาะสมกับโรค โดยผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวควรได้รับความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลวและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเป็นระยะๆ และมีเวลาในการซักถามสิ่งที่สงสัยจากบุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เหมาะสมกับโรคได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ผู้รับบริการต้องการคำแนะนำทั้งในเรื่องการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและกลยุทธ์ในการดูแลตนเอง ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต้องการบริการที่เฉพาะโรค เช่น การเยี่ยมบ้านและการโทรศัพท์ติดตาม รวมถึงการให้คำปรึกษาดยเฉพาะเมื่อเกิดอาการที่เฉียบพลัน นอกจากนี้ยังพบว่า สิ่งที่ช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง คือการได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ การได้รับความเอาใจใส่ ความรักจากครอบครัว จากบุคคลรอบข้าง ทำให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีกำลังใจดูแลตนเอง²⁸ สำหรับกิจกรรม “กินจิต ตั้งปลูก บูลี ชมิขมัน พัน (ลูก) ตา ลา (น้ำ) หนักเกิน นิดเจอดคุณหมอ” นั้นสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า⁸ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นผู้ป่วยจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและดัดแปลงกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นให้สอดคล้องกับสภาวะของโรค อย่างไรก็ตามแนวทางการดูแลตนเองนี้อาจเป็นไปได้หากผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวไม่มีความรู้ไม่ตระหนักถึงความสำคัญ และไม่ปฏิบัติตามเนื่องจากมีงานวิจัยที่ผ่านมา¹³ ที่พบว่า ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวยังคงสูบบุหรี่ รับประทานอาหารเค็มและผิติดนั้ดแพทย์เสมอ ดังนั้นการดำเนินการตามแนวทางนี้จึงต้องอาศัย

ความพร้อมทั้ง 3 ด้าน

ขั้นตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการดำเนินการพบว่า ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวปฏิบัติตามแนวทางการดูแลตนเองที่ร่วมกันพัฒนาขึ้นมา ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าการที่ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดำเนินของโรค และการรักษาพยาบาลที่ได้รับ รวมถึงยา อาหารและกิจกรรมที่จะต้องปฏิบัติและหลีกเลี่ยง และการให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเองได้มีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางและกิจกรรม ย่อมสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมกับภาวะที่เป็นอยู่ อีกทั้งหากมีการส่งเสริมให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนจะเป็นตัวขับเคลื่อนให้เกิดการกระทำพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมได้²⁵

ขั้นตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์พบว่า ทุกฝ่ายยอมรับตรงกันว่าได้รับประโยชน์จากการมีส่วนร่วมในครั้งนี้โดยทั้งผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเองมั่นใจในการดูแลตนเองมากขึ้น รู้สึกมีกำลังใจมีที่พึ่ง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา^{7-8,11,26} ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นในขั้นตอนที่ 4 นี้หากต้องการให้เกิดความยั่งยืน จำเป็นต้องให้ทุกฝ่ายมองเห็นถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับจากแนวทางการดูแลตนเองที่พัฒนาขึ้นนี้

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลของการดำเนินกิจกรรมตามแนวทางการดูแลตนเองพบว่า คะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลตนเองภายหลังดำเนินตามแนวทางการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนดำเนินตามแนวทางการดูแลตนเองสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าหากมีการดูแลตนเองที่เหมาะสม ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้สูงขึ้นได้^{15-16,20,28} สำหรับการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ตลอด 6-12 สัปดาห์ไม่มีผู้ให้ข้อมูลรายใดต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า หากผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและผู้ดูแลมีความรู้และได้รับการพัฒนาความสามารถในการดูแลเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน จะส่งผลให้จำนวนการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยลดลง ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้⁹



ข้อเสนอแนะ

1. สถาบันการศึกษาพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประกอบการเรียนการสอนในเรื่องการพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติในระบบหัวใจและหลอดเลือดในเรื่องการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและผู้ดูแลเพื่อให้มีสติมีความรู้ความเข้าใจในการสร้างเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการ

2. บุคลากรสาธารณสุขสามารถนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและผู้ดูแลในประเด็นการสนับสนุนความสามารถในการดูแลตนเองและการเตรียมความพร้อมในด้านต่าง ๆ

3. เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมเฉพาะผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและผู้ดูแลที่ไม่ใช่บุคลากรสาธารณสุข จึงอาจทำให้ข้อมูลในส่วนของผู้ดูแลไม่สมบูรณ์และอาจขาดความยั่งยืนได้ จึงควรมีการวิจัยเพิ่มเติมในกลุ่มสหวิชาชีพเพื่อให้ได้รูปแบบการสร้างเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และควรมีการติดตามผลการใช้แนวทางการดูแลตนเองที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและผู้ดูแลทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลในทุกขั้นตอน และขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่สนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัย

References

1. Maha Chulalongkorn University College. Bali Buddhist Proverb. [database on the Internet]. [cited 2013 Sep 24]. Available from: <http://mcucity.tripod.com/suphasit/supasit1.htm>
2. Jessup M, Abraham WT, Casey DE, Feldman AM, Francis GS, Ganiate TG, et al. Focused Update: ACCF/AHA Guideline for the diagnosis and management for Heart Failure in adults: A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association task force on practice guideline developed in COLL Aboration with the International Society for Heart Lung Transplantation. (Electronic version). Journal of the American College of Cardiology 2009; 53: 1343-1382.
3. deWit SC. Medical-Surgical Nursing: Concepts and Practice. St.Louis, Missouri: Saunders, US; 2009.
4. Reyes EB. The burden of heart failure in Asia Pacific. [database on the Internet]. 1996 [cited 2014 Feb 22]. Available from: http://www.cardionet.vn/Ban_tin_tiang_Anh/The_Burden_of_Heart_Failure_in_the_Asia_Pacific.pdf
5. The Heart of Association of Thailand under the Royal Patronage of H.M. The King, Heart Failure Committee of Thailand. Congestive heart failure guideline. [database on the Internet]. 1996 [cited 2014 Feb 22]. Available from: http://www.thaiheart.org/images/column_1291454908/CHFGuideline.pdf
6. HealthData, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health. The Ratio of Mortality rate and 100,000 populations: Differentiated by the Important Causes during 2003-2007. [database on the Internet]. [cited 2012 Aug 15]. Available from: <http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/statistic50/2.3.29-50.pdf>
7. Kaewyok T, Wongpiriyayotha A, Nantsupawat W. Effects of Self-Management Program on Symptom of Dyspnea and Functional Capacity of Persons with Congestive Heart Failure. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-East Division 2011; 29(2): 35-41.
8. Rerkluenrit J, Kupthanont K, Vongsirimas N. The Process of Mental and Emotional Management to Live Normally of Persons with Heart Failure. Thai Journal of Nursing Council 2011; 26(4): 108-122.



9. Stewart S, Pearson S, Luke CG, Horowitz JD. Effects of home-based intervention on unplanned readmissions and out-of-hospital deaths. *J Am Geriatr Soc* 1998; 46: 174-80.
10. Jaarsma T, van Veldhuisen DJ. The optimal "dose" of disease management programs in heart failure. *J Am Coll Cardiol* 2002; 39: 2080-1.
11. Artinian NT, Magnan M, Sloan M, Lange MP. Self-care behaviors among patients with heart failure. *Heart Lung* 2002; 31: 161-72.
12. Kelly-Powell ML. Personalizing choices: patients' experiences with making treatment decisions. *Res Nurs Health* 1997; 20: 219-27.
13. Carlson B, Riegel B, Moser DK. Self-Care Abilities of Patients with Heart Failure. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 2001; 30: 351-359.
14. Kollipara UK, Jaffer O, Amin A, Toto KH, Nelson LL, Schneider R, et al. Relation of Knowledge about Dietary Sodium to Hospital Readmissions in Patients with Heart Failure. *American Journal of Cardiology* 2008; 102: 1212-1215.
15. Rerkluenrit J, Khwanchai P, Soiom T. Effect of a Supportive Educational Program on Functional Status and Self-Care of Persons with Heart Failure. *Ramathibodi Nursing Journal* 2012; 18(1): 102-118.
16. Somsusbin P, Tumnong C. Effect of Self-Management Program on Self-Management Behaviors in Patient with Congestive Heart Journal of Nurses' Association of Thailand, North-East Division 2012; 30(4): 88-95.
17. Riegel B, Carlson B, Moser DK, Sebern M, Hicks FD, Roland V. Psychometric Testing of the Self-Care of Heart Failure Index. *Journal of Cardiac Failure* 2004; 10: 350-360.
18. Cohen JM, Uphoff NT. Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. In Burekul T. *Participation: Concepts, theory, and process*. 5th ed. Nonthaburi: Office of Research and Development, King Prajadhipok's Institute; 2009.
19. Rapeepat A. Participation of communities in the society and culture of Thailand. *Participation of people in development*. Bangkok: Sak-Sopa Printing, Thailand; 1984.
20. Suwanno J, Petsirasan R, Prasearthai P, Chanpradit A, Saisuk W. Self-care among Patients with Chronic Heart Failure Thai Journal of Nursing Council 2008; 23(1): 35-47.
21. Smeltzer CS, Brenda GB, Janice LH, Kerry HC. *Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, US; 2008.
22. Tallis RC, Fillit HM. *Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology*. 6th ed. New York: Churchill Livingstone, US; 2003.
23. Miller CA. *Nursing for Wellness in Older Adults*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott William & Wikins, US; 2009.
24. Levy D, Larson MG, Vasan RS, Kannel WB, Ho KKL. The Progression from Hypertension to Congestive Heart Failure. *JAMA* 1996; 275(20): 1557-1562. doi:10.1001/jama.1996.03530440037034. [database on the Internet]. 1996 [cited 2013 Sep 24]. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=402794>
25. Dickson VV, McCauley LA, Riegel B. Work-Heart Balance: The Influence of Biobehavioral Variable on Self-Care among Employees with Heart Failure. *Journal of the American Association of Occupational Health Nurses* 2008; 52: 63-73.



26. Dickson VV, Tkacs N, Riegel B. Cognitive Influences on Self-Care Decision Making in Persons with Heart Failure. *American Heart Journal* 2007; 154(3): 424-431.
27. Ojeda S, Anguita M, Delgado M, Atienza F, Rus C, Granados LA, et al. Short- and Long-Term Results of a Program for the Prevention of Readmissions and Mortality in Patients with Heart Failure: Are Effects Maintained after Stopping the Program?. *The European Journal of Heart Failure* 2005; 7: 921-926.
28. Sommit A, Wannapornsiri C, Thamaree S. The Effect of Supportive and Educative Nursing System Program on Self-Care Agency in Patients with Heart Failure. *Journal of Nursing and Health Sciences* 2011; 5(2): 55-66.
29. Prachanban N. The Effect of a Self-Efficacy Promotion Program for Patients with Heart Failure and their Caregivers on Readmission of the Patients. M. N.S. (Adult Nursing) thesis. Bangkok. Mahidol University; 2007.

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมและค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลตนเองรายคนระหว่างก่อนและหลังการดำเนินการวิจัย

ความสามารถในการดูแลตนเอง	ก่อน (n=30) M±SD	หลัง (n=30) M±SD	t	p
ความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวม	37.2 ±8.2	81.3 ±4.6	-32.8	.001
การดูแลตนเองเพื่อรักษาสุขภาพ	38.7±10.6	83.8 ±6.5	-20.6	<.001
การดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ	37.9±10.9	85.3 ±6.7	-24.1	<.001
ความมั่นใจในการดูแลตนเอง	35.0±10.5	74.8 ±9.5	-20.1	<.001



Self-Care Management Guideline Development for Persons with Heart Failure in Nakornnayok Province from Patients and Cargivers' Aspects on Self-Care Abilities and Readmission

Juntima Rerkluenrit PhD*

Rukchanok Kodchakri PhD**

Rampapun Pramunsup M.N.S.***

Abstract

The purpose of this participatory action research was to develop self-care management guideline for persons with heart failure in Nakornnayok province based on patients and caregivers' aspects on self-care abilities and readmission. All processes were collaboratively launched by both informants including 30 patients and 16 caregivers recruited by the purposive and snowballing sampling methods, and research team. The In-depth interview and focus group based on validated and relied instruments including Self-care Ability Interview, Personnel Data Questionnaire, and Self-Care of Heart Failure Index were utilized for data collection. In guideline development, data in 5 steps including mutual problem analysis, collaborative plan, together performance, combine benefit, and co-evaluation were collected. In simultaneously; qualitative data were analyzed using the content analysis and the coding while the effects of this guideline were analyzed using paired t-test.

The results revealed that research team and informants shared knowledge together for developing the guideline. The comparison of results between before and after launching this guideline for 7 months was presented. Before doing this research, the patients' mean scores of self-care ability was in the inappropriate level. The informants collaboratively agreed that support in taking the patients to see the physician was the first priority. Love, understanding and inspiration from the family and health care providers were the facilities of self-care. Moreover, self-care management guideline for persons with heart failure presented by "3 readinesses" including readiness in knowledge about the disease and its appropriate regimens, readiness in mind, and readiness to adjust the lifestyle. After launching this guideline, mean scores of self-care abilities were significantly higher than those of them before using the guideline ($p < .001$).

These results suggest that key successful factor is patients and caregivers' participation in guideline development process. This guideline can be implemented to promote patients' self-care abilities and prevent them from readmission.

Keywords: self-care abilities, persons with heart failure, readmission, participatory action research

* Lecturer, Department of Adult Nursing, Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University, Thailand

** Asistance Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University, Thailand

***Registered Nurse, Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center, Srinakharinwirot University, Thailand