

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

ประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

สมฤดี ดินวนพะเนา

เริ่มบริการ

15 ต.ค. 2563

14 S.A. 2561

000255270

38 1052

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

กรกฎาคม 2556

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ สมฤดี ดิโนนพะเนา ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ)
..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ ค้วงแพง)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.จอณพะจง เพ็ญจาด)
..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ)
..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ ค้วงแพง)
..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายใจ พัวพันธ์)

คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพา

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกรณ์ ทรัพย์กรานนท์)
วันที่ 17 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2556

ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงด้วยความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ ประธานกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ ค้วงแพง กรรมการที่ปรึกษาร่วมที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วน และเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จอนพะจง เพ็งจาด และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายใจ พัวพันธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ตรวจสอบแก้ไข และวิจารณ์ผลงาน ทำให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบ รวมทั้งให้คำแนะนำแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ เพื่อที่จะได้พัฒนาวิทยานิพนธ์ให้มีคุณภาพต่อไป

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา ตลอดจนหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และบุคลากรทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และที่สำคัญขอกราบขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ รวมถึงเสียสละเวลาให้ผู้วิจัยสัมภาษณ์ในการทำวิจัยครั้งนี้ ซึ่งมีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

สุดท้ายขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ผู้ล่วงลับไปแล้ว ตลอดจนพี่ชาย และพี่สะใภ้ที่เป็นแรงบันดาลใจให้มีความมุ่งมั่นในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ รวมทั้งพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกโรคไม่ติดต่อ คุณรุ่งนภา รันสูงเนิน รวมทั้งพี่ ๆ น้อง ๆ แผนกติดตามเยี่ยมบ้านทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ และกำลังใจเสมอมา

สมฤดี ดินวนพะเนา

53910025: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้ใหญ่; พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คำสำคัญ: ประสบการณ์/ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง/สมาชิกครอบครัว

สมฤดี ดินวนพะเนา: ประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (EXPERIENCES OF FAMILY MEMBERS IN CARING OF PATIENTS WITH CHRONIC CONGESTIVE HEART FAILURE) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: วัลภา คุณทรงเกียรติ, พย.ค., สุภาภรณ์ ดั่งแพง, พย.ค. 98 หน้า. ปี พ.ศ. 2556.

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ผู้ให้ข้อมูลเป็นสมาชิกครอบครัวที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 10 ราย เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต และการจดบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงใจความหลัก (Thematic Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง สามารถจำแนกได้เป็น 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ความรู้สึกของสมาชิกครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ซึ่งแยกเป็น 2 ประเด็นย่อย คือ ความผูกพัน และเป็นหน้าที่ รวมถึงความรู้สึกเหนื่อยแต่ภูมิใจ 2) การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ซึ่งแยกเป็น 3 ประเด็นย่อย คือ การดูแลแบบทันใจ การดูแลเฉพาะโรค และการดูแลทางใจ 3) ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ซึ่งแยกเป็น 3 ประเด็นย่อย คือ การขาดรายได้ การขาดความเป็นอิสระ และการขาดความรู้ในการดูแล 4) การจัดการปัญหาของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ซึ่งแยกเป็น 3 ประเด็นย่อย คือ การทำใจ การแสวงหาความรู้ และการช่วยเหลือจากญาติ

ผลการศึกษาครั้งนี้ พยาบาลสามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบ เพื่อการสนับสนุนสมาชิกครอบครัวให้มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

53910025: MAJOR: ADULT NURSING; M.N.S (ADULT NURSING)

KEYWORDS: EXPERIENCE/ CHRONIC CONGESTIVE HEART FAILURE/
FAMILY MEMBERS

SOMRUEDEE DEENUANPANA: EXPERIENCES OF FAMILY MEMBERS IN
CARING OF PATIENTS WITH CHRONIC CONGESTIVE HEART FAILURE. ADVISORY
COMMITTEE: WANLAPA KUNSONGKEIT, Ph.D., SUPAPORN DUANGPAENG, D.N.S.
98 P. 2013.

The aim of this qualitative research was to describe the experiences of family members in caring of patients with chronic congestive heart failure. Ten informants were purposively selected according to inclusion criteria. In-depth interviews, observation, and field notes were used for data collection. Thematic analysis was employed to analyze the data.

The study results revealed that the experiences of family members in caring for patients can be divided into four themes: First, the feelings of family members towards caring for patients. This can be sub-divided into two categories including bonding and duty, and feeling tired but proud. Second, the caring of patients, this theme was sub-divided into three categories including fast care, special care for the disease, and mental care. Third, the problems with patient care, this was sub-divided into three categories including lack of income, lack of freedom, and lack of knowledge. Fourth, problem management of family members associated with caring for patients; this theme was sub-divided into three categories including let it be, pursuit of knowledge, and help from the relatives.

Nurses can use this findings to be baseline data for the developing the model for enhancing family readiness in caring of patients with chronic congestive heart failure.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ซ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	5
ฐานแนวคิดการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง.....	7
แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว.....	17
สมาชิกครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง.....	19
แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพ.....	25
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	29
สถานที่ศึกษา และผู้ให้ข้อมูล.....	29
การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล.....	31
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	33
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	35
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	39
ความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย.....	39
4 ผลการวิจัย.....	41
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล.....	41
ส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะ หัวใจล้มเหลวเรื้อรัง.....	48

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	59
สรุปผลการวิจัย	59
อภิปรายผล	61
ข้อเสนอแนะ	65
บรรณานุกรม	68
ภาคผนวก	73
ภาคผนวก ก	74
ภาคผนวก ข	76
ภาคผนวก ค	79
ภาคผนวก ง	81
ภาคผนวก จ	84
ภาคผนวก ฉ	87
ภาคผนวก ช	90
ประวัติย่อผู้วิจัย	98

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	จำนวนผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส บทบาทการทำหน้าที่ครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการดูแล ผู้ป่วย และการมีโรคประจำตัว..... 42
2	จำนวนผู้ป่วยจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และอาการ ทางจิต..... 44
3	เปรียบเทียบข้อมูลสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จำแนกตามเพศ อายุ การศึกษา ความสัมพันธ์ และระยะเวลาการดูแล/ เจ็บป่วย..... 46

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (Chronic congestive heart failure) เป็นภาวะเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงและมีระยะความเจ็บป่วยยาวนานตรานจนสิ้นอายุขัย (จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์, 2552) อีกทั้งผู้ป่วยยังต้องได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องและซับซ้อน ทำให้รัฐต้องสูญเสียทรัพยากรด้านต่าง ๆ เพื่อนำไปใช้ในการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอย่างมากมายมหาศาล อาทิเช่น เวลา แรงงาน เงิน ซึ่งจากสถิติผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2551-2553 มีผู้ป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อจำนวนประชากร 100,000 คนเท่ากับ 209.03, 224.94 และ 231.07 ตามลำดับ (สำนักงานนโยบาย และยุทธศาสตร์, 2551, 2552, 2553) และจากสถิติผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่พบในโรงพยาบาลสูงเนิน ปี พ.ศ. 2554 พบว่ามีจำนวน 105 ราย โดยเฉลี่ย 8.75 รายต่อเดือน ซึ่งพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน อันเนื่องมาจากหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 38.85 ซึ่งโรงพยาบาลสูงเนินต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉพาะในปี พ.ศ. 2554 จำนวน 891,080 บาท โดยเฉลี่ย 8,486 บาทต่อราย (เวชระเบียน และสถิติโรงพยาบาลสูงเนิน, 2555) จึงเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งทั้งหมดก็ต้องกลายมาเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในที่สุด

ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีพยาธิสภาพการเกิดโรคจากความผิดปกติที่หัวใจจึงทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลงไม่สามารถบีบตัวส่งเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2552) ซึ่งในระยะแรกร่างกายจะมีกลไกในการปรับตัว คือ มีการทำงานร่วมกันของระบบประสาทอัตโนมัติกับระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน-แอลโดสเตอโรน (Rennin-angiotensin-aldosterone system) เพื่อเพิ่มปริมาตรเลือดที่ส่งออกจากหัวใจต่อ 1 นาทีให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย แต่ในระยะยาวจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของหัวใจ ตลอดจนหน้าที่การทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ ส่งผลต่อความทนต่อการทำกิจกรรมลดลง รวมทั้งเกิดภาวะเหนื่อยล้า หอบเหนื่อยและบวม ตลอดจนภาวะช็อกจากหัวใจ จึงก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยต้องเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตโดยสิ้นเชิง กล่าวคือผู้ป่วยต้องจำกัดอาหารประเภทเกลือ ไขมันสูงและน้ำ ต้องปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัดตามแผนการรักษา (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2553) อีกทั้งการนอนต้องถูกรบกวนอันเนื่องมาจากโรคกำเริบรุนแรงต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำบ่อยครั้ง (จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์, 2552; ขงเกษม วรเศรษฐการกิจ, 2547; เยาวภา บุญเที่ยง, 2545) ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยจะมีการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายในเวลา 30 วัน

หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Hernandez et al., 2010) โดยเฉพาะผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีระดับความรุนแรงของโรคในระดับที่ 3 และ 4 ที่มีข้อจำกัดในกิจกรรมต่าง ๆ อย่างชัดเจน มีอาการของการทำงานของหัวใจไม่เพียงพอ หรือมีอาการเจ็บหน้าอก และไม่ว่าจะกระทำกิจกรรมเล็ก ๆ น้อย ๆ อาการไม่สบายหอบเหนื่อยจะเพิ่มความรุนแรงมากยิ่งขึ้น (American Heart Association, 2005) โดยอาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ได้แก่ ระดับครีทรินินสูงและไอแห้ง ๆ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ร้อยละ 15 อาการบวม ร้อยละ 46 หายใจเหนื่อยหอบ ร้อยละ 64 และเหนื่อยล้า ร้อยละ 80 ตลอดจนอาการเจ็บหน้าอก ความดันโลหิตต่ำ โลหิตจาง (Muzzarelli et al., 2010) ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านอื่น ๆ ตามมา กล่าวคือผู้ป่วยจะมีอารมณ์โกรธง่าย ซึมเศร้า หวาดกลัว หมดหวัง ตลอดจนคุณค่าในตนเองลดลง มีพฤติกรรมแยกตัวออกจากสังคม (Annema, Luttik, & Jaarsma, 2009; Ryan & Farrelly, 2009) เนื่องจากไม่สามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ ประกอบกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีอายุอยู่ในช่วง 46-60 ปีขึ้นไป (จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์, 2552) ซึ่งมีอาการหลงลืมและความจำเสื่อมร่วมด้วย (Qiu et al., 2006) ทำให้การรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ถูกต้อง ส่งผลต่อการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องด้วย (เขาวภา บุญเที่ยง, 2545) และนอกจากนี้ยังทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ตามปกติ ต้องกลายเป็นภาระของครอบครัว จึงเห็นได้ว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดจากบุคคลอื่น ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบโดยตรงต่อสมาชิกครอบครัว เพราะเป็นบุคคลใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด (เขาวภา บุญเที่ยง, 2545; Annema et al., 2009; Ryan & Farrelly, 2009)

สมาชิกครอบครัวที่รับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จึงเป็นบุคคลที่ต้องตอบสนองต่อความต้องการการดูแลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย ซึ่งมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง โดยไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทน (จอม สุวรรณโณ, 2541) และสาเหตุที่ต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแลสืบเนื่องมาจากความสัมพันธ์อันใกล้ชิดทางสายโลหิตและทางกฎหมาย เพราะหากไม่ให้การดูแลผู้ป่วยก็จะต้องถูกประณามจากสังคม (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) โดยสมาชิกครอบครัวผู้ให้การดูแลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ การจัดเตรียมอาหาร การดูแลความสะอาดของร่างกาย การรับประทานยา ตลอดจนพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด หรือแม้กระทั่งการปลอบโยนให้กำลังใจ (วันดี ไตสุขศรี, 2539) ด้วยเหตุนี้จึงเห็นได้ว่าสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังต้องให้การดูแลผู้ป่วยในทุกด้าน จึงก่อให้เกิดผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลด้วยเช่นกัน กล่าวคือ ด้านร่างกายทำให้เกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย (Brostrom, Stromberg, Dahlstrom, & Fridlund, 2002; Luttik et al., 2007) ด้านจิตใจพบว่าสมาชิกครอบครัวจะมีความรู้สึกวิตกกังวล นอนไม่หลับ เนื่องจากรู้สึกกังวล

ต่อความเจ็บป่วยและความรุนแรงของโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และยังพบว่าสมาชิกครอบครัวมีความรู้สึกว่าตนเองขาดอิสรภาพ ถูกแยกตัวออกจากสังคม รู้สึกโดดเดี่ยว รู้สึกถึงการเป็นภาระ ตลอดจนรู้สึกถึงความไม่ยุติธรรมที่เกิดขึ้นในชีวิตของตนเอง นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดผลกระทบด้านการเงินอีกด้วย เนื่องจากสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายทั้งหมดแทนผู้ป่วย (Agren, Evangelista, & Stromberg, 2010) จึงเป็นเหตุให้สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังรู้สึกเบื่อหน่าย เครียดและซึมเศร้า ทำให้ละทิ้งการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลสูง (Schwarz & Elman, 2003)

จากผลกระทบบังคับกล่าวข้างต้นสอดคล้องกับการศึกษาของมอลลอย และคณะ (Molloy et al., 2005) ที่ได้ทบทวนและวิเคราะห์งานวิจัย 16 เรื่อง โดย 13 เรื่องเป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ พบว่าสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นทุกข์มากในการให้การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เพราะผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและต้องให้การดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษในทุกด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ (Agren, Evangelista, & Stromberg, 2010; Luttik et al., 2007) จึงเป็นภาระงานที่หนักที่สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลต้องกระทำด้วยความรับผิดชอบ และทุ่มเทเวลา ตลอดจนแรงกายแรงใจ เพื่อให้การช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ซึ่งสามารถรับรู้ได้จากประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแล (วันดี โดสุขศรี, 2539) ดังจะเห็นได้จากงานวิจัยเชิงคุณภาพอีก 3 เรื่องที่ศึกษาถึงประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังของสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแล พบว่าประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลจะมีแนวโน้มได้ทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยในด้านบวกจะพบได้ในสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลที่มีระบบสนับสนุนทางสังคมที่ดี แต่จะมีแนวโน้มในด้านลบในสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลที่มีระบบสนับสนุนในทางตรงข้ามกัน ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลเกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นบุคคลอื่น รู้สึกถึงความไม่ได้รับความไว้วางใจจากผู้ป่วย อีกทั้งยังรู้สึกถึงความโดดเดี่ยวอ้างว้าง ถูกทอดทิ้งจากสังคม จึงเห็นได้ว่าการให้การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังย่อมก่อให้เกิดผลกระทบกับสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจด้วยเช่นกัน (Brostrom et al., 2002; Martensson, Dracup, & Fridlund, 2001) นอกจากนี้จากการศึกษาของลัตติก และคณะ (Luttik et al., 2007) พบว่าสาเหตุที่ทำให้ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังของผู้ดูแลได้ไม่ดีเนื่องมาจากความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรุนแรงของโรค ดังนั้นลัตติก และคณะ (Luttik et al., 2007) จึงเสนอแนะว่ามีความจำเป็นต้องศึกษาถึงความรู้สึกว่าเป็นภาระที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังตามการรับรู้ และความรู้สึกนึกคิดของสมาชิกครอบครัวที่เป็น

ผู้ดูแลให้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเป็นภาระงานที่หนัก สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลต้องกระทำการดูแลด้วยความรับผิดชอบอย่างสูงยิ่ง จึงส่งผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลทั้งทางตรงและทางอ้อม ท้ายที่สุดก็ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย กล่าวคือส่งผลต่อการกลับเข้ารับการรักษาลำบากด้วยโรคกำเริบ (Schwarz & Elman, 2003) และจากบริบทของโรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 90 เตียง ที่ให้บริการตรวจรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต และเรื้อรัง ได้แก่ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนทั่วไปในเขตอำเภอสูงเนิน แต่ในการเตรียมความพร้อมให้แก่สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ยังไม่มีรูปแบบ หรือแนวทางที่ชัดเจนแต่อย่างใด นอกจากนี้จากประสบการณ์ทำงานของผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยมักกลับเข้ารับการรักษาลำบากในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง เนื่องจากไม่มีผู้ดูแลหลัก และผู้ดูแลต้องหมุนเวียนกันดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ประกอบกับไม่มีการเตรียมความพร้อมให้แก่สมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่บ้าน ทำให้ผู้ดูแลไม่มีความรู้ในการดูแล มีการลองผิดลองถูกในการดูแล และดูแลไม่ถูกต้อง จึงเป็นสาเหตุส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบของโรคต้องกลับเข้ารับการรักษาลำบากบ่อยครั้ง

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เพื่อให้เกิดความเข้าใจว่าสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีความรู้สึกลึกซึ้งต่อการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอย่างไร รวมถึงเมื่อเกิดปัญหาหรืออุปสรรคขึ้นสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลมีการจัดการกับปัญหาเหล่านั้นอย่างไร ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่าได้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ทั้งที่เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ จนนำไปสู่การสร้างกิจกรรมการพยาบาล เพื่อช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้อย่างครอบคลุมทุกด้าน แต่ไม่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในบริบทของประเทศไทยได้อย่างครอบคลุม อันเนื่องมาจากความแตกต่างทางวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี นอกจากนี้ในบริบทของประเทศไทยยังไม่พบว่ามีงานวิจัยใดที่ศึกษาถึงประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นที่ผู้ป่วยเป็นสำคัญ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ทราบถึงข้อมูลเชิงลึก และเข้าใจถึงความรู้สึกนึกคิดของสมาชิกครอบครัวที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ตามการรับรู้ อันได้มาจากการที่สมาชิกครอบครัวได้แสดงบทบาทการในการดูแลสมาชิกที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

เรื่องร้องจากสภาพแวดล้อมที่เกิดขึ้นจริง เพราะการรับรู้ประสบการณ์ของแต่ละบุคคลเป็นลักษณะเฉพาะเจาะจง อยู่ภายใต้สถานการณ์ที่เป็นจริงและเป็นไปโดยธรรมชาติ (ชาย โพธิ์สีตา, 2554) ซึ่งการวิจัยเชิงปริมาณไม่สามารถเข้าถึงแก่นแท้ได้อย่างครอบคลุมทุกมิติ และผลการวิจัยจะสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ให้มีความพร้อมและประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และตอบสนองต่อความต้องการอย่างองค์รวม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อบรรยายประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อบรรยายประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังตามประสบการณ์จริงที่เกิดขึ้น ซึ่งผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ร่วมกับการสังเกต เป็นวิธีการหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูล คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2555 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556

ฐานแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาสมาชิกครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ซึ่งเป็นบุคคลที่ให้การดูแลใกล้ชิดกับผู้ป่วย และต้องให้การดูแลที่เป็นระยะเวลายาวนาน อีกทั้งการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเป็นภาระงานที่หนัก สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลต้องกระทำการดูแลเพื่อสนองตอบต่อความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ จึงส่งผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลทั้งทางตรง และทางอ้อม เช่น ร่างกายทรุดโทรม รู้สึกเบื่อหน่าย เป็นต้น ซึ่งท้ายที่สุดก็ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยตามมา กล่าวคือ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยโรคกำเริบ อันเนื่องมาจากผู้ดูแลให้การดูแลได้ไม่ดี หรือผู้ดูแลละทิ้งการดูแลผู้ป่วยไปในที่สุด ดังนั้นจึงต้องทำความเข้าใจกับความคิดความรู้สึกของสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลว่าเขามีความคิด ความรู้สึกอย่างไร กับการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังจากประสบการณ์การดูแลที่เกิดขึ้นจริงกับสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแล ซึ่งการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นกระบวนการศึกษาค้นคว้าหาความจริงภายใต้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงตามธรรมชาติ

เพราะผู้วิจัยมีความเชื่อว่าประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเป็นการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังจริง โดยไม่มีการดัดแปลงแต่งเติมให้ผิดไปจากธรรมชาติ และไม่มีการกำหนดคำตอบไว้ล่วงหน้าว่าจะออกมาเป็นอย่างไร ผู้วิจัยจึงมุ่งทำความเข้าใจถึงประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในทางลึกมากกว่าในทางกว้าง เพื่อให้ได้ข้อมูลเจาะลึกมากขึ้น

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดดังต่อไปนี้ 1) ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง 2) แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว 3) สมาชิกครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และ 4) แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพ

นิยามศัพท์เฉพาะ

สมาชิกครอบครัว หมายถึง บุคคลในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังทางสายเลือด หรือทางกฎหมายอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร หรือเครือญาติ ที่ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังภายในบ้านเดียวกัน และเป็นผู้ที่รับผิดชอบเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ที่มีระดับความรุนแรง ระดับที่ 3 และ 4 ตามการแบ่งของ NYHA (สมจิต หนูเจริญกุล, 2552) ซึ่งเข้ารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสูงเนิน

ประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง หมายถึง ความคิด ความรู้สึก รวมถึงการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับสิ่งที่ประสบในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยเริ่มตั้งแต่วันแรกที่รับหน้าที่ในการดูแลจนกระทั่งถึงปัจจุบัน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย (Descriptive qualitative research) เกี่ยวกับประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ ตำรา เอกสาร และบทความต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการทบทวนวรรณกรรม เพื่อเป็นฐานแนวความคิดให้ผู้วิจัยสามารถมองเห็นปัญหา และนำไปสู่การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล ตลอดจนการจัดระบบเนื้อหาข้อมูล สำหรับบรรยายประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังของสมาชิกครอบครัว โดยมีเนื้อมหาดังต่อไปนี้

1. ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
2. แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว
3. สมาชิกครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
4. แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพ

ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (Chronic congestive heart failure) เป็นภาวะที่เป็นผลมาจากโครงสร้างและการทำหน้าที่ของหัวใจผิดปกติ โดยหัวใจห้องล่างไม่สามารถบีบตัวหรือส่งเลือดออกไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่าง ๆ ของร่างกายได้เพียงพอกับความต้องการ ส่งผลให้ความทนต่อการทำกิจกรรมลดลง โดยอาการที่แสดงให้เห็นเด่นชัดของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังคือ อาการหายใจลำบาก และเหนื่อยล้า (สมจิต หนูเจริญกุล, 2552) ซึ่งภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังไม่ใช่โรค แต่เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่เกิดจากความพร่องในการทำหน้าที่ของหัวใจ จนทำให้มีการก้ำกัของเนื้อเยื่อลดลง มีการคั่งของน้ำหรือมีภาวะน้ำเกิน และมีความทนในการทำกิจกรรมได้น้อย การบีบตัวของหัวใจที่ล้มเหลวไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุใด ย่อมทำให้การก้ำกัของเนื้อเยื่อลดลง ตามด้วยการคั่งของเลือดในหลอดเลือดของปอดและของร่างกาย (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2553)

จากความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จึงพบว่าภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีพยาธิสภาพการเกิดโรคที่มักมีความผิดปกติที่เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจล้มเหลว อันเนื่องมาจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจากหลอดเลือดหัวใจตีบตัน ภาวะหัวใจทำงานหนักเกินกำลังเรื้อรังของหัวใจจากลิ้นหัวใจพิการชนิดต่าง ๆ หรือความดันโลหิตสูง เมื่อหัวใจทำงานผิดปกติและปริมาตรเลือดไปเลี้ยงร่างกายไม่เพียงพอหัวใจจะใช้กำลังสำรอง (Cardiac reserve) เพื่อรักษาระดับปริมาตรเลือดที่หัวใจ

ปั๊มออกใน 1 นาที (Cardiac output) ให้เพียงพอโดยอาศัยกลไกการปรับตัว (Compensatory mechanisms) ได้แก่ ระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งทำงานร่วมกับระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน-แอลโดสเตอโรน (Renin-angiotensin-aldosterone system) ซึ่งกลไกเหล่านี้จะปรับตัวทำให้ร่างกายยังคงมีปริมาตรเลือดไปเลี้ยงได้เพียงพอ ความดันเลือดยังคงปกติในขณะพัก ในสภาพนี้ผู้ป่วยยังไม่มีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว ส่วนในภาวะที่หัวใจทำงานเต็มกำลัง กลไกการปรับตัวจะทำงานเต็มที่และทำให้เกิดอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวตามมา (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2553)

จากพยาธิสภาพการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังดังกล่าว จึงทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีระดับความรุนแรงแตกต่างกัน ตั้งแต่ระดับที่มีความรุนแรงที่มีความสามารถในการทำงานของหัวใจอยู่ในระยะที่ยังทำงานได้ ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ จนกระทั่งถึงระยะที่ความสามารถในการทำงานของหัวใจอยู่ในระยะที่รุนแรง ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยหอบรุนแรงมาก และต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ดังนั้นจึงมีการแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังออกได้หลายลักษณะ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง แต่ที่นิยมใช้มากที่สุดคือ การแบ่งตามความทนในการทำกิจกรรม (Functional classification of heart failure) โดย New York Heart Association (NYHA) แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2552)

ระดับที่ 1 ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ คือ ถ้ามีกิจกรรมตามปกติจะไม่มีอาการอ่อนเพลีย ใจเต้น ใจสั่น หายใจลำบากหรือเจ็บหน้าอก

ระดับที่ 2 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย รู้สึกสบายเมื่อได้พัก แต่ถ้ามีกิจกรรมตามปกติจะทำให้อ่อนเพลีย ใจเต้น หายใจลำบาก หรือเจ็บหน้าอก

ระดับที่ 3 มีข้อจำกัดในกิจกรรมต่าง ๆ ชัดเจน คือ ถ้ามีกิจกรรมซึ่งน้อยกว่ากิจกรรมตามปกติ เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ทำให้อ่อนเพลีย ใจเต้น หายใจลำบาก หรือเจ็บหน้าอก แต่จะสบายเมื่อได้พัก

ระดับที่ 4 ไม่สามารถจะมีกิจกรรมได้โดยปราศจากความไม่สบาย แม้ในขณะพักยังมีอาการของการทำงานของหัวใจไม่เพียงพอ หรือมีอาการเจ็บหน้าอก และไม่ว่าจะกระทำการเล็กน้อย ๆ น้อย ๆ อาการไม่สบายหอบเหนื่อยจะเพิ่มขึ้น

จากการแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังออกเป็น 4 ระดับดังกล่าวข้างต้น จึงทำให้ง่ายต่อการจำแนกประเภทผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และทำให้ง่ายต่อการจัดกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ป่วย ซึ่งระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสาเหตุที่แตกต่างกันนั่นเอง

สาเหตุการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

สาเหตุการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง สามารถจำแนกได้เป็น 2 ประเภท คือ สาเหตุแท้จริง (Underlying cause) และสาเหตุชักนำ (Precipitating cause) ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2552)

1. สาเหตุแท้จริง (Underlying cause) แบ่งได้เป็น 2 ประการ ดังนี้

1.1 หัวใจต้องทำงานเกินกำลัง โดยหัวใจจะทำงานเพิ่มขึ้นอย่างมากอันเนื่องมาจากปริมาตรเลือดมากเกินไป (Volume overload) ซึ่งในภาวะปกติเมื่อปริมาตรเลือดก่อนหัวใจบีบตัวมากเกินไปที่เวนทริเคิลจะรับได้ จะทำให้ลดแรงบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลง จำนวนเลือดที่หัวใจบีบออกใน 1 นาที (Cardiac output) จึงลดลงทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งความผิดปกติที่ทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของปริมาตรเลือดก่อนหัวใจบีบตัว ได้แก่ ลิ้นของหัวใจรั่ว ปริมาตรของเลือดในระบบไหลเวียนมากเกินไป ความพิการของหัวใจแต่กำเนิด นอกจากนี้ยังพบว่าในภาวะที่หัวใจต้องบีบตัวแรงจนเกินกำลัง (Pressure overload) ก็ส่งผลให้หัวใจต้องทำงานเพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับแรงต้านการไหลในขณะหัวใจบีบตัว (Afterload) เพราะเป็นเครื่องชี้ให้เห็นว่าหัวใจต้องใช้แรงบีบตัวอย่างมาก เพื่อเอาชนะแรงต้านในหลอดเลือด จึงจะสามารถไล่เลือดเข้าสู่ระบบการไหลเวียน และความผิดปกติที่ส่งผลให้หัวใจต้องบีบตัวเกินกำลังจนไม่สามารถจะบีบตัวได้เพิ่มขึ้นอีกต่อไป และเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ ลิ้นหัวใจตีบ แรงต้านในปอดและแรงต้านในหลอดเลือดส่วนปลายสูง (High peripheral vascular hypertension)

1.2 ความผิดปกติในการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งเป็นภาวะที่ขัดขวางการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ โดยพบว่ามีพยาธิสภาพเกิดขึ้นกับกล้ามเนื้อหัวใจ ได้แก่ กล้ามเนื้อหัวใจตาย กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ และกล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรง เนื่องจากความผิดปกติทั้งหมดนี้จะทำให้การบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ทำให้ไม่สามารถไล่เลือดออกจากหัวใจห้องล่าง (Ventricle) ได้หมด ปริมาตรของเลือดที่ออกจากหัวใจเมื่อหัวใจบีบตัวในแต่ละครั้งจึงลดลง และยังพบว่ามีภาวะภายนอกที่บีบรัดหัวใจ ทำให้หัวใจห้องล่าง (Ventricle) ไม่สามารถรับเลือดและบีบตัวได้เต็มที่ ได้แก่ หัวใจถูกบีบรัดจากเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ หัวใจถูกบีบกดจากมีปริมาณของเหลว เช่น น้ำ หนอง หรือเลือดภายในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ ทำให้เลือดไหลเวียนผ่านไม่สะดวก

2. สาเหตุชักนำ (Precipitating cause)

2.1 การเกิดก้อนเลือดไปอุดตันที่ปอด ซึ่งจะทำให้เพิ่มความดันในหลอดเลือดแดงของปอดอย่างเฉียบพลัน ทำให้หัวใจห้องล่างขวามีเลือดคั่งและขยายใหญ่ขึ้น เกิดหัวใจล้มเหลวมากขึ้น และทำให้ปริมาตรเลือดที่ส่งออกจากหัวใจต่อ 1 นาทียิ่งลดน้อยลง

2.2 การติดเชื้อ พบว่าการติดเชื้อในร่างกายไม่ว่าส่วนใดก็ตามอาจจะเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ซึ่งผลจากมีไข้ หัวใจเต้นเร็ว ออกซิเจนในเลือดต่ำ และการเพิ่มความต้องการการเผาผลาญจากผลของการติดเชื้อ ถ้ามีโรคหัวใจร่วมด้วยจะไม่สามารถชดเชยได้ ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้

2.3 ภาวะโลหิตจาง เนื่องจากในภาวะโลหิตจาง ความสามารถของเลือดในการขนส่งออกซิเจนไปสู่เซลล์และเนื้อเยื่อลดลง เพื่อที่จะเพิ่มออกซิเจนให้เซลล์และเนื้อเยื่อใช้ในการเผาผลาญได้เพียงพอ หัวใจจึงต้องทำงานหนักมากขึ้น เพื่อเพิ่มปริมาตรเลือดที่ส่งออกจากหัวใจต่อ 1 นาที แต่เนื่องจากหัวใจมีพยาธิสภาพรับภาระหนักเกินกำลังอยู่แล้ว จึงไม่สามารถชดเชยได้อีกต่อไป จึงเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวขึ้น

2.4 ค่อมรัยรอยด์เป็นพิษและการตั้งครรภ์ เนื่องจากเนื้อเยื่อต่าง ๆ ต้องการเลือดไปเลี้ยงเพิ่มมากขึ้น ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักจนกระทั่งไม่สามารถจะแบกภาระหนักเหล่านี้ได้อีกต่อไป จึงเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวมากขึ้น

2.5 การเต้นของหัวใจผิดจังหวะ เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้บ่อย เนื่องจากการที่หัวใจเต้นเร็วมากทำให้ลดเวลาที่เลือดจะไหลกลับเข้าสู่หัวใจ เนื่องจากระยะหัวใจคลายตัวจะสั้นลงอย่างมาก ยิ่งทำให้ปริมาตรเลือดที่ส่งออกจากหัวใจต่อ 1 นาทีลดลง และการบีบตัวระหว่างหัวใจห้องบนและหัวใจห้องล่างไม่สัมพันธ์กัน จะส่งผลให้หัวใจห้องบนสูญเสียประสิทธิภาพในการบีบตัว และความดันในหัวใจห้องบนเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ในภาวะที่หัวใจห้องล่างเต้นเร็ว หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะจากการนำไฟฟ้าในหัวใจผิดปกติ ทำให้แรงบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลงจากการขาดการรวมพลัง (Synchronized) ของหัวใจห้องล่าง อีกทั้งการออกกำลังกายรุนแรงทันที และมีอารมณ์เครียด ทำให้หัวใจล้มเหลวได้ง่าย เพราะหัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น เนื่องจากการเผาผลาญเพิ่มขึ้นทันทีทันใด รวมถึงความดันโลหิตสูง การที่ความดันในหลอดเลือดแดงขึ้นสูงเร็วเกินไป ซึ่งอาจจะเกิดขึ้นในโรคความดันโลหิตสูงที่มีสาเหตุมาจากโรคไต หรือจากการหยุดยาลดความดันโลหิต อาจจะทำให้หัวใจไม่สามารถชดเชยได้อีกต่อไป

ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังจึงต้องให้ความสำคัญในการค้นหาสาเหตุชักนำร่วมกับสาเหตุที่แท้จริงด้วย เพราะพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากที่มีสาเหตุชักนำเกิดขึ้นจะทำให้เกิดภาวะหัวใจวายทันที และเมื่อแพทย์ทำการรักษาสาเหตุชักนำให้หายไปแล้วอาการหัวใจวายก็จะหายไปด้วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2552) เพราะฉะนั้นเพื่อส่งเสริมให้การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และเพื่อให้สามารถวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้อย่างถูกต้อง พยาบาลจึงมีความจำเป็นต้องมีความรู้และความเข้าใจถึงอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังด้วย

อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังจะมีความแตกต่างกัน โดยขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของหัวใจว่าเป็นชนิดใด ดังนี้ (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, จันทนา รณฤทธิวิชัย, พัฒนพงศ์ คุ่มทวีพร, วิไลวรรณ ทองเจริญ และวินัส ลิพหกุล, 2552)

1. หัวใจล้มเหลวข้างซ้าย (Left sided heart failure) ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงดังต่อไปนี้

1.1 อาการเหนื่อยง่ายเมื่อมีกิจกรรม (Dyspnea on exertion) เมื่อความดันของหลอดเลือดในปอดสูงมากกว่าปกติ ทำให้ปอดขยายตัวลำบากและผู้ป่วยต้องใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจมากขึ้น จึงมีอาการหายใจขัด ถี่ขึ้นและลำบาก

1.2 อาการหอบในท่านอนราบ (Orthopnea) เป็นอาการแสดงที่รุนแรงขึ้น เพราะในขณะนอนราบเลือดดำจะไหลกลับเข้าหัวใจมากขึ้น ทำให้แรงดันในปอดสูงขึ้น แต่เมื่อผู้ป่วยลุกขึ้นนั่งเลือดดำจะไหลกลับเข้าสู่หัวใจลดลง อาการหอบนี้ก็จะหายไป

1.3 อาการหอบในช่วงกลางคืน (Paroxysmal Nocturnal Dyspnea: PND) หลังจากนอนหลับไปแล้วหลายชั่วโมง ผู้ป่วยจะต้องลุกขึ้นมา นั่ง บางคนอาจมีเสียงหายใจคล้ายคนเป็นหืด (Cardiac asthma) เนื่องจากการเกร็งของหลอดลม

1.4 ไอ (Cough) เมื่อแรงดันในปอดเพิ่มขึ้นจะมีของเหลวเคลื่อนที่ออกมาล้อมรอบถุงลมและบริเวณหลอดลมฝอย ทำให้เกิดการระคายเคือง ผู้ป่วยจึงมีอาการไอ ซึ่งถ้าภายในปอดมีการคั่งของของเหลวมาก ผู้ป่วยอาจมีอาการไอแล้วมีเสมหะเป็นเลือดปนออกมาได้

1.5 อาการเขียว (Cyanosis) เป็นอาการแสดงที่บ่งชี้ว่ามีการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนที่ถุงลมกับที่หลอดเลือดฝอยลดลง ทำให้ระดับออกซิเจนในเลือดต่ำ (Hypoxemia)

1.6 ภาวะปอดบวมน้ำ (Pulmonary edema) เมื่อความสามารถในการบีบตัวของหัวใจลดลงทำให้มีเลือดเหลือค้างในหัวใจมากขึ้น จนทันทกลับไปยังปอดในเวลาต่อมา ทำให้แรงดันของหลอดเลือดที่ปอดสูงขึ้น เรียกว่า Pulmonary hypertension

2. หัวใจล้มเหลวข้างขวา (Right sided heart failure) มีอาการและอาการแสดง ดังต่อไปนี้

2.1 ตับม้ามโต (Hepatosplenomegaly) ตับและม้ามจะมีน้ำหนักรวมและขนาดเพิ่มขึ้น เนื้อเยื่อบางส่วนจะฝ่อลีบและมีลักษณะเป็นเนื้อตาย เนื่องจากการบวมคั่งของของเหลวเป็นเวลานาน

2.2 มีการคั่งของน้ำในช่องท้อง (Ascites) เนื่องจากการคั่งของเลือดในหลอดเลือดดำทั่วร่างกาย จึงทำให้แรงดันของระบบหลอดเลือดดำพอร์ทัลสูงขึ้น ทำให้แรงดันของของเหลวสูงขึ้นด้วย ของเหลวในหลอดเลือดจึงถูกกรองออกมาในช่องท้อง

2.3 มีการยืดขยายของหลอดเลือดดำที่คอ (Jugular vein distention) การไหลกลับของเลือดดำจากศีรษะและกอมายังหลอดเลือดดำใหญ่จะลดลง ทำให้เกิดการโป่งพองของหลอดเลือดดำ

2.4 มีการบวมของเนื้อเยื่อชั้นใต้ผิวหนัง (Subcutaneous edema) แรงดันของหลอดเลือดดำทั่วร่างกายสูงขึ้น เป็นสาเหตุให้มีการบวมคั่งที่ไตด้วย นอกจากนี้ผลของดักไต ทำให้ไม่สามารถกระตุ้นการสร้างฮอร์โมนอัลโดสเตอโรน (Aldosterone hormone) ได้ตามปกติ การดูดกลับของโซเดียมที่ไตจึงลดลงเป็นเหตุส่งเสริมให้มีการบวมของเนื้อเยื่อต่าง ๆ มากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ขา

แนวทางการดูแลรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

โดยมีเป้าหมายคือ เพิ่มประสิทธิภาพในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ และลดการทำงานของหัวใจ นอกจากนี้ยังต้องช่วยลดความต้องการออกซิเจนของร่างกาย ช่วยผู้ป่วยในการปรับตัวกับการสูญเสีย และข้อจำกัดต่าง ๆ ดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2552)

1. การเพิ่มประสิทธิภาพในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ

1.1 การให้ยาดิจิตาลิส (Digitalis) เพื่อช่วยเพิ่มแรงบีบตัวของหัวใจ ทำให้เพิ่มปริมาตรเลือดที่หัวใจบีบออกในแต่ละครั้ง (Stroke volume) และเพิ่มปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที (Cardiac output) เลือดจึงไปเลี้ยงไตได้ดีขึ้น ทำให้ปัสสาวะออกมากขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยลดความดันในหลอดเลือดแดงของปอด ลดความดันในหลอดเลือดดำส่วนกลางและจำนวนเลือด ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลงและชะลอการนำคลื่นไฟฟ้าผ่านห้องล่างหัวใจ สามารถลดภาวะปอดคั่งบวมน้ำ ลดอาการไอและหอบเหนื่อยลงได้ อาการข้างเคียง คือ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ท้องเสีย การมองเห็นผิดปกติ มี dreamed เหมือนผู้หญิง และการเต้นของหัวใจผิดปกติ ดังนั้นจึงต้องฟังอัตราการเต้นของหัวใจก่อนให้ดิจิตาลิส ถ้าหากพบอัตราการเต้นต่ำกว่า 60 ครั้ง/ นาที หรือไม่สม่ำเสมออย่างมากต้องงดและรายงานแพทย์ทราบ

1.2 การให้ยาโดปามีน (Dopamine) เพื่อเพิ่มการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจและเพิ่มปริมาตรเลือดที่หัวใจบีบออกในแต่ละครั้ง (Stroke volume) ทำให้ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที (Cardiac output) เพิ่มขึ้น และยังช่วยขยายหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไต อาการข้างเคียงคือ คลื่นไส้ อาเจียน นอกจากนี้การให้ยาโดบูตามีน (Dobutamine) เพื่อทำให้หัวใจบีบตัวแรงและเร็วขึ้น โดยไม่มีผลต่ออัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิต ดังนั้นจึงไม่เพิ่มความต้องการใช้ออกซิเจนของหัวใจ และไม่ลดการไหลเวียนของหลอดเลือดโคโรนารี อาการข้างเคียงคือ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ หอบเหนื่อย

1.3 การให้ออกซิเจน การให้ออกซิเจนทางจมูก (Nasal cannula) 4-5 ลิตร/ นาที หรือทางหน้ากาก (Mask) 8-10 ลิตร/ นาที จะช่วยให้ออกซิเจนในเลือดเพิ่มขึ้น และช่วยบรรเทาอาการ

หอบเหนื่อยลงได้

2. การลดการทำงานของหัวใจเกินกำลัง ทำได้โดยวิธีการดังต่อไปนี้

2.1 การลดปริมาตรเลือดก่อนหัวใจบีบตัว (Reduced afterload) ทำได้ดังนี้

2.1.1 การให้ยาขับปัสสาวะ เพื่อเพิ่มการขับน้ำและโซเดียมออกทางไต ทำให้ปริมาตรเลือดในระบบไหลเวียนลดลง ลดปริมาตรเลือดก่อนหัวใจบีบตัวและลดการตึงของเลือดในปอด อาการข้างเคียง คือการเสียสมดุลของอิเล็กโตรลัยอย่างรุนแรง โดยเฉพาะโปแตสเซียมต่ำ ซึ่งจะทำให้เกิดพิษข้างเคียงจากยาดิจิตาลิสได้ง่าย มีผลให้กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรงและเกิดการเต้นของหัวใจผิดจังหวะ และการให้ยาขับปัสสาวะที่มีฤทธิ์สูง อาจขับปัสสาวะออกมากเกินไป ทำให้ปริมาตรในระบบไหลเวียนลดลงอย่างมากเกิดความดันโลหิตต่ำและการทำงานของหัวใจลดลง นอกจากนี้ยังทำให้เกิดพิษข้างเคียงจากยาไทอาไซด์ (Thiazide) อาจมีผื่น ผื่นหนังอักเสบ กรดยูริกในเลือดสูง และอาจเกิดน้ำตาลในเลือดสูง

2.1.2 การจำกัดสารน้ำและเกลือโซเดียม เพื่อป้องกันไม่ให้เวนทริเคิลต้องแบกรับน้ำหนักเกินกำลังเพิ่มขึ้นอีก โดยสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย ได้กำหนดปริมาณเกลือโซเดียมที่ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้ไม่เกิน 2 กรัมต่อวัน แต่เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถทราบปริมาณเกลือโซเดียมที่ผสมในอาหารต่าง ๆ ได้แน่นอน จึงควรแนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม ของดอง อาหารกระป๋อง และไม่เติมเกลือ น้ำปลา หรือซีอิ๊วลงไปเพิ่ม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีความรุนแรงของโรคที่ระดับ 4 ต้องจำกัดการบริโภคเกลือโซเดียมต่ำกว่า 2 กรัมต่อวัน

2.1.3 ให้ผู้ป่วยนอนในท่าศีรษะสูง (Fowler's position) หรือพิงเก้าอี้ที่มีพนักและผ่อนคลาย ซึ่งในท่านี้อาจช่วยลดการตึงของเลือดในหลอดเลือดฝอยของปอดและลดการไหลกลับของเลือดเข้าสู่เวนทริเคิลขวา (Preload) ทำให้ลดการทำงานของหัวใจลง

3. การลดแรงต้านในขณะหัวใจบีบตัว โดยการให้ยายายหลอดเลือด ดังนี้

3.1 ยายายหลอดเลือดดำ ที่นิยมใช้คือ ไนโตรกลีเซอริน (Nitroglycerin) และไอโซซอร์ไบด์ ไดไนเตรต (Isosorbide dinitrate) เพื่อทำให้กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดดำคลายตัว ทำให้เพิ่มความจุของระบบหลอดเลือดดำ เลือดจึงไหลกลับหัวใจน้อยลง ทำให้ลดจำนวนเลือดก่อนหัวใจบีบตัว

3.2 ยายายหลอดเลือดแดง ที่นิยมใช้คือ ไฮดราลาซีน (Hydralazine) จะลดความตึงตัวของระบบหลอดเลือดแดง ทำให้ลดแรงต้านในส่วนปลาย จึงลดแรงต้านในขณะหัวใจบีบตัว ซึ่งจะช่วยลดการทำงานของหนักเกินกำลังของหัวใจลงและเพิ่มปริมาตรเลือดที่หัวใจบีบตัวใน 1 นาที (Cardiac output) ทำให้เลือดไปเลี้ยงไตมากขึ้น จึงขับปัสสาวะออกได้มากขึ้น

3.3 การใช้ยาขยายทั้งหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดงร่วมกัน ที่นิยมใช้คือ โซเดียม ไนโตรปรัสไซด์ (Sodium nitroprusside) ช่วยให้กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดงคลายตัว แต่ไม่มีผลต่อกล้ามเนื้อหัวใจหรืออัตราการเต้นของหัวใจ

4. การลดความต้องการออกซิเจนของร่างกาย เป็นการลดการทำงานของหัวใจและช่วยให้หัวใจสนองต่อความต้องการของเนื้อเยื่อได้เพียงพอ ได้แก่ การให้ผู้ป่วยได้พักบนเตียง การป้องกันการออกแรงทันทีทันใดหรือการเปลี่ยนแปลงอารมณ์อย่างรุนแรง เช่น ตื่นเต้น ตกใจ ดีใจ เสียใจ หรือแม้กระทั่งการเบ่งอุจจาระ เพื่อไม่ให้เกิดการเพิ่มเลือดที่ออกจากเวนทริเคิลทันทีทันใด

ผลกระทบของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเป็นภาวะเจ็บป่วยที่เกิดจากความผิดปกติของหัวใจอันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรค จึงส่งผลให้ความทนต่อการทำกิจกรรมลดลง ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานเป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังจะได้รับผลกระทบดังต่อไปนี้

1.1 ความทนต่อการทำกิจกรรมลดลง เนื่องมาจากมีความผิดปกติเกิดขึ้นที่หัวใจ ทำให้ประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจลดลง ส่งผลต่อปริมาตรเลือดที่ส่งออกจากหัวใจใน 1 นาที (Cardiac output) ลดลง เนื้อเยื่อต่าง ๆ ได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ ดังนั้นการขนส่งออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ จึงลดลงตามไปด้วย (ทรงขวัญ ศิลารักษ์, 2542)

1.2 การรับรู้ ความคิด ความจำ การตัดสินใจ ซึ่งเป็นผลจากสมองขาดออกซิเจน อันเนื่องมาจากปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที (Cardiac output) ลดลง ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้ไม่พอ สมองจึงไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ผู้ป่วยจะมีอาการวิงเวียนศีรษะ หงุดหงิด กระสับกระส่าย ความจำเสื่อม ผันรำย นอนไม่หลับ ซึ่งอาจเกิดจากการระบายอากาศไม่เพียงพอ ทำให้มีคาร์บอนไดออกไซด์คั่งเป็นปัจจัยเหนี่ยวนำมาก่อน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2552)

1.3 การได้รับสารน้ำและอาหารไม่เพียงพอ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอย่างรุนแรง มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากมักมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน อึดอัด แน่นท้อง อาหารไม่ย่อย และดูดซึมไม่ดี เรียกภาวะนี้ว่า คาร์ดิแอก โคซิเซีย (Cardiac cachexia) ซึ่งบ่งบอกถึงการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, ม.ป.ท.)

1.4 การเสียสมดุลน้ำและอิเล็กโทรลิตส์ เมื่อเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ทำให้ปริมาตรเลือดออกจากหัวใจลดลง ส่งผลให้การกำซาบเลือดของเนื้อเยื่อลดลง เลือดจึงไปเลี้ยงที่ไต

น้อยลง จึงทำให้ร่างกายเกิดกลไกชดเชยขึ้น คือ ร่างกายจะกระตุ้นระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน-แอลโดสเตอโรน (Renin-angiotensin-aldosterone system) ทำให้มีการคั่งของน้ำและเกลือ ผู้ป่วยจะมีอาการบวมกดนูน ปัสสาวะออกน้อย และจากการที่ผู้ป่วยต้องได้รับยาขับปัสสาวะ อาจทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียเกลือแร่ออกมากับปัสสาวะ จึงทำให้เสียสมดุลของอิเล็กโทรลิตที่ได้ (Katz, 2000)

1.5 การพักผ่อนนอนหลับ ซึ่งจากพยาธิสภาพการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง พบว่าในระหว่างที่มีการกำเริบรุนแรง ได้แก่ ระดับความรุนแรงที่ 3 และ 4 ผู้ป่วยจะไม่สามารถมีแบบแผนการนอนหลับได้ตามปกติ ต้องตื่นกลางดึก เพื่อลุกขึ้นมานั่งหายใจ และไม่สามารถล้มตัวลงนอนราบได้ตามปกติ (จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์, 2552; Stull, Starling, Haas, & Young, 1999) เพราะในขณะที่นอนราบเลือดดำจะไหลกลับเข้าหัวใจมากขึ้น ทำให้แรงดันในปอดสูงขึ้น แต่เมื่อผู้ป่วยลุกขึ้นนั่งเลือดดำจะไหลกลับเข้าสู่หัวใจลดลง อาการหอบนี้ก็จะหายไป (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2553)

1.6 การมีเพศสัมพันธ์ โดยสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย (ม.ป.ท.) ระบุว่าหากผู้ป่วยสามารถเดินขึ้นบันได 1 ชั้น (8-10 ขั้น) โดยไม่มีอาการเหนื่อยหอบ หรือหยุดกลางคัน (NYHA FC I-II) ก็สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ การใช้ยาอมใต้ลิ้น (Sublingual nitrate) ก่อนมีเพศสัมพันธ์อาจช่วยลดอาการเหนื่อยหอบได้ แต่ในรายที่มีอาการมาก (NYHA FC III-IV) อาจมีอาการทรุดหนักหลังมีเพศสัมพันธ์ได้

2. ผลกระทบด้านจิตใจ อารมณ์ ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงบทบาทและหน้าที่ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังไม่สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในภาวะเจ็บป่วยได้จึงส่งผลกระทบต่อจิตใจตามมา ได้แก่ กลัว วิตกกังวล หดหู่ ความมีคุณค่าในตนเองลดลง เนื่องจากผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเป็นภาวะคุกคามชีวิต ต้องอยู่ระหว่างความเป็นและความตาย และต้องอยู่ภายใต้ข้อจำกัดของชีวิต จึงสอดคล้องกับการศึกษาของจันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ (2552) ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ที่ศึกษาเรื่องการดูแลตนเองของคนไทยที่มีภาวะหัวใจวาย พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังจะรับรู้ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิต อยู่ระหว่างความเป็นความตายแบบที่เรียกว่า “วันต่อวัน” เพราะไม่ทราบถึงระยะเวลาในการเกิดความรุนแรงของโรคได้แน่นอน ผู้ป่วยต้องตกอยู่ภายใต้ข้อจำกัดของชีวิต และความหวาดกลัว รวมถึงต้องเข้ารับการรักษารักษาบ่อยครั้ง และยาวนาน ต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัดครบจนสิ้นอายุขัย ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ คุณค่าในตัวเองลดลง ซึมเศร้า เครียด มีพฤติกรรมแยกตัวเองออกจากสังคม อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการรักษาลดลงด้วย (จันทร์เพ็ญ สมณา, 2551) ดังนั้นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังจึงมีความต้องการที่จะได้รับการดูแลจากบุคคลอื่นในระดับสูงในทุกด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

รวมถึงระบบบริการสุขภาพด้วย (อุดมลักษณ์ สุภาวงศ์, 2547) จึงจำเป็นต้องพึ่งพาบุคคลอื่น (เขาวภา บุญเที่ยง, 2545; สมจิต หนูเจริญกุล, 2552; Annema et al., 2009)

3. ผลกระทบต่อครอบครัว ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเป็นผู้ที่มีความเจ็บป่วย ซึ่งมีระยะเวลาที่ยาวนานทราบจนสิ้นอายุขัย เนื่องจากมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมอันเกิดจากพยาธิสภาพโรค ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย หอบเหนื่อย หายใจลำบาก และภาวะช็อกจากหัวใจ ทำให้ต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องและยาวนาน อีกทั้งมีการกลับเข้ารับการรักษซ้ำด้วยโรคกำเริบบ่อยครั้ง โดยเฉพาะในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีระดับความรุนแรงของโรคในระดับที่ 3 และ 4 ซึ่งพบว่าจะมีการกลับเข้ารับการรักษามากกว่า 1 ครั้งภายในเวลา 90 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Kollipara et al., 2008) และยังพบว่าผู้ป่วยจะกลับเข้ารับการรักษซ้ำภายใน 30 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในระยะรุนแรง (Hernandez et al., 2010) โดยอาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษซ้ำในโรงพยาบาลได้แก่ ระดับครีทรินินสูงและไอแห้ง ๆ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ร้อยละ 15 อาการบวม ร้อยละ 46 หายใจเหนื่อยหอบ ร้อยละ 64 เหนื่อยล้า ร้อยละ 80 ตลอดจนอาการเจ็บหน้าอก ความดันโลหิตต่ำ โลหิตจาง (Muzzarelli et al., 2010) ซึ่งคล้ายคลึงกับบริบทของประเทศไทยที่พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังจะกลับเข้ารับการรักษซ้ำในโรงพยาบาลด้วยอาการบวม และหายใจลำบากเช่นเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 62.7 และ 88.7 ตามลำดับ (ยงเกษม วรเศรษฐการกิจ, 2547) และสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษซ้ำในโรงพยาบาลก็เนื่องมาจากการมีโรคร่วม ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา ไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ส่งผลต่อการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง (ยงเกษม วรเศรษฐการกิจ, 2547; เขาวภา บุญเที่ยง, 2545; Annema et al., 2009) เพราะพบว่าผู้ป่วยมีความจำเสื่อมและหลงลืมร่วมด้วย (Qiu et al., 2006) ดังนั้นจากสมรรถภาพทางด้านร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จึงทำให้ผู้ป่วยบางรายต้องออกจากงาน ต้องถูกเลิกจ้าง ทำให้ขาดรายได้ ต้องกลายเป็นภาระ ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อครอบครัวอย่างมาก เพราะครอบครัวประกอบด้วยสมาชิกที่มีความผูกพันใกล้ชิดกันทางกฎหมายและสายเลือดกับผู้ป่วยอย่างแน่นแฟ้น ดังนั้นเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นแก่สมาชิกคนใดคนหนึ่ง จึงทำให้สมาชิกที่เหลือพลอยได้รับผลกระทบตามไปด้วย (รุจา ภูโพนุลย์, 2541) โดยเฉพาะสมาชิกครอบครัวที่ไม่สามารถปรับตัวได้จะมีความรู้สึกกังวล เครียด ซึมเศร้า และรู้สึกถึงการไม่มีความยุติธรรมเกิดขึ้นในชีวิตของตน (Brostrom et al., 2002; Martensson et al., 2001; Molloy et al., 2005) ตลอดจนการที่ต้องดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยเป็นระยะเวลานาน ทำให้ต้องสูญเสียรายได้ ต้องขาดงานบ่อย บางรายต้องลาออกจากงาน จึงทำให้เกิดปัญหาด้านการเงิน (Agren et al., 2010)

นอกจากนี้จากความไม่แน่นอนของโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ยังส่งผลให้สมาชิกครอบครัว ผู้ดูแลไม่สามารถที่จะวางแผนอนาคตได้ (Imes, Dougherty, Pyper, & Sullivan, 2011) อีกทั้งต้องปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิต ต้องแยกตัวจากสังคม รู้สึกถึงความเป็นภาระ และขาดอิสรภาพในการดำรงชีวิตประจำวัน จนในที่สุดก็พบว่าสมาชิกครอบครัวจะเกิดความเบื่อหน่ายและละทิ้งการดูแลผู้ป่วยไป (Schwarz & Elman, 2003)

4. ผลกระทบด้านสังคม เนื่องจากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังต้องมียังชีพอยู่ภายใต้ข้อจำกัดในทุกด้าน ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติ ต้องกลายเป็นบุคคลไร้ความสามารถ เป็นภาระของครอบครัว (เยาวภา บุญเที่ยง, 2545; วันดี โตสุขศรี, 2539) และต้องปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิตอย่างสิ้นเชิง เพื่อควบคุมการลุกลามรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง อีกทั้งต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำบ่อยครั้ง โดยเฉพาะผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีระดับความรุนแรงที่ 3 และ 4 ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของยงเกษม วรเศรษฐการกิจ (2544) ที่ศึกษาเรื่องการประเมินการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 36.9 มีจำนวน 49 ครั้ง/คน/ปี และมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 10.16 วัน จึงเห็นได้ว่าการที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำบ่อยครั้ง และระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลแต่ละครั้งยาวนานจึงทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ตามใจปรารถนา จำเป็นต้องแยกจากสังคมไปโดยปริยาย (เยาวภา บุญเที่ยง, 2545; Annem et al., 2009; Ryan & Farrelly, 2009)

5. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังต้องเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องและมีการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยครั้งจากโรคกำเริบ จึงส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว กล่าวคือ ผู้ป่วยบางรายต้องลาออกจากงานทำให้สูญเสียรายได้ ดังนั้นสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลจึงเป็นผู้ที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยแทน (วันดี โตสุขศรี, 2539)

จากผลกระทบที่เกิดขึ้นดังกล่าวข้างต้น จึงแสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเป็นบุคคลที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมาน และตกอยู่ท่ามกลางความเป็นความตายตลอดเวลา ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคคลอื่น ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังจึงมีความจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่จะต้องมียุติดูแล (เยาวภา บุญเที่ยง, 2545; สมจิต หนูเจริญกุล, 2552; Annema et al., 2009)

แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว

ครอบครัว เป็นหน่วยทางสังคมที่มีขนาดเล็กที่สุด ซึ่งประกอบด้วยคนตั้งแต่ 2 คน หรือมากกว่า ที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันทางการสมรส หรือทางสายโลหิต มีความรู้สึกร่วมกัน และมี

ความผูกพันกันอย่างแน่นแฟ้นในทางเครือญาติ (Friedman, 1998) ดังนั้นหากเกิดการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ขึ้นกับสมาชิกครอบครัวคนใดคนหนึ่ง ก็ย่อมส่งผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวอื่นด้วย นอกจากนี้สมาชิกภายในครอบครัวก็ต้องมีการทำหน้าที่ร่วมกันภายในครอบครัว ดังต่อไปนี้ (รุจา ภูไพบูลย์, 2541)

1. การตอบสนองความต้องการของสมาชิกทางด้านชีวภาพ คือการตอบสนองความต้องการทางด้านความจำเป็นต่อการดำรงชีวิต ได้แก่ ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม อาหาร การให้การดูแลด้านสุขภาพ และการรับบริการสุขภาพเมื่อถึงคราวจำเป็น
2. การตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์ โดยการให้ความรักแก่สมาชิกในครอบครัว จึงส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวมีความมั่นคงทางอารมณ์ ตลอดจนมั่นคงทางบุคลิกภาพ
3. การอบรมเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัวให้เป็นบุคคลที่มีคุณภาพ โดยมีการอบรมสั่งสอนให้คำแนะนำ ควบคุมพฤติกรรมให้อยู่ในศีลธรรมอันดี ตลอดจนให้โอกาสในการศึกษาเล่าเรียน และฝึกทักษะ เพื่อให้สมาชิกครอบครัวสามารถนำไปใช้ในการดำรงชีวิตต่อไปในอนาคต
4. การสร้างฐานะทางเศรษฐกิจ และสังคม โดยครอบครัวจะมีการเตรียมความพร้อมให้แก่สมาชิกในการเข้าสังคม เมื่อถึงวัยอันสมควร พร้อมทั้งส่งเสริมสมาชิกครอบครัวให้มีเกียรติ มีศักดิ์ศรี เป็นที่ยอมรับแก่สังคมทั่วไป ซึ่งครอบครัวต้องเป็นแบบอย่างที่ดีในการประกอบอาชีพสุจริต และให้ครอบครัวมีฐานะมั่นคง มีเงินสำรองไว้ใช้เมื่อถึงคราวจำเป็น
5. การสืบทอดสายโลหิต หรือผลิตสมาชิกครอบครัวใหม่ เพื่อสืบสกุล โดยการสมรสหรือรับบุตรบุญธรรม

จึงเห็นได้ว่า ครอบครัวแม้จะเป็นเพียงหน่วยทางสังคมที่เล็กที่สุด แต่ก็มีความสำคัญเป็นอย่างมาก เพราะสังคมจะดีได้ ย่อมต้องประกอบด้วยครอบครัวที่ดีด้วย และเมื่อเกิดผลกระทบใด ๆ ขึ้นแก่สมาชิกครอบครัว เช่นในภาวะที่เจ็บป่วยเรื้อรัง หรือเจ็บป่วยรุนแรง ย่อมต้องส่งผลกระทบขึ้นโดยตรงต่อครอบครัว ซึ่งครอบครัวจะมีบทบาทสำคัญในการจัดการกับความเจ็บป่วย โดยแบ่งเป็น 6 ระยะ ดังนี้ (Friedman, 1998)

ระยะที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพครอบครัว (Family efforts at health promotion) เป็นระยะที่ครอบครัวพยายามที่จะส่งเสริมให้สมาชิกมีสุขภาพที่ดี ป้องกันการเกิดโรค และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งมีผลเกี่ยวข้องกับวิถีการดำเนินชีวิต โดยสมาชิกครอบครัวจะเรียนรู้เกี่ยวกับสถานะสุขภาพของพวกเขา และภาพลักษณ์ของตนเอง เช่น เป็นคนอ่อนแอ เป็นคนป่วย หรือคนที่มีสุขภาพแข็งแรง

ระยะที่ 2 ประเมินอาการ (Family appraisal of symptom) เป็นระยะที่ครอบครัวมีการรับรู้และตีความหมายว่าอาการที่เกิดขึ้นกับสมาชิกครอบครัวเป็นเรื่องที่ร้ายแรง และเป็นปัญหา

ระยะที่ 3 แสวงหาการดูแล (Care-seeking) เป็นระยะที่ครอบครัวได้ยอมรับว่าสมาชิกครอบครัวที่เจ็บป่วยมีความต้องการการช่วยเหลือ ซึ่งสมาชิกที่เจ็บป่วยและครอบครัวจะเริ่มแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งอื่น ได้แก่ ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำจากแพทย์ และบุคลากรทางด้านสุขภาพ เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือแม้กระทั่งทางด้านไสยศาสตร์ เป็นต้น

ระยะที่ 4 ส่งต่อ และยอมรับ (Referral and obtaining care) เป็นระยะที่ครอบครัวมีการยอมรับการรักษาดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ และทางการแพทย์บาล มีการส่งต่อสมาชิกครอบครัวที่เจ็บป่วยไปรับบริการทางการแพทย์ด้านสุขภาพ

ระยะที่ 5 ผู้ป่วยและครอบครัวมีการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน (Acute response to illness by client and family) เป็นระยะที่สมาชิกครอบครัวที่เจ็บป่วยยอมรับกับสภาพความเป็นผู้ป่วย และยอมแพ้ต่อความเจ็บป่วย ยอมรับการดูแลจากบุคลากรด้านสุขภาพ ซึ่งสมาชิกครอบครัวที่เจ็บป่วยจะมีลักษณะของการพึ่งพามุคคนอื่นสูง ดังนั้นในระยะนี้ครอบครัวจะให้การประคับประคอง ช่วยเหลือดูแลอย่างเต็มความสามารถ

ระยะที่ 6 ปรับตัวต่อความเจ็บป่วย และการฟื้นฟู (Adaptation to illness and recovery) เป็นระยะที่ครอบครัวมีการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

จึงเห็นได้ว่า จากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแก่สมาชิกครอบครัว ทำให้เกิดผลกระทบโดยตรงกับครอบครัว ทำให้มีการปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และเกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทการทำหน้าที่ในการดูแลสมาชิกครอบครัวที่เจ็บป่วย ซึ่งครอบครัวจะมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการจัดการกับสมาชิกครอบครัวที่เจ็บป่วยนั้น โดยการเปลี่ยนแปลงบทบาทนี้ก็เป็นไปตามพัฒนาการของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแก่สมาชิกครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วย ดังนั้นครอบครัวจึงมีการจัดการให้มีผู้ดูแล เพื่อให้การดูแลสมาชิกครอบครัวที่เจ็บป่วยนั้น

สมาชิกครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ความหมายของผู้ดูแล

การดูแลสมาชิกครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ในบริบทของสังคมไทย พบว่าผู้ที่ให้การดูแลคือสมาชิกครอบครัวที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันในแบบเครือญาติ ซึ่งส่วนใหญ่ก็คือคู่สมรสและบุตรนั่นเอง โดยมีผู้ให้ความหมายของการเป็นผู้ดูแล ดังนี้

จอม สุวรรณโณ (2541) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วย เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย ซึ่งมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง โดยไม่ได้รับคำจ้างตอบแทน และไม่เกี่ยวข้องในทางวิชาชีพ

สตีฟสัน ยอดเพชร (2547) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างเต็มที่ และอยู่ในภาวะพึ่งพิง ซึ่งบุคคลเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นญาติ หรือสมาชิกในครอบครัว หรือเป็นผู้ที่มีอาชีพเป็นผู้ดูแล และอาสาสมัครผู้ดูแล

รัชณี สรรเสริฐ (2551) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแล หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น สมาชิกในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อน บุคคลสำคัญในชีวิต เป็นต้น ที่ให้การดูแลผู้ป่วยหรือบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลง เนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ อันมีผลทำให้มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาตามแผนการรักษา ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการตอบสนอง หรือการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องที่บ้าน หรือแหล่งอาศัยในชุมชน โดยไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทน หรือรางวัล

เรนฮาร์ด กีเวน เพทริก และบีมิส (Reinhard, Given, Petlick, & Bemis, 2008) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแล หมายถึง สมาชิกครอบครัว เพื่อน หรือ เพื่อนบ้าน ที่ให้การดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และวิกฤต ซึ่งต้องการการดูแลในด้านต่าง ๆ เช่น การอาบน้ำชำระร่างกาย ร่างกาย การแต่งกาย และการรับประทานยา การสนับสนุนด้านจิตใจ รวมถึงการดูแลผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น โดยต้องเป็นการดูแลที่ไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทนใด ๆ

จากความหมายของผู้ดูแลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสรุปว่าผู้ดูแลเป็นสมาชิกครอบครัว และมีความสัมพันธ์กันทางสายเลือดหรือทางกฎหมายกับผู้ป่วยอย่างใดอย่างหนึ่งที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองความต้องการที่จำเป็นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ โดยไม่ได้มีค่าจ้างตอบแทนใด ๆ

ลักษณะของผู้ดูแล

ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกครอบครัว พบว่าจะมีลักษณะที่แตกต่างกัน ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของเฮอโรวิทซ์ (Horowitz, 1985 อ้างถึงในจอม สุวรรณ โณ, 2541) ได้ให้ความหมายไว้ 2 ลักษณะ ดังนี้

1. ญาติผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) คือ ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยด้านร่างกาย เช่น การอาบน้ำชำระร่างกาย การจัดเตรียมอาหารและการรับประทานยา เป็นต้น โดยให้การดูแลอย่างต่อเนื่องและใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าบุคคลอื่น

2. ญาติผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) คือ ผู้ที่ไม่ได้ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง แต่มีหน้าที่จัดการด้านอื่นแทน หรือให้การดูแลผู้ป่วยบ้างเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สะดวก และใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า

การให้การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในบริบทของสังคมไทย อาจพบได้ว่ามี ผู้ดูแลทั้งสองลักษณะ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ อาทิเช่น การแบ่งภาระหน้าที่ของสมาชิก ครอบครัว ระยะเวลาและความสะดวกที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วย ตลอดจนความสัมพันธ์ใกล้ชิด ความผูกพันทางจิตใจ จึงกลายมาเป็นสาเหตุที่ทำให้สมาชิกครอบครัวต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแล

สาเหตุที่ทำให้ต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแล

สมาชิกครอบครัวที่รับบทบาทเป็นผู้ดูแลในบริบทของสังคมไทย พบว่ามีลักษณะที่ คล้ายคลึงกัน ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ซึ่งได้จำแนกออกเป็น 7 ประการดังนี้

1. บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบและวัฒนธรรมประเพณีที่สืบทอดต่อกันมา โดยเฉพาะ สังคมไทยจะปลูกฝังให้บุตรสาวรู้จักคตินุญกับบุพการี หากละเลยก็จะถูกสังคมประณาม
2. สัมพันธภาพในครอบครัว สมาชิกที่มีความเห็นอกเห็นใจและห่วงใยในตัวผู้ป่วย มักจะเป็นผู้ที่รับหน้าที่ดูแลผู้ป่วย
3. เวลาและความสะดวกของผู้ดูแล ทั้งนี้อาจขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ผู้ดูแล ต้องทำงานประจำทำให้ไม่มีเวลาในการดูแลผู้ป่วย
4. ศักยภาพของผู้ดูแล สมาชิกครอบครัวที่มีการศึกษาดี มีประสบการณ์ในการดูแล มักจะเป็นผู้รับหน้าที่ดูแลผู้ป่วย
5. การยอมรับของผู้ดูแล เนื่องจากบริบทของสังคมไทยยึดถือความกตัญญูเป็นสำคัญ ดังนั้นผู้ดูแลจึงมีแรงจูงใจที่จะดูแลประกอบกับมีความรักในตัวผู้ป่วยและต้องการตอบแทนบุญคุณ จึงยอมรับบทบาทผู้ดูแล
6. การยอมรับของผู้ป่วย ผู้ป่วยบางรายจะยอมรับเฉพาะสมาชิกที่ตนเองชอบหรือ ไว้วางใจเท่านั้น จึงทำให้บุคคลนั้นต้องกลายมาเป็นผู้ดูแล
7. ความจำเป็นทางเศรษฐกิจ สมาชิกครอบครัวที่ไม่มีรายได้มักจะได้รับการรับบทบาทเป็นผู้ดูแล เพื่อไม่ให้กระทบกระเทือนต่อรายได้ของสมาชิกคนอื่น

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าสมาชิกครอบครัวที่ตัดสินใจเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลส่วนใหญ่มักเป็นบุตร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวันดี ไตสุขศรี (2539) ที่ศึกษาความสามารถในการดูแล ความเครียด และภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง พบว่า ผู้ดูแลที่เป็น คู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 29 และบุตร คิดเป็นร้อยละ 59 จึงเห็นได้ว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ก็คือบุตรนั่นเอง ด้วยเหตุที่เป็นผลสืบเนื่องมาจากมีความสัมพันธ์กันทางสายโลหิต ประกอบกับมีความผูกพันทาง ใจให้กับผู้ป่วยอย่างแน่นแฟ้น และที่สำคัญคือบุตรมักได้รับการยอมรับและถูกกำหนดจากสังคมว่า ต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแลไปโดยปริยาย แต่เนื่องจากลักษณะของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด และต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน ประกอบกับต้องได้รับการรักษาที่ซับซ้อน ต้องปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตโดยสิ้นเชิง ทั้งการรับประทานอาหารที่ต้องควบคุมปริมาณน้ำและเกลือ การนอนที่ถูกรบกวนจากอาการโรคกำเริบ รวมทั้งต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด จึงพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังต้องกลายเป็นภาระในการดูแลของครอบครัว และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้สมาชิกครอบครัวที่ให้การดูแลรู้สึกเกี่ยวกับการเป็นภาระ

สาเหตุที่ทำให้เกิดความรู้สึกเกี่ยวกับการเป็นภาระ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า สาเหตุที่ทำให้สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังรู้สึกถึงการเป็นภาระ จะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังทวีความรุนแรงขึ้น (Luttik et al, 2007) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเพรสเลอร์ และคณะ (Pressler et al, 2009) พบว่า สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลจะรู้สึกถึงการเป็นภาระ และมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น รวมถึงรับรู้ถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเองทางด้านลบในเดือนที่ 4 ภายหลังจากให้การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมของผู้ป่วย นอกจากนี้ปัจจัยทางด้านการสนับสนุนทางสังคม ยังเป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลมีการรับรู้ถึงความรู้สึกในการเป็นภาระมากยิ่งขึ้น โดยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมจะส่งผลต่อความรู้สึกเป็นภาระของสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลได้ทั้งด้านบวกและด้านลบ จึงสอดคล้องกับการศึกษาของมาร์เทนสัน ดรากับ และฟรีดลันด์ (Martensson, Dracup, & Fridlund, 2001) ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่าประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลจะมีการรับรู้ในทางบวก เมื่อได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือเพื่อนในการแบ่งเบาภาระงาน แต่จะมีการรับรู้ในทางลบ เมื่อสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลมีความรู้สึกว่าตนเองเป็นบุคคลอื่น สาเหตุสืบเนื่องมาจากสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลรู้สึกกว่าตนเองไม่ได้รับความไว้วางใจจากผู้ป่วย ต้องแยกตัวออกจากสังคม และไม่ได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกคนอื่นในครอบครัว ตลอดจนเพื่อนหรือบุคลากรทางการแพทย์ จะเห็นได้ว่าสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จะมีการรับรู้ถึงประสบการณ์ในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกัน จึงนำไปสู่ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม

ด้วยเหตุนี้ บุคลากรทางการแพทย์จึงต้องทำความเข้าใจถึงความรู้สึกการเป็นภาระของสมาชิกครอบครัวให้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น เพื่อนำไปสู่การวางแผนการเตรียมความพร้อมให้แก่สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ซึ่งจากการศึกษาของลัตติ และคณะ (Luttik et al., 2007) ได้เสนอแนะว่า การศึกษาวิจัยในอนาคตควรจะศึกษาถึงความรู้สึกเป็นภาระของ

สมาชิกรอบครัวที่เป็นผู้ดูแลให้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น โดยใช้งานวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้เข้าใจความรู้สึกที่แท้จริงของสมาชิกรอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์จริงตามสภาพที่เป็นธรรมชาติ สามารถนำไปสู่การวางแผนช่วยเหลือสมาชิกรอบครัวที่เป็นผู้ดูแลเพื่อป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นได้จากการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

สมาชิกรอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เป็นผู้ที่มามีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เพราะจะต้องให้การดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเป็นพิเศษ เนื่องจากพยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มักมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา จึงก่อให้เกิดผลกระทบขึ้นกับสมาชิกรอบครัวที่เป็นผู้ดูแล ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของลับกินและเพน (Lubkin & Payne, 2006) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมถึงภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่ได้รับการดูแลจากสมาชิกรอบครัว ซึ่งได้ระบุถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับสมาชิกรอบครัวที่เป็นผู้ดูแล ดังนี้

1. ผู้ดูแลเกิดความเครียด จะเกิดขึ้นเมื่อความต้องการในการดูแลของสมาชิกรอบครัวที่เจ็บป่วยมีมากเกินไปกว่าผู้ดูแลจะรับไหว
2. ผู้ดูแลเกิดความเบื่อหน่าย เพราะต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยตามลำพัง
3. ผู้ดูแลสูญเสียความเป็นตัวเอง เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานจึงทำให้ผู้ดูแลต้องแยกจากสังคม รู้สึกถึงความภาคภูมิใจในตนเองลดลงและมีภาวะซึมเศร้า
4. ผู้ดูแลแยกตัว เมื่อผู้ดูแลต้องแยกจากสังคม ขาดความเป็นส่วนตัวทำให้มีความรู้สึกที่หลากหลาย ซึ่งความรู้สึกหนึ่งก็คือ ความรู้สึกเหมือนเป็นนักโทษ
5. ผู้ดูแลทรมานกรรมผู้ป่วย อันเนื่องมาจากผู้ดูแลมีความรู้สึกเครียด อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ไม่พอใจ และโกรธ

ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ย่อมส่งผลกระทบต่อสมาชิกรอบครัวที่เป็นผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ จึงสอดคล้องกับการศึกษาของมาร์โฮนี (Mahoney, 2001) ซึ่งเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ที่ศึกษาถึงการทำความเข้าใจในประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังและสมาชิกรอบครัว พบว่า การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสมาชิกรอบครัวที่เป็นผู้ดูแลในทุกด้านไม่เพียงแต่ด้านร่างกายเท่านั้น อันเนื่องมาจากสมาชิกรอบครัวที่เป็นผู้ดูแลมีความรู้สึกถึงชีวิตที่ถูกจำกัด รู้สึกถึงความไม่ยุติธรรม นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลจะมีความรู้สึกวิตกกังวล นอนไม่หลับ เหนื่อยล้า อ่อนเพลียอย่างมาก เนื่องจากพยาธิสภาพโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (Luttik et al., 2007) และสมาชิกรอบครัวที่เป็นผู้ดูแลยังมีความรู้สึกที่ตนเองขาดอิสรภาพ ถูกแยกตัวออกจากสังคม อีกทั้งรู้สึกผิดหวังร่วมกับ

๐๖.๗ ๙
๕๗๕๗

38 1052

ความรู้สึกโดดเดี่ยว รู้สึกถึงการเป็นภาระเกิดผลกระทบด้านการเงินและรู้สึกถึงความไม่ยุติธรรมที่เกิดขึ้นในชีวิตของตนเอง (Agen et al., 2010) อีกทั้งการที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานทำให้สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังรู้สึกเบื่อหน่าย เครียดและซึมเศร้า ทำให้ละทิ้งการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาลำบากในโรงพยาบาลสูง (Schwarz & Elman, 2003) รวมถึงรู้สึกถึงความไม่แน่นอนและความยากลำบากในการวางแผนเกี่ยวกับอนาคต (Imes et al., 2011)

นอกจากนี้ ยังพบว่าสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลจะรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเป็นเรื่องที่ยากลำบาก ส่งผลให้ภาวะสุขภาพแย่ลง ซึ่งจะพบได้ในสมาชิกครอบครัวที่มีอายุน้อย (Bakas, Pressler, Johnson, Nauser, & Shaneyfelt, 2006) ประกอบกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษเกี่ยวกับการรักษาที่ซับซ้อน และต้องได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ตลอดจนต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด เพื่อลดแนวโน้มในการกลับเข้ารับการรักษาลำบากในโรงพยาบาลของผู้ป่วย ด้วยเหตุนี้จึงส่งผลให้สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นทุกข์มากที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (Molloy et al., 2005) รวมถึงจากอาการที่ไม่แน่นอนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังนี้เอง จึงส่งผลต่อวิถีการนอนหลับของสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแล เนื่องจากต้องวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการป่วยของผู้ป่วย ตลอดเวลา โดยเฉพาะเวลาที่ผู้ป่วยต้องอยู่เพียงลำพัง ทำให้ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการดูแลได้ไม่ดี (Brostrom, Stromberg, Dahlstrom, & Fridlund, 2002) นอกจากนี้ยังพบว่าประเด็นที่สำคัญ 2 ประเด็นที่ส่งผลให้สุขภาพจิตของสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลแย่ลงและส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยของสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลไม่ดี คือความยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วยตลอดทั้งวัน และสุขภาพร่างกายที่อ่อนแอของสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแล (Luttik et al., 2007)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาข้างต้น พบว่า สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เป็นผู้ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดูแลผู้ป่วย แต่การที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเป็นระยะเวลายาวนาน จึงทำให้สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลได้รับผลกระทบในด้านต่าง ๆ ตามมา และส่งผลย้อนกลับต่อประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยได้ไม่ดี จนนำไปสู่การกลับเข้ารับการรักษาลำบากในโรงพยาบาลสูงของผู้ป่วยได้ในที่สุด ดังนั้น ด้านบุคลากรทางการแพทย์มีความเข้าใจถึงความรู้สึกนึกคิดของสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัว ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลสมาชิกที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ก็จะสามารวางแผนช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวให้มีความพร้อมและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพราะประสบการณ์ของแต่ละบุคคลเป็นลักษณะเฉพาะเจาะจง มีการเปลี่ยนแปลงไปตาม

สถานการณ์ที่เกิดขึ้น (ชาย โพธิ์สิตา, 2554) และการที่จะศึกษาถึงความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในธรรมชาติ นั้น การนำแนวคิดการวิจัยเชิงคุณภาพมาใช้จึงมีความเหมาะสมมากที่สุด

แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เป็นกระบวนการศึกษาค้นคว้าหาความจริงในโลกแห่งความเป็นจริง และภายใต้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงตามธรรมชาติ กล่าวคือ สถานการณ์นั้น ไม่มีการดัดแปลงแต่งเติมให้ผิดไปจากธรรมชาติและไม่มีการกำหนดคำตอบไว้ล่วงหน้าว่าจะออกมาเป็นอย่างไร มีลักษณะเป็นพลวัตร คือมีความยืดหยุ่นได้ เปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ดำเนินการวิจัยแบบอุปนัย ซึ่งเป็นการทำวิจัยที่เริ่มต้นจาก “สิ่งที่เจาะเพาะเจาะจง” หรือข้อมูลไปสู่ “สิ่งที่ทั่วไป” หรือข้อสรุป คือไม่ด่วนตั้งสมมติฐานเอาไว้ก่อนที่จะได้ลงมือเก็บรวบรวมข้อมูลในภาคสนามจนกระทั่งได้ข้อมูลเพียงพอแล้ว เน้นการทำความเข้าใจแบบองค์รวม ภายในบริบทของสิ่งที่ศึกษาให้ความสนใจศึกษาในกรณีที่มีลักษณะเฉพาะ ที่มุ่งทำความเข้าใจในทางลึกมากกว่าในทางกว้าง โดยใช้เครื่องมือที่หลากหลาย แต่นักวิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญที่สุดในกระบวนการวิจัย เพราะต้องเป็นผู้ที่ติดต่อโดยตรงกับกลุ่มเป้าหมาย ทำเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเอง (ชาย โพธิ์สิตา, 2554) ซึ่งสอดคล้องกับเครสเวล (Creswell, 2007) กล่าวว่า การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการค้นคว้าวิจัยเพื่อนำไปสู่การทำความเข้าใจถึงการให้ความหมายเฉพาะตัวบุคคล กลุ่มองค์กรทางสังคม หรือปัญหาของมนุษย์ โดยมุ่งเน้นที่นักวิจัยใช้กระบวนการสร้างภาพหรือข้อมูลที่ซับซ้อน เป็นองค์รวม วิเคราะห์ข้อมูลแบบอุปนัย รายงานทัศนะของผู้ให้ข้อมูลอย่างละเอียด และดำเนินการศึกษาภายใต้สถานการณ์ที่เป็นธรรมชาติ

แนวคิดพื้นฐาน

การวิจัยเชิงคุณภาพมีแนวคิดพื้นฐาน คือ แนวคิดปรากฏการณ์นิยม (สุภางค์ จันทวานิช, 2554) ซึ่งเป็นแนวคิดที่คิดว่ามนุษย์ควรได้ศึกษาโลก และสังคมด้วยความเป็นตัวของตัวเอง เพราะความรู้ที่มนุษย์ได้รับการถ่ายทอดมาจากผู้อื่นและจากสังคมนั้นอาจผิดพลาดได้ ซึ่งการรับรู้ที่ได้นั้นอาจได้มาจากการถูกบังคับหรือยัดเยียด ดังนั้นมนุษย์จึงควรมีการสร้างระบบความรู้ที่มีลักษณะเฉพาะตน จึงจะนำไปสู่ระบบความคิด วิจยารณญาณ โลกทัศน์ ค่านิยม อุดมการณ์เฉพาะของตนเอง โดยการสัมผัสกับความจริงที่เกิดขึ้นโดยตรงในธรรมชาติ ซึ่งแนวความเชื่อนี้จะเน้นไปที่ข้อมูลที่เป็นความรู้สึก นึกคิด และคุณค่าของมนุษย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือ การให้ความหมายในสิ่งที่อยู่แวดล้อมตัวมนุษย์ ซึ่งมีลักษณะเฉพาะตัวบุคคล หรือกลุ่มบุคคลที่เป็นผู้ให้ข้อมูลนั่นเอง

การวิจัยเชิงคุณภาพจากแนวคิดพื้นฐานที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จึงเห็นได้ว่านักวิจัยจำเป็นต้องมีแนวคิดเกิดขึ้นมาก่อน แล้วจึงนำไปสู่ประเด็นปัญหา และวิธีการ เพื่อให้ได้มาซึ่งคำตอบจากความ

จริงที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ที่เป็นธรรมชาติ ด้วยเหตุนี้ นักวิจัยจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจถึงระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพให้ลึกซึ้ง ก่อนที่จะตัดสินใจว่าเมื่อใดควรใช้การวิจัยเชิงคุณภาพในการวิจัยนั่นเอง เพราะการวิจัยเชิงคุณภาพนั้น นักวิจัยจะต้องทุ่มเท แรงกาย แรงใจ เวลา และทรัพยากรด้านต่าง ๆ รวมถึงศักยภาพของตัวเอง ซึ่งจากการศึกษาของศิริพร จิรวรรณกุล (2553) ได้เสนอแนวทางในการตัดสินใจ ดังต่อไปนี้

1. เมื่อต้องการทำความเข้าใจความหมายของข้อเท็จจริงในระดับลึกซึ่งเกี่ยวกับปรากฏการณ์ โดยเฉพาะปรากฏการณ์ที่ไม่สามารถใช้วิธีการอื่น ๆ ศึกษาได้
2. เมื่อต้องการศึกษาปรากฏการณ์ โดยให้ความสำคัญกับบริบท สภาพแวดล้อมในความเป็นธรรมชาติ (Natural setting) ของปรากฏการณ์นั้น
3. เมื่อต้องการประเมินกระบวนการที่ต้องการข้อค้นพบที่เป็นองค์รวม
4. เมื่อต้องการทำงานวิจัยในสังคมหรือชุมชนที่มีข้อจำกัด มีลักษณะพิเศษเฉพาะ
5. เมื่อต้องการทำความเข้าใจความหมายของเรื่องราว หรือประเด็น หรือมีโนทัศน์ที่เป็นนามธรรมให้ชัดเจน ก่อนที่จะนำไปศึกษาเชิงปริมาณ
6. เมื่อต้องการศึกษาเรื่องที่ยังไม่เคยศึกษามาก่อน หรือมีความรู้เดิมอยู่น้อย โดยเฉพาะถ้าเรื่องนั้น ๆ เกี่ยวข้องกับบริบท วัฒนธรรม วิถีชีวิตของผู้คนในสังคม
7. เมื่อต้องการขยายความหรือทำความเข้าใจความหมายของตัวเลข หรือข้อค้นพบจากงานวิจัยเชิงปริมาณ
8. เมื่อผู้บริหารไม่สามารถตีความหมายข้อมูลที่เป็นตัวเลขอย่างเดียว การใช้การวิจัยเชิงคุณภาพศึกษาความหมายจะช่วยให้ได้ความเข้าใจเหตุผลของข้อมูลนั้น ๆ นำไปใช้ประกอบการตัดสินใจ
9. เมื่อต้องการสร้างสมมติฐานหรือทฤษฎีใหม่ ๆ
10. เมื่อต้องการทำความเข้าใจกระบวนการเกิดปรากฏการณ์ทางสังคม
11. เมื่อต้องการปรับเปลี่ยน พัฒนาองค์กร แก้ไขปัญหา เพิ่มพูนประสิทธิภาพการทำงานขององค์กร โดยการให้ผู้เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการหาความรู้และวิธีการปรับเปลี่ยนนั้น ๆ

จึงเห็นได้ว่า การวิจัยเชิงคุณภาพจะให้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัย เมื่อผู้วิจัยต้องการทราบข้อมูลที่มีความละเอียด ไม่สามารถหาคำตอบได้จากการใช้การวิจัยเชิงปริมาณ หรือมีความยากลำบากในการศึกษาวิจัยเฉพาะกลุ่ม เฉพาะบุคคลที่มีความละเอียดอ่อน ซึ่งอยู่ภายใต้สภาวะที่เป็นไปตามธรรมชาติ โดยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพมีความหลากหลาย และแต่ละวิธีจะมีเอกลักษณ์ที่เป็นแบบเฉพาะตัว ซึ่งประเด็นที่สำคัญที่นักวิจัยจะต้องคำนึงถึงในการนำมาใช้ในการออกแบบการวิจัย คือ

การเลือกตัวอย่าง หรือผู้ให้ข้อมูล เทคนิคที่จะนำมาใช้ในการเก็บข้อมูล และวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (ชาย โพธิสิตา, 2554)

1. การเลือกตัวอย่างหรือผู้ให้ข้อมูล ในการเลือกตัวอย่าง หรือผู้ให้ข้อมูล ไม่เพียงแต่จำกัด อยู่เฉพาะตัวบุคคลเท่านั้น แต่ควรรวมถึงสถานที่ ปรากฏการณ์ และกระบวนการที่จะศึกษาด้วย เพราะสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการตีความผลการวิจัยที่ผู้วิจัยจะได้รับด้วย ซึ่ง ส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นที่ประชากรผู้ให้ข้อมูลเป็นหลัก โดยมีวิธีการเลือกตัวอย่างหลัก ๆ คือ การเลือก ตัวอย่างมาเป็นผู้ให้ข้อมูลที่สามารถให้ข้อมูล ได้มากมาย สามารถให้ศึกษาได้ในระดับลึกได้มาก ซึ่ง จะเป็นประโยชน์กับการวิจัยอย่างมากนั่นเอง

2. เทคนิคที่จะนำมาใช้ในการเก็บข้อมูล การวิจัยเชิงคุณภาพมีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้หลายแบบ ตามความเหมาะสม ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยนักวิจัยสามารถที่จะ เลือกใช้วิธีใดวิธีหนึ่ง หรือหลายวิธีร่วมกัน ซึ่งวิธีการที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่นิยมใช้ทั่วไป ได้แก่ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสัมภาษณ์เป็นกลุ่ม และการสนทนากลุ่ม

3. วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล เป็นการวางแผนว่าข้อมูลที่จะได้มานั้นต้องใช้วิธีการแบบไหน ที่จะเหมาะสมที่สุด จะถอดเทปเสียงสัมภาษณ์อย่างไรจึงจะได้ข้อมูลมาอย่างละเอียด ครบถ้วนและ ครอบคลุมวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาวิจัยในครั้งนี้ จุดเน้นของการวิเคราะห์จะเป็นเรื่องใด ตลอดจน การวิเคราะห์ข้อมูลจะสามารถตอบคำถามในเรื่องที่จะศึกษาอะไรบ้าง ซึ่งประเด็นทั้งหมดนี้เป็นเรื่อง ของการออกแบบการวิเคราะห์ที่ต้องมีการวางแผนไว้ล่วงหน้า

การวิจัยเชิงคุณภาพที่ต้องเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความเฉพาะเจาะจงกับเรื่องที่จะศึกษา และใช้เทคนิคในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงการวิเคราะห์ข้อมูลที่เหมาะสมแล้ว สิ่งที่สำคัญอีก ประการหนึ่ง คือนักวิจัยต้องคำนึงถึงความถูกต้องตรงประเด็นของผลการศึกษาด้วยนั่นเอง ซึ่งความ ถูกต้องตรงประเด็นในการวิจัยเชิงคุณภาพแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ (ชาย โพธิสิตา, 2554)

1. ความถูกต้องตรงประเด็นภายใน ซึ่งเป็นความถูกต้องตามความเป็นจริงของ ปรากฏการณ์หรือประเด็นที่ศึกษา โดยไม่ผิดเพี้ยนไปจากความจริงของสิ่งนั้น

2. ความถูกต้องตรงประเด็นภายนอก ซึ่งเป็นผลของการศึกษาที่สามารถนำไปใช้กับ ที่อื่นหรือกลุ่มประชากรอื่นที่ไม่ได้ถูกศึกษาได้

ในปัจจุบันนี้ได้มีการนำการวิจัยเชิงคุณภาพมาเป็นระเบียบวิธีวิจัยในการศึกษาวิจัยอย่าง กว้างขวางมากขึ้นกว่าในอดีต ทั้งในด้านสังคมศาสตร์ ด้านสาธารณสุข และด้านการพยาบาล เพราะ เป็นวิธีการที่เหมาะสมสำหรับการหาคำตอบที่ไม่สามารถตอบคำถามได้จากงานวิจัยเชิงปริมาณ ซึ่ง ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องของความรู้สึกนึกคิด การให้ความหมาย ความเชื่อ วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี รวมถึงประสบการณ์ที่มีความจำเพาะเจาะจงกับเรื่องนั้น ๆ ดังนั้นในการนำการวิจัยเชิง

คุณภาพมาใช้ผู้วิจัยจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ และประสบการณ์ในการวิจัยเชิงคุณภาพอย่างถ่องแท้ และในการนำการวิจัยเชิงคุณภาพมาใช้ในการพยาบาล จะช่วยส่งเสริมให้พยาบาลเข้าใจถึงความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในธรรมชาติอันเกิดจากสมาชิกครอบครัวในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้อย่างลึกซึ้งถึงแก่นแท้ของปัญหายิ่งขึ้น และสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นพื้นฐานไปสู่การวางแผนการพยาบาลให้เหมาะสม เพื่อช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลให้มีความพร้อมและศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้อย่างถูกต้อง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย (Descriptive qualitative research) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ตามความคิด ความรู้สึก ของสมาชิกครอบครัว ที่ได้มาจากการรับรู้จากประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีระดับความรุนแรงของโรคในระดับที่ 3 และ 4 ตามการแบ่งของ NYHA (สมจิต หนูเจริญกุล, 2552) ดังมีรายละเอียดของการดำเนินการวิจัยต่อไปนี้

1. สถานที่ศึกษา และผู้ให้ข้อมูล (Setting and informants)
2. การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล
3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล (Procedure of Data collection)
5. การวิเคราะห์ข้อมูล (Procedure of data analysis)
6. ความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย (Trustworthiness)

สถานที่ศึกษา และผู้ให้ข้อมูล (Setting and informants)

สถานที่ศึกษา

สถานที่ที่ผู้วิจัยเลือกในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ บ้านของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งอยู่ในเขตอำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา โดยเป็นเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลสูงเนิน การคมนาคมสะดวก สามารถเข้าถึงได้ง่าย สาธารณูปโภคครบครัน ได้แก่ ไฟฟ้า น้ำประปา สภาพบ้านเรือนมีลักษณะทางกายภาพที่คล้ายคลึงกัน คือ เป็นบ้านสองชั้นครึ่งปูนครึ่งไม้ รั้วต้นไม้ปลูกไว้เป็นแนวอย่างหลวม ๆ เพื่อบอกขอบเขตของบ้าน และตั้งอยู่ในชุมชน อาณาบริเวณบ้านแวดล้อมไปด้วยบ้านเรือนของเครือญาติ ซึ่งมีการสืบสายโลหิตร่วมกันมาตั้งแต่บรรพบุรุษ สามารถไปมาหาสู่กันได้ตลอดเวลา และสามารถให้การช่วยเหลือกันได้รวดเร็วกรณีเกิดการเจ็บป่วยหรือเหตุร้ายแรงใด ๆ ขึ้น นอกจากนี้ แต่ละบ้านจะแบ่งพื้นที่ส่วนหนึ่งไว้สำหรับทำการเกษตร ได้แก่ เพาะปลูกพืชผักสวนครัว และเลี้ยงสัตว์ โดยทุกบ้านจะปลูกต้นไม้ไว้รอบบ้าน บรรยากาศร่มรื่น ต้นไม้ส่วนใหญ่จะเป็นต้นไม้ที่สามารถรับประทานผลได้ เช่น มะม่วง มะยม ขนุน น้อยหน่า เป็นต้น

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ดังนี้

1. เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
2. มีระดับความรุนแรงของโรคตามการแบ่งของ NYHA ในระดับที่ 3 และ 4
3. ต้องมีสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลที่บ้าน

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ คือ สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในหออกรงอายุรกรรม ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2555 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556 ซึ่งผู้วิจัยมีการเลือกผู้ให้ข้อมูล โดยใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด (Purposive selection) ดังนี้

1. เป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังทางสายเลือดหรือทางกฎหมายอย่างใดอย่างหนึ่ง และใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เป็นต้น
2. เป็นสมาชิกครอบครัวที่รับผิดชอบเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ซึ่งมีระยะเวลาในการดูแลอย่างน้อย 1 เดือนขึ้นไป
3. มีอายุ 20 ปีขึ้นไป
4. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถฟัง พูดภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร

ขั้นตอนการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูล โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีขั้นตอนในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ภายหลังจากที่ผู้วิจัยได้เสนอเค้าโครงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม ระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และเมื่อได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการฯ เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสูงเนิน และหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยเข้าพบเจ้าหน้าที่ประจำห้องเวชระเบียน เพื่อขอรายละเอียดเกี่ยวกับจำนวน และรายชื่อทั้งหมดของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสูงเนิน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทำการศึกษาแฟ้มประวัติผู้ป่วย รวมทั้งการตรวจพิเศษต่าง ๆ (ถ้ามี) และจำแนกตามระดับความรุนแรง โดยคัดเลือกเฉพาะระดับความรุนแรงที่ 3 และ 4 ตามการแบ่งของ NYHA

3. เมื่อทำการคัดเลือกผู้ป่วยเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจัดทำทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยที่ได้คัดเลือกไว้ เพื่อเข้าพบผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และสมาชิกครอบครัวที่มาขอรับการตรวจรักษากับแพทย์ที่ห้องตรวจอายุรกรรม ตึกผู้ป่วยนอก ตามวัน เวลานั้นคติดตามผลของแพทย์ในลำดับต่อไป

4. ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และสมาชิกครอบครัวตามวัน และเวลานัดตรวจตามนัดของแพทย์ โดยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ และสอบถามถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ซึ่งได้สอบถามจากสมาชิกครอบครัว เพื่อประเมินคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้แล้วข้างต้น และเมื่อพบว่าสมาชิกครอบครัวมีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ รายละเอียด ตลอดจนความจำเป็นในการบันทึกเทปเสียง สัมภาษณ์ให้สมาชิกครอบครัวทราบ

5. เมื่อสมาชิกครอบครัวยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และทำการสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐานตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัว รวมถึงขอเบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ พร้อมกับนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคลต่อไป ซึ่งผู้ให้ข้อมูลทุกรายยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ และลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

6. ผู้ให้ข้อมูลรายแรกที่ถูกคัดเลือก เพื่อทำการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้พิจารณาคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น และคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลรายต่อไปเช่นเดียวกับรายแรก จนกระทั่งได้ข้อมูลที่อิ่มตัว คือ ประสพการณ์ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังไม่มีประเด็นอะไรใหม่ หรือเพิ่มเติมจากที่ได้สัมภาษณ์ไปแล้วก่อนหน้านี้ (Charmaz, 2000 อ้างถึงใน ชาย โพธิ์สิตา, 2552) ซึ่งข้อมูลได้อิ่มตัวที่ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10 จึงยุติการเก็บรวบรวมข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้พิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล จนกระทั่งนำเสนอผลการวิจัย โดยผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความเสี่ยงและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้ให้ข้อมูลด้านการรักษาความลับ การถูกคุกคาม ตลอดจนการได้รับความเสี่ยงจากประเด็นคำถามที่เจาะลึกที่อาจส่งผลต่อความรู้สึก ภาพลักษณ์และความเป็นส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูล โดยหลังจากที่ผู้วิจัยได้ดำเนินขั้นตอนในการผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการตามหลักการ 3 ประการดังต่อไปนี้ (สภาก่อการสากลด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ ร่วมกับองค์การอนามัยโลก, 2552)

1. การขอความร่วมมือ (Informed consent) ผู้วิจัยเข้าพบ และขอความร่วมมือจากผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รวมทั้งอธิบายให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจถึงรูปแบบการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ประมาณ 40-60 นาที และขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลทราบถึงความจำเป็นที่ต้องบันทึกเสียงการพูดคุย โดยทำความเข้าใจเบื้องต้นก่อนการสัมภาษณ์ นอกจากนี้ผู้วิจัยชี้แจงเหตุผลที่เลือกผู้ให้ข้อมูล ผลดีผลเสียที่อาจจะเกิดขึ้นรวมถึงประโยชน์ที่ผู้ให้ข้อมูลจะได้รับในการนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อไป โดยระบุว่า การศึกษาวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้ให้ข้อมูล ไม่มีผลต่อการรักษาผู้ป่วยแต่ประการใด สามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยได้ สามารถบอกเลิกการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยได้ตลอดเวลา และสามารถขอข้อมูลกลับคืนไปได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล พร้อมกันนี้ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้มีเวลาในการคิดไตร่ตรองและตัดสินใจ ตลอดจนซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ ก่อนที่จะเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยไม่โน้มน้าว หรือชักจูงผู้ให้ข้อมูลแต่ประการใด และเมื่อผู้ให้ข้อมูลยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลลงนามในใบยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ แล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูล ซึ่งในรายที่ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถอ่านได้ ผู้วิจัยได้ทำการอ่านข้อความในใบยินยอมให้ฟังจนเข้าใจแล้วจึงให้ลงนามหรือประทับลายนิ้วมือในใบยินยอม

2. การป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูล (Freedom from harm) โดยผู้วิจัยดำเนินการ ดังต่อไปนี้

2.1 ด้านร่างกาย จากการที่ผู้ให้ข้อมูลต้องให้การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง อาจพบว่าผู้ให้ข้อมูลอาจมีอาการผิดปกติทางด้านร่างกายขึ้น ได้แก่ มีความอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ผู้วิจัยสอบถามผู้ให้ข้อมูลก่อนว่ามีความพร้อมที่จะให้สัมภาษณ์หรือไม่ ถ้าผู้ให้ข้อมูลไม่มีความพร้อมในการนัดหมายวันนั้น ผู้วิจัยจึงไม่รบกวนที่จะสัมภาษณ์ และขอนัดหมายวัน เวลา ที่ผู้ให้ข้อมูลมีความพร้อมในวันต่อไป หรือตามที่ผู้ให้ข้อมูลกำหนด

2.2 ด้านจิตใจ ในกรณีที่อาจเกิดเหตุการณ์ไม่คาดฝันขึ้น ได้แก่ ในขณะที่ทำการสัมภาษณ์อยู่นั้น อาจมีความเสี่ยงอันเกิดจากข้อคำถามที่อาจกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ ของผู้ให้ข้อมูล ณ ขณะนั้น ทำให้ไม่สะดวกที่จะตอบคำถาม เช่น ผู้ให้ข้อมูลร้องไห้ หรือมีความสับสนทางอารมณ์ ผู้วิจัยไม่ทำการรบกวนคำตอบ และนั่งอยู่เป็นเพื่อน ไม่ทอดทิ้งให้ผู้ให้ข้อมูลอยู่เพียงลำพัง พร้อมกับสัมผัสมือผู้ให้ข้อมูลเบา ๆ เป็นระยะ ๆ ตามความเหมาะสม เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกได้ว่าไม่ได้อยู่อย่างโดดเดี่ยว และได้รับความเอื้ออาทร โดยผู้วิจัยน้อมรอนกระทั้งผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกดีขึ้น และพร้อมให้สัมภาษณ์ต่อ หรือยุติการสัมภาษณ์ได้ โดยมีต้องตอบคำถามนั้น

3. การรักษาความลับ (Confidentiality) ผู้วิจัยอธิบายถึงวิธีการเก็บรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล โดยบอกกับผู้ให้ข้อมูลว่าข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ ซึ่งผลการศึกษาวิจัยได้นำเสนอ

ในภาพรวม และจะนำมาใช้ประโยชน์เฉพาะในการศึกษาวิจัยเท่านั้น เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเชิงวิชาการ โดยไม่มีการเปิดเผยชื่อ-สกุลของผู้ให้ข้อมูลแต่อย่างใด ส่วนข้อมูลที่ได้จากการบันทึกเสียงพูดคุยระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยทำการลบทำลายทิ้งเมื่อสิ้นสุดการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย ผู้วิจัย แนวทางในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการสังเกต รวมทั้งแบบบันทึกสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล และอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ผู้วิจัย เป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุด เพราะผู้วิจัยเป็นผู้ที่จะต้องเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเอง จึงเตรียมความพร้อมในเรื่องเกี่ยวกับความรู้ในเรื่องระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ฝึกฝนเทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ สังเกต สัมภาษณ์ จัดบันทึก ตลอดจนการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงตรงตามเรื่องที่ต้องการศึกษา โดยผู้วิจัยได้รับความรู้จากการเรียนในรายวิชาการวิจัยทางการพยาบาล และการใช้การวิจัย จำนวน 12 ชั่วโมง ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคการศึกษาที่ 2/ 2553) นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เข้ารับการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการวิจัยเชิงคุณภาพในงานด้านสุขภาพ จัดโดยคณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต วิทยากรโดย ศาสตราจารย์ ดร.ปราณี เลี่ยมพุทธทอง ในหลักสูตรระยะสั้น จำนวน 5 วัน 30 ชั่วโมง และทำการฝึกปฏิบัติการเก็บรวบรวมข้อมูลกับสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในบริเวณใกล้เคียงกับบ้านของผู้วิจัยเอง จำนวน 2 ราย ประกอบกับผู้วิจัยมีประสบการณ์จากการปฏิบัติงานเป็นผู้ให้คำปรึกษาด้านการบำบัดยาเสพติด 4 ปี จึงได้นำมาประยุกต์ใช้กับการฝึกฝนครั้งนี้

2. แนวคำถามในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และแนวทางในการสังเกต

2.1 แนวคำถามในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เป็นแนวคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เกี่ยวกับประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นแนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด (Open-ended) เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถบอกได้อย่างอิสระ และได้ข้อมูลที่เจาะลึกมากขึ้น ซึ่งผู้วิจัยได้นำคำถามที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้ โดยการศึกษานำร่อง (Pilot Study) กับผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จำนวน 2 ราย (ดังภาคผนวก ก) ผลการทดลองใช้แนวคำถามพบว่าผู้ดูแลสามารถบอกเล่าประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ได้อย่างอิสระ และได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้

2.2 แนวทางในการสังเกต เป็นแนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ทำควบคู่ไปกับการสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ต้องการ และเป็นจริงตรงตามที่ผู้ให้ข้อมูลได้บอกเล่าออกมาจากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังของสมาชิกครอบครัว โดยผู้วิจัยได้ทำการสังเกตทุกระยะของการสัมภาษณ์ตั้งแต่ก่อนสัมภาษณ์ ขณะสัมภาษณ์ และหลังการสัมภาษณ์ ในรายละเอียดดังต่อไปนี้ (ดังภาคผนวก ง)

2.2.1 สังเกตสถานที่ ได้แก่ ลักษณะทางกายภาพของอาคารสถานที่ บรรยากาศแวดล้อมขณะที่ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล

2.2.2 สังเกตพฤติกรรม ได้แก่ การแสดงออกทางแวตาสีหน้า ลักษณะคำพูด น้ำเสียง ท่าทาง กิริยาอาการ รวมถึงการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ให้ข้อมูล ขณะที่ให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

2.2.3 สังเกตบริบทหรือสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัวอื่น และสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลกับสมาชิกครอบครัวอื่น

3. แบบบันทึกสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งเป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และผ่านการพิจารณาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

3.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ระดับความรุนแรงของโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรังตามการแบ่งของ NYHA ระดับที่ 3 และ 4

3.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้/เดือน และความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และบทบาทการทำหน้าที่ในครอบครัว

3.3 แบบบันทึกภาคสนาม (Field note) เป็นการสรุปบันทึกรายละเอียดทั้งหมดที่ผู้วิจัยได้ประสบ เช่น ลักษณะบ้านและสถานที่ตั้งของบ้านผู้ให้ข้อมูล ระยะทางที่ใช้ในการเดินทาง ระยะเวลาในการเดินทาง ตลอดจนสิ่งแวดล้อมภายในบ้านของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งได้ทำการบันทึกทุกครั้งที่ทำกรเก็บข้อมูล

3.4 แบบบันทึกการสะท้อนคิดของผู้วิจัย เป็นแบบบันทึกสะท้อนความรู้สึก นึกคิดของผู้วิจัยว่าผู้วิจัยรู้สึกอย่างไรหรือคิดอย่างไรกับผู้ให้ข้อมูล สถานการณ์ และบริบทต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

รวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในกระบวนการวิจัย เพื่อตรวจสอบความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของผู้วิจัย และเป็นการป้องกันการเกิดความลำเอียงของผู้วิจัย

3.5 แบบบันทึกการถอดความและการลงรหัสข้อมูล ซึ่งใช้บันทึกข้อมูลและรหัสข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะลึกรายบุคคล

4. อุปกรณ์ที่ใช้สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างทำการสัมภาษณ์เจาะลึกรายบุคคล โดยอุปกรณ์ที่ใช้ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง (Audio-tape record) สมุดบันทึก ดินสอ ปากกา

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Procedure of data collection)

ผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยนำเค้าโครงวิทยานิพนธ์เสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และเมื่อผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการ ฯ เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสูงเนิน เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการศึกษาวิจัย ได้แก่ วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย รายละเอียดของการศึกษาวิจัย ตลอดจนวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสูงเนินแล้ว ผู้วิจัยจึงเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย ได้แก่ วัตถุประสงค์ของการวิจัย ตลอดจนวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าตึกผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรม โดยทำการแนะนำตัวพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย ตลอดจนรายละเอียดของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแล

3. ผู้วิจัยเข้าพบเจ้าหน้าที่ประจำห้องเวชระเบียน เพื่อขอรายละเอียดเกี่ยวกับจำนวน และรายชื่อทั้งหมดของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่เข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลสูงเนิน หลังจากนั้นผู้วิจัยศึกษาแฟ้มประวัติผู้ป่วย รวมถึงการตรวจพิเศษต่าง ๆ (ถ้ามี) และจำแนกออกมาตามระดับความรุนแรง โดยคัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีระดับความรุนแรงที่ 3 และ 4 ตามการแบ่งของ NYHA ซึ่งมีจำนวน 48 ราย แต่พบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว 7 ราย และอีก 2 รายย้ายไปอยู่จังหวัดอื่น จึงเหลือผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจรักษาจริง จำนวน 39 ราย

4. เมื่อทำการคัดเลือกผู้ป่วยเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้จัดทำทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยที่ได้คัดเลือกไว้ จำนวน 39 ราย รวมถึงวัน เวลาคัดติดตามผลของแพทย์ เพื่อทำการเข้าพบผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และสมาชิกครอบครัวที่มารับการตรวจรักษากับแพทย์ที่ห้องตรวจอายุรกรรม ตึกผู้ป่วยนอกตรงตามวัน เวลาคัดติดตามผลของแพทย์

5. ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และสมาชิกครอบครัวครั้งแรกตามวัน และเวลานัดตรวจตามนัดของแพทย์ โดยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ และสอบถามถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ซึ่งได้สอบถามจากสมาชิกครอบครัว เพื่อประเมินคุณสมบัติตามที่ได้กำหนดไว้แล้วข้างต้น และเมื่อพบว่าสมาชิกครอบครัวมีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดไว้ข้างต้น ผู้วิจัยจึงขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ รายละเอียด ตลอดจนความจำเป็นที่ต้องบันทึกเสียงพูดคุยขณะสัมภาษณ์ เพื่อความถูกต้องชัดเจนของข้อมูลก่อนที่ทำการสัมภาษณ์ ให้สมาชิกครอบครัวทราบ เมื่อสมาชิกครอบครัวยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทุกราย และทำการสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐานตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่บ้าน โดยขอนัดหมายผู้ให้ข้อมูลล่วงหน้า พร้อมกับขอหมายเลขโทรศัพท์ติดต่อไว้ แต่ถ้าสมาชิกครอบครัวไม่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่พูดจารบเร้า หรือแสดงกริยาไม่พอใจ และเคารพการตัดสินใจของสมาชิกครอบครัว โดยมิได้โต้แย้ง รวมถึงไม่มีผลกระทบใด ๆ เกิดขึ้นกับการรักษาผู้ป่วยทั้งสิ้น ซึ่งได้ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 11 ราย ต่อมาผู้ให้ข้อมูลจำนวน 1 ราย ออกจากการศึกษาวิจัยโดยไม่แจ้งให้ทราบล่วงหน้า กล่าวคือ เมื่อผู้วิจัยโทรศัพท์ติดต่อกลับไป เพื่อขอนัดหมายวัน เวลาสัมภาษณ์ แต่ผู้ให้ข้อมูลรายดังกล่าวแจ้งว่าไม่มีเวลาว่าง ต้องทำงาน ซึ่งผู้วิจัยได้โทรศัพท์ติดต่อ 3 ครั้ง ก็ได้รับคำตอบเช่นเดียวกันนี้ทุกครั้ง ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่รบกวนที่จะขอนัดหมายวัน เวลาสัมภาษณ์ พร้อมกับกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูล จึงเหลือผู้ให้ข้อมูล จำนวน 10 ราย

6. กรณีที่สมาชิกครอบครัวที่ติดตามผู้ป่วยมาไม่ใช่ผู้ดูแลหลัก ซึ่งมีจำนวน 1 ราย ผู้วิจัยได้ขอหมายเลขโทรศัพท์ติดต่อจากสมาชิกครอบครัวที่ติดตามผู้ป่วยมาในวันนั้น และบอกกล่าวแก่สมาชิกครอบครัวที่ติดตามถึงรายละเอียดการวิจัยอย่างคร่าว ๆ เพื่อให้สมาชิกครอบครัวได้เป็นสื่อกลางการประสานความร่วมมือกับสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักไว้เบื้องต้นก่อน และผู้วิจัยได้โทรศัพท์ติดต่อสมาชิกผู้ดูแลหลักด้วยตนเอง พร้อมกับขออนุญาตไปพบสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักที่บ้าน เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการศึกษาวิจัย และประสานขอความร่วมมือต่อไป

7. ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลตามวัน เวลา และสถานที่ที่ได้นัดหมายไว้แล้วจากการเข้าพบผู้ให้ข้อมูลครั้งแรก โดยผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ให้แล้วเสร็จเป็นราย ๆ โดยไม่มีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลไว้ 10 รายในครั้งเดียวแล้วจึงทยอยสัมภาษณ์ กล่าวคือผู้วิจัยได้สัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูลรายแรก ถอดเทปเสียงสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ สร้างแนวคำถามเพิ่มเติมในกรณีที่พบว่าประเด็นใดที่ยังไม่สมบูรณ์ เพื่อนำไปสัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2 และทำเช่นเดียวกันนี้ไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10 โดยก่อนการสัมภาษณ์ทุกครั้งผู้วิจัยได้

กล่าวเน้นให้ผู้ให้ข้อมูลทุกรายทราบถึงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ว่าเป็นการศึกษาถึงความรู้สึกนึกคิดของผู้ให้ข้อมูล ที่เกิดขึ้นจากการดูแลสมาชิกครอบครัวที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ตั้งแต่ผู้ให้ข้อมูลได้กระทำการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จนกระทั่งถึงปัจจุบัน คือ ณ เวลาที่ให้สัมภาษณ์ และผู้วิจัยทำการบันทึกเทปเสียงสนทนาในการสัมภาษณ์ทุกครั้ง พร้อมกับทำการสังเกตผู้ให้ข้อมูลควบคู่ไปด้วย รวมถึงจดบันทึกสรุปสั้น ๆ เฉพาะประเด็นสำคัญที่เกิดขึ้น ซึ่งมีจำนวนผู้ให้ข้อมูลที่เข้าพบเป็นครั้งที่ 2 ทั้งสิ้นจำนวน 10 ราย และกรณีที่ต้องกลับไปสัมภาษณ์ซ้ำเป็นครั้งที่ 2 โดยเป็นการเข้าพบผู้ให้ข้อมูลครั้งที่ 3 เนื่องจากข้อมูลที่ได้ยังไม่มีความชัดเจน หรือยังขาดหายไป จำเป็นต้องสัมภาษณ์เพิ่มเติม ซึ่งมีจำนวนผู้ให้ข้อมูลที่ต้องสัมภาษณ์ซ้ำเป็นครั้งที่ 2 นี้ จำนวน 9 ราย ผู้วิจัยจึงได้โทรศัพท์ติดต่อ เพื่อนัดหมายวัน เวลา สถานที่ไว้ก่อนล่วงหน้า แล้วจึงกลับไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลตามวัน เวลา และสถานที่ที่ได้นัดหมายไว้แล้ว เพื่อเจาะลึกข้อมูลเพิ่มเติม นอกจากนี้มีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 3 รายที่ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลแล้วพบว่ายังมีประเด็นที่ยังไม่ได้รับความชัดเจน จำเป็นต้องสัมภาษณ์ซ้ำอีกเป็นครั้งที่ 3 ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้โทรศัพท์ติดต่อ เพื่อนัดหมายวัน เวลา สถานที่ไว้ล่วงหน้า ซึ่งผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 รายมีความยินดีที่จะให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ซ้ำเป็นครั้งที่ 3 ได้ โดยสรุปจำนวนครั้งในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย 2-3 ครั้ง และเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์เฉลี่ยเป็นเวลา 68.8 นาที/ ครั้ง

กรณีที่ผู้ให้ข้อมูลไม่ได้อยู่เพียงลำพัง โดยอาจมีบุคคลที่สามร่วมอยู่ด้วย เช่น ผู้ป่วย หรือสมาชิกครอบครัวรายอื่น ซึ่งจากการทำวิจัยครั้งนี้มีผู้ให้ข้อมูล จำนวน 3 รายที่ไม่ได้อยู่เพียงลำพัง ผู้วิจัยจึงขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลได้แยกตัวออกมา เพื่อสะดวกในการให้สัมภาษณ์ แต่ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 รายไม่ยินยอมที่จะแยกตัวออกจากผู้ป่วย เนื่องจากมีความห่วงใยไม่กล้าทอดทิ้งผู้ป่วยไว้แม้เพียงชั่วระยะเวลาหนึ่ง ดังนั้นผู้วิจัยจึงเคารพการตัดสินใจของผู้ให้ข้อมูล และไม่พูดจาโน้มน้าวอีก พร้อมทั้งทำการสัมภาษณ์ต่อไป โดยได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยด้วย และกรณีที่สมาชิกครอบครัวรายอื่นร่วมอยู่ด้วย ผู้วิจัยไม่สามารถหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ดังกล่าวได้ ดังนั้นผู้วิจัยได้กล่าวเน้นย้ำก่อนทำการสัมภาษณ์ว่าการสัมภาษณ์ครั้งนี้เป็นการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ซึ่งมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเท่านั้น เพื่อให้สมาชิกครอบครัวรายอื่นเข้าใจว่าการสัมภาษณ์ครั้งนี้ไม่ได้เกี่ยวข้องกับตนเอง แต่ขณะที่ทำการสัมภาษณ์พบว่าสมาชิกครอบครัวรายอื่นมีการแสดงความคิดเห็นในขณะที่ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลอยู่นั้น ผู้วิจัยไม่แสดงอารมณ์ ความรู้สึกไม่พอใจออกมาแต่ประการใด และไม่ได้ให้ความสนใจกับสมาชิกครอบครัวรายนั้น พร้อมกับสัมภาษณ์ต่อไป ซึ่งต่อมาไม่นานสมาชิกครอบครัวรายนั้นได้ยุติการแสดงความคิดเห็น พร้อมกับนั่งฟังอยู่เงียบ ๆ ลักกรุ่นหนึ่ง เมื่อพิจารณาแล้วว่าเรื่องที่สัมภาษณ์ไม่ได้เกี่ยวข้องกับตนเองจึงลุกเดินออกไปทำกิจกรรมของตนเองที่อื่น

กรณีที่ผู้ให้ข้อมูลไม่ตอบคำถาม หรือหยุดการเล่าเรื่อง และร้องให้ออกมา ซึ่งมีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 3 ราย โดยการหยุดชะงักนี้เกิดจากข้อคำถามบางคำถามที่อาจกระทบกระเทือนต่ออารมณ์ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล ณ ขณะนั้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่รีบเร่งคำตอบ และนั่งอยู่เป็นเพื่อนผู้ให้ข้อมูลอย่างสงบ รอจนกระทั่งผู้ให้ข้อมูลรู้สึกดีขึ้น พร้อมให้สัมภาษณ์ต่อ หรือยกเลิกการสัมภาษณ์ไปก็ได้ โดยมีต้องตอบคำถามนั้น ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ให้ข้อมูลจำนวน 2 ใน 3 รายสามารถให้สัมภาษณ์ต่อได้ และผู้ให้ข้อมูลจำนวน 1 ใน 3 รายที่ขอยุติการสัมภาษณ์ ทั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้แสดงกริยาที่ไม่พอใจแต่ประการใด พร้อมกับการพิจารณาตัดสินใจของผู้ให้ข้อมูล ดังนั้นผู้วิจัยจึงกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูลรายดังกล่าวที่ให้ความร่วมมือด้วยดี และกล่าวคำอำลา พร้อมกับนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

การยุติการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้สรุปประเด็นการสนทนาดังแต่เริ่มต้นสัมภาษณ์ เพื่อตรวจสอบข้อมูล และความเข้าใจตรงกันระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูล พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้บอกเล่าประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเพิ่มเติมในประเด็นที่ผู้วิจัยไม่ได้ถาม และเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้ซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม จนกระทั่งไม่มีประเด็นใดที่ต้องถามต่อจึงยุติการสัมภาษณ์ พร้อมกับผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูล และนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในครั้งต่อไป

8. ภายหลังจากสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการสังเกตขณะสัมภาษณ์ลงในแบบบันทึกการสังเกต ตามแนวทางการสังเกต ได้แก่ สังเกตสถานที่ สังเกตพฤติกรรม และสังเกตบริบทหรือสิ่งแวดล้อม (ดังภาคผนวก ง) ตลอดจนปัญหา อุปสรรคที่พบ และความรู้สึกส่วนตัวที่เกิดขึ้นของผู้วิจัยลงในแบบบันทึกการสะท้อนคิดของผู้วิจัย (ดังภาคผนวก ง)

9. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการถอดเทปเสียงสัมภาษณ์ทุกวัน โดยทำการถอดเทปเป็นข้อความเชิงบรรยาย ซึ่งถอดชนิดคำต่อคำ และถอดเสียงอื่นที่ไม่ใช่คำพูดด้วย เช่น เสียงหัวเราะ เสียงร้องไห้ หรือแม้แต่ความเงียบ ทั้งนี้ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยการฟังเทปเสียงสัมภาษณ์ซ้ำหลายครั้งจนกระทั่งมั่นใจว่าข้อมูลที่ได้ถูกต้องตรงตามคำพูดของผู้ให้ข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยอ่านข้อความจากการถอดเทป และทำการตรวจสอบข้อมูลที่ยังไม่ชัดเจนครบถ้วน พร้อมทั้งทำการตั้งคำถามเพิ่มเติม เพื่อนำไปสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป

10. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ข้อมูล และใส่รหัสข้อมูล ซึ่งขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้ทำควบคู่ไปกับการเก็บรวบรวมข้อมูล จนกระทั่งข้อมูลอิมตัวที่ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10 จึงยุติการสัมภาษณ์ กล่าวคือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้มาถึงจุดที่ไม่มีอะไรใหม่ ไม่มีอะไรแตกต่างไปจากที่รวบรวมมาแล้วก่อนหน้านี้ (Charmaz, 2000 อ้างถึงใน ชาย โพธิ์สิตา, 2552)

การวิเคราะห์ข้อมูล (Procedure of data analysis)

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งทำควบคู่ไปกับการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละครั้ง โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงใจความหลัก (Thematic analysis) โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้ (Liamputtong, 2010)

1. ผู้วิจัยทำการถอดข้อมูลจากเทปเสียงสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนออกมาเป็นภาษาเขียน
2. อ่านซ้ำ เพื่อทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปเสียงสัมภาษณ์ทั้งหมด โดยไม่ต้องทำการตีความใด ๆ
3. แยกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังออกมา และใส่รหัส (Coding) แล้วนำรหัสที่ได้มาจัดทำเป็นดัชนีข้อมูล (Indexing)
4. นำดัชนีข้อมูลที่ได้มาใส่รหัสเบื้องต้น (Initial coding) ซึ่งขั้นตอนนี้ยังไม่ได้ประเด็นหลัก แล้วนำรหัสเบื้องต้นมาจัดกลุ่มใหม่ โดยพิจารณาว่าได้ประเด็นใหม่นอกเหนือจากเดิมหรือไม่ แล้วจึงนำมาสร้างเป็นข้อสรุปย่อชั่วคราว และนำข้อสรุปย่อมาจัดหมวดหมู่ตามลักษณะที่มีความเชื่อมโยงกัน
5. นำข้อสรุปที่ได้มาวิเคราะห์ ตีความ และอภิปรายผลการวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และนำผลการวิจัยไปเขียนบรรยาย

ความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย (Trustworthiness)

ผู้วิจัยคำนึงถึงความถูกต้องและความเชื่อถือได้ของข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยครั้งนี้ ตลอดจนการตรวจสอบความเชื่อถือได้ทุกขั้นตอนการดำเนินการวิจัยจึงได้ใช้วิธีตรวจสอบข้อมูลดังนี้ (นิศา ชูโต, 2551)

1. ความน่าเชื่อถือ (Credibility) เป็นการตรวจสอบความถูกต้องในสิ่งที่ค้นพบที่เกิดขึ้นตามความจริง โดยผู้วิจัยใช้วิธีการเพื่อเสริมสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูลดังนี้

1.1 ผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่เป็นสมาชิกครอบครัว ซึ่งมีประสบการณ์จริงเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังทั้ง 10 ราย และผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพอันดีกับผู้ให้ข้อมูล โดยมีการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมเยี่ยมบ้าน โรงพยาบาลสูงเนิน พุดคุยแสดงท่าทีเป็นมิตร ทุกครั้งที่พบผู้ให้ข้อมูล และผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เข้าร่วมกิจการงานบุญกุศลต่าง ๆ ตามโอกาส จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความไว้วางใจต่อผู้วิจัย และกล้าเล่าประสบการณ์ได้อย่างอิสระ ไม่ปิดบัง

1.2 ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูล โดยการนำผลสรุปข้อมูลที่ถอดเทปได้ไปให้ผู้ให้ข้อมูลอ่านยืนยันความถูกต้อง (Member check) พร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมในข้อมูลที่ไม่ชัดเจนทั้งหมด 10 ราย เพื่อแสดงให้เห็นว่าข้อมูลหรือคำอธิบายที่ได้มีความถูกต้อง ซึ่งได้กระทำภายหลังจากเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายนั้นแล้ว นอกจากนี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ผลการวิจัยร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิ คือ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ และในเรื่องที่ผู้วิจัยได้ศึกษา คือ เรื่องประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

1.3 ผู้วิจัยมีการสร้างความเชื่อมั่นในตัวผู้วิจัย โดยมีการเตรียมตัวทุกขั้นตอนการวิจัย ดังอธิบายไว้แล้วในเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ความคงที่ (Dependability) เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความตรงของข้อมูล ผู้วิจัยได้เขียนบรรยายข้อมูลที่ศึกษา รวมถึงการจัดเก็บเอกสารไว้อย่างเป็นระเบียบ และเขียนบรรยายขั้นตอนการสัมภาษณ์ไว้อย่างละเอียด สามารถตรวจสอบได้ ซึ่งทุกขั้นตอนดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้วิจัยได้ดำเนินการอยู่ภายใต้การควบคุมของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

3. การนำข้อมูลไปใช้ (Transferability) ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการนำไปใช้ได้ของข้อมูลจากงานวิจัยในบริบทที่นอกเหนือจากที่ผู้วิจัยได้ศึกษา หรือสถานที่ศึกษาอื่น ภายใต้บริบทที่มีความคล้ายคลึงกัน โดยผู้วิจัยได้เขียนบรรยายกระบวนการต่าง ๆ ไว้อย่างละเอียด ได้แก่ หลักเกณฑ์การเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง การเขียนบรรยายลักษณะสถานที่ศึกษา ลักษณะแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ เพื่อให้ผู้อ่านสามารถเข้าใจผลการวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้อย่างชัดเจน และสามารถนำข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้กับสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

4. การยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) เป็นการที่ผู้วิจัยสร้างความเชื่อมั่นในผลการวิจัยว่าเกิดขึ้นจริง โดยปราศจากความลำเอียงส่วนตัวของผู้วิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมเอกสารต่าง ๆ ตลอดจนเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกภาคสนาม แบบบันทึกสะท้อนคิดผู้วิจัย แบบบันทึกการสังเกต เทปบันทึกเสียง (Interview transcripts) และแบบบันทึกการถอดความและการลงรหัสข้อมูล เพื่อสามารถนำมาใช้เป็นหลักฐานอ้างอิงแหล่งข้อมูล และสามารถตรวจสอบความถูกต้องย้อนหลังได้

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้สึกรู้สึกของสมาชิกครอบครัวในฐานะผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และวิธีการจัดการกับปัญหานั้น โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพในการดำเนินการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลจำนวน 10 ราย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงใจความหลัก (Thematic analysis) โดยนำเสนอผลการวิจัยเป็น 2 ส่วน ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล และผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง มี 4 ประเด็นหลัก ได้แก่

1. ความรู้สึกของสมาชิกครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
2. การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
3. ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
4. การจัดการปัญหาของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำเสนอ 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ดังต่อไปนี้

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษานี้มีจำนวน 10 ราย แบ่งเป็นเพศหญิง 8 ราย เป็นเพศชาย 2 ราย อยู่ในกลุ่มอายุ 20-29 ปี จำนวน 1 ราย อายุ 30-39 ปี จำนวน 2 ราย อายุ 40-49 ปี จำนวน 5 ราย และอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 2 ราย มีอายุเฉลี่ย 43.4 ปี นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 10 ราย ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา จำนวน 7 ราย และระดับมัธยมศึกษา จำนวน 3 ราย สถานภาพโสด จำนวน 1 ราย สมรส จำนวน 7 ราย หม้าย จำนวน 1 ราย และหย่าร้าง จำนวน 1 ราย อาชีพรับจ้าง จำนวน 4 ราย ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 2 ราย เกษตรกรรม จำนวน 3 ราย และธุรกิจส่วนตัว จำนวน 1 ราย บทบาทการทำหน้าที่ครอบครัว เป็นหัวหน้าครอบครัว จำนวน 1 ราย และเป็นสมาชิกครอบครัว จำนวน 9 ราย มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท จำนวน 1 ราย รายได้ 5,001-10,000

บาท จำนวน 3 ราย รายได้ 10,001-15,000 บาท จำนวน 4 ราย และไม่มีรายได้ จำนวน 2 ราย
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 3 ราย ระยะเวลา 1-2 ปี จำนวน 5 ราย และ
ระยะเวลา 3-4 ปี จำนวน 2 ราย โรคประจำตัว ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 6 ราย และมีโรคประจำตัว
จำนวน 4 ราย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส
บทบาทการทำหน้าที่ครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย
และการมีโรคประจำตัว ($n = 10$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน ($n = 10$)
เพศ	
หญิง	8
ชาย	2
อายุ (ปี) ($\bar{X} = 43.4$ ปี, $SD = 12.97$, $Range = 20-64$ ปี)	
20-29	1
30-39	2
40-49	5
50-59	0
60 ปีขึ้นไป	2
ศาสนา	
พุทธ	10
สถานภาพสมรส	
โสด	1
คู่	7
หม้าย	1
หย่าร้าง	1
บทบาทการทำหน้าที่ครอบครัว	
หัวหน้าครอบครัว	1
สมาชิกครอบครัว	9

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 10)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	7
มัธยมศึกษา	3
อาชีพ	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2
รับจ้าง	4
เกษตรกร	3
ธุรกิจส่วนตัว	1
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	
ไม่มีรายได้	2
ต่ำกว่า 5,000 บาท	1
5,001-10,000 บาท	3
10,001-15,000 บาท	4
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย	
น้อยกว่า 1 ปี	3
1-2 ปี	5
3-4 ปี	2
การมีโรคประจำตัว	
ไม่มีโรคประจำตัว	6
มีโรคประจำตัว	4

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในการศึกษาค้างนี้มีจำนวน 10 ราย แบ่งเป็นเพศหญิง
จำนวน 6 ราย เป็นเพศชาย จำนวน 4 ราย อยู่ในกลุ่มอายุ 30-49 ปี จำนวน 1 ราย อายุ 50-69 จำนวน
3 ราย และอายุ 70 ปีขึ้นไป จำนวน 6 ราย มีอายุเฉลี่ย 69.5 ปี นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 10 ราย
สถานภาพโสด จำนวน 1 ราย สมรส จำนวน 7 ราย และหม้าย จำนวน 2 ราย ระยะเวลาในการเจ็บป่วย
น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 2 ราย 1-2 ปี จำนวน 2 ราย 2-3 ปี จำนวน 4 ราย และ 3-4 ปี จำนวน 2 ราย

ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังตามการแบ่งของ NYHA Class III จำนวน 9 ราย และ Class IV จำนวน 1 ราย อาการทางจิต ไม่มีอาการ จำนวน 8 ราย มีอาการ (ซึมเศร้า) จำนวน 2 ราย ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และอาการทางจิต (n = 10)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 10)
เพศ	
หญิง	6
ชาย	4
อายุ (ปี) ($\bar{X}$ = 69.5 ปี, SD = 13.9, Range = 34-86 ปี)	
30-49	1
50-69	3
70 ปีขึ้นไป	6
ศาสนา	
พุทธ	10
สถานภาพสมรส	
โสด	1
คู่	7
หม้าย	2
ระยะเวลาในการเจ็บป่วย	
น้อยกว่า 1 ปี	2
1-2 ปี	2
2-3 ปี	4
3-4 ปี	2
ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง	
Class III	9
Class IV	1

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน ($n = 10$)
อาการทางจิต	
ไม่มี	8
มี (ซึมเศร้า)	2

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จำแนกตามเพศ อายุ การศึกษา ความสัมพันธ์ และระยะเวลาการดูแล/เจ็บป่วย ($n = 10$)

รายที่ ข้อมูล	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
เพศ										
ผู้ดูแล	หญิง	หญิง	หญิง	หญิง	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	หญิง
ผู้ป่วย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	หญิง	หญิง	ชาย
อายุ (ปี)										
ผู้ดูแล	48	63	32	20	41	32	64	40	48	46
ผู้ป่วย	86	67	60	73	71	34	82	74	68	80
การศึกษา										
ผู้ดูแล	ม.3	ป.4	ป.6	ม.6	ป.6	ม.6	ป.4	ม.3	ป.4	ม.3
ผู้ป่วย	ป.4	ป.4	ป.4	ป.4	ป.4	ม.3	ป.4	ป.4	ไม่ได้ศึกษา	ป.4
ความสัมพันธ์										
ผู้ดูแล	บุตร	ภรรยา	บุตร	หลาน	บุตร	น้อง	บุตร	บุตร	บุตร	บุตร
ผู้ป่วย	มารดา	สามี	มารดา	ตา	มารดา	พี่	มารดา	มารดา	มารดา	บิดา

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูล	รายชื่อ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	ระยะเวลาการดูแล/ เจ็บป่วย										
ผู้ดูแล		2 ปี	4 ปี	2 เดือน	1 ปี	2 ปี	2 ปี	3 ปี	7 เดือน	6 เดือน	2 ปี
ผู้ป่วย		2 ปี	5 ปี	10 เดือน	1 ปี	2 ปี	2.5 ปี	3 ปี	1 ปี	7 เดือน	2 ปี

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ซึ่งสามารถแบ่งเป็น 4 ประเด็นหลัก คือ 1) ความรู้สึกของสมาชิกครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง 2) การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง 3) ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง 4) การจัดการปัญหาของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ประเด็นหลักที่ 1 ความรู้สึกของสมาชิกครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

จากการศึกษาผู้ให้ข้อมูลที่ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จำนวน 10 ราย พบว่าผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงความรู้สึกต่อการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังว่าเป็นความผูกพันกันทางสายเลือด หรือทางกฎหมายกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จึงมีหน้าที่ต้องดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ถึงแม้ว่าผู้ให้ข้อมูลจะรู้สึกเหนื่อยกับการที่ต้องดูแลผู้ป่วย จากการทำงานประจำของตนเอง และจากโรคประจำตัวก็ยังรู้สึกภูมิใจที่ได้ให้การดูแลผู้ป่วย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 ความผูกพัน และเป็นหน้าที่ เป็นความรู้สึกถึงความผูกพันกันทางสายเลือด หรือทางกฎหมายกับผู้ป่วยที่สืบเนื่องมาแต่ครั้งอดีต จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าเป็นหน้าที่ที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วย ดังนี้

1.1.1 ความผูกพัน เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกผูกพันกันทางสายเลือดหรือทางกฎหมายกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในลักษณะเครือญาติ ได้แก่ บุตร ภรรยา หลาน น้อง รวมถึงมีความรักในตัวผู้ป่วย อีกทั้งผู้ให้ข้อมูลรับรู้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และไม่สามารถที่จะทำอะไรได้ ประกอบกับตนเองมีความพร้อมที่จะดูแล ถ้าหากไม่ดูแลก็จะไม่มีใครดูแล และตนเองก็就会被สังคมตำหนิ จึงตัดสินใจเข้ารับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลจำนวน 4 ราย ดังนี้

“เป็นลูกด้วยต้องดูแลแม่ แม่เค้าช่วยเหลือตัวเองไม่ได้แล้ว ด้วยว่าอาการของยายจากไทรอยด์แล้วก็มีระบบหัวใจ แล้วก็ไม่สามารถที่จะทำอะไรได้ นอกจากประคับประคองด้วยอายุมากแล้ว ก็เข้าใจว่ามันทำอะไรไม่ได้แล้ว พี่ก็เลยเคลียร์ตัวเอง เคลียร์เรื่องงานทางนั้น เคลียร์เรื่องลูกเสร็จประมาณสองเดือนมันก็ถึงลือคลองตัวกันพอดี ก็เลยตัดสินใจมาดูแลแ...คนอื่นเขาก็มีภาระเราพร้อมที่จะมาดูแลแล้วเราก็ตอบรับตรงนี้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 หญิงไทย อายุ 48 ปี)

“ก็มันมีความผูกพันกันนะเนาะ เป็นคู่ชีวิตกันนะเนาะ มันก็มีความรักนี้แหละเนาะ คุณหมอเนาะก็ผูกพันกัน...เหมือนกับว่าเค้าช่วยตัวเองไม่ได้เนาะเนาะ เค้าอยู่แบบจะลำบากถ้าไม่มีป้ามาดูแลนะ ป้าก็เลยจำเป็นต้องดูแลแคะ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 หญิงไทย อายุ 63 ปี)

“ผมก็สนิทกับแกสนิทกันเป็นทั้งพี่ทั้งเพื่อนนะครับเนาะ...นึกถึงตอนเป็นเด็กกัน สนุกสนานกันไง เรามีกันสองคนพี่น้องก็ผูกพันกันมา ก็ไม่อยากจะให้อาการหนักกว่านี้ผมก็เลย ต้องมาดูแลแคะ...ถ้าผมไม่ดูแลแคะผมก็จะโดนชาวบ้านเค้าว่าเอา ผมก็รับไม่ได้หรอกครับว่าใครจะมา ว่าผมอย่างนั้น”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6 ชายไทย อายุ 32 ปี)

“ก็แม่เนาะ แยกอยู่คนเดียวไม่มีใครดูแล ถ้าปล่อยก็ตายนะ เราเลยจำเป็นต้องมาดูแล แคะเป็นก็ไม่มีคนดูแลนะครับ ยังไงละก็รักแม่นะเนาะ แคะเลี้ยงเรามา มันก็เป็นความผูกพันกันนะ เนาะ...แคะช่วยตัวเองไม่ได้แล้วนะ แคะก็หลงลืม บางทีแคะก็เดินไปไหนไกลไม่ได้ ไปซื้อของซื้ออะไร บางทีแคะเหนื่อยมาก...นึกถึงแต่ก่อนตอนเป็นวัยรุ่นเราเกรง แคะก็ตามเราตลอดก็นึกถึงตอนนั้น ก็นี้แหละเราก็เลยต้องมาดูแลแคะ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8 ชายไทย อายุ 40 ปี)

1.1.2 เป็นหน้าที่ เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เรือรังเป็นหน้าที่ที่ตนเองจะต้องปฏิบัติ และเป็นความรับผิดชอบของตนเอง เพื่อตอบแทนบุญคุณ ผู้ป่วยที่ได้ดูแลตนเองมาก่อน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล จำนวน 3 ราย ดังนี้

“เป็นหน้าที่ของลูกที่ต้องปรนนิบัติต่อแม่ เป็นหน้าที่ของลูกที่ว่า เออ...จะต้องดูแล แม่เนาะ เวลาที่แม่แก่แล้ว ก็เข้าใจตรงนี้ ก็เลยรับหน้าที่มาทำหน้าที่ดูแลแม่ที่พี่น้องคนอื่นเค้าก็ไม่ต้อง มาห่วงแล้วไง เพราะมีเราดูแลแม่อยู่”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 หญิงไทย อายุ 48 ปี)

“ก็เป็นหลานก็ต้องทำหน้าที่ดูแลตาแทนคนอื่น เพราะเค้าไม่อยู่เค้าไปทำงานกัน หนูอยู่บ้านคนเดียวก็เลยต้องทำ...ต้องเป็นความรับผิดชอบของเราอยู่แล้ว ก็หนูอยู่กับตาตั้งแต่หนู เกิด ตาเลี้ยงมา หนูก็ต้องดูแลตา เราก็ต้องดูแลเค้ากินเค้าแก่แล้ว”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 หญิงไทย อายุ 20 ปี)

“มันหน้าที่ที่เราต้องทำละ เราต้องช่วยเหลือแม่ เป็นหน้าที่ของลูกที่ต้องดูแลแม่ ก็ ตั้งแต่เกิดมาก็อยู่กับแม่ตลอดมาเลยละ ไม่เคยแยกกันเลยละ แล้วเราเป็นลูกก็เป็นหน้าที่ที่เราจะต้อง ดูแลแม่...เพราะเราต้องตอบแทนบุญคุณแกใจ แกป่วยเราก็ต้องดูแล”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7 หญิงไทย อายุ 64 ปี)

1.2 เหนื่อยแต่ภูมิใจ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเป็นหน้าที่ใหม่ที่เพิ่มขึ้นมาอย่างกะทันหัน โดยไม่ทันได้ตั้งตัว อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลต้องปรับตัว เพื่อให้เข้ากับหน้าที่ใหม่ที่เพิ่มขึ้น ทำให้รู้สึกเหนื่อยทั้งด้านร่างกาย และด้านจิตใจ แต่อย่างไรก็ดีจากการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลแล้วพบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจากเดิม และรู้สึกว่าตนเองได้ตอบแทนบุญคุณผู้ป่วย ทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกภูมิใจที่ได้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.2.1 เหนื่อย เป็นความรู้สึกเหน็ดเหนื่อยที่เกิดจากการกระทำกิจกรรมให้การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในแต่ละวัน โดยจะเกิดขึ้นในช่วงแรกของการดูแล เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลอาจต้องทำหลายหน้าที่ในเวลาเดียวกัน ได้แก่ หน้าที่ของการเป็นลูก เป็นหลาน เป็นแม่ และเป็นคนทำงาน จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับหน้าที่ใหม่ที่เพิ่มขึ้น ซึ่งความรู้สึกเหน็ดเหนื่อยนี้มีสาเหตุมาจากการดูแลผู้ป่วย จากการทำงาน และจากโรคประจำตัวของผู้ให้ข้อมูลเอง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 3 ราย ดังนี้

“การเป็นผู้ดูแลนะมันเหนื่อย เหนื่อยก็ช่วงแรก ๆ ที่มาดูแล คือการปรับตัวของเราเข้ากับงานด้วย...เราต้องมาทำงานหน้าที่นี้...คือหน้าที่ดูแลคนป่วยเพิ่มเข้ามา...จากที่เราเคยทำอีกแบบนึง...แล้วก็ต้องปรับตัวเข้ากับแม่...อย่างแม่เนี่ยเป็นคนเอาแต่ใจเหมือนกัน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 หญิงไทย อายุ 48 ปี)

“เราเหนื่อยจากงานด้วยอะไรด้วย...ไหนเราก็ทำอะไรด้วยเนาะ บางทีเราเลิกงานสองทุ่ม เหนื่อยจากงานแล้วก็นั่ง แทนที่เรามาถึงบ้านสองทุ่มครึ่งสามทุ่มเราก็ได้นอนซะมัย แต่นี่เราก็ต้องมานั่งอยู่กับแกมานั่งบีบนิ้วให้แก ห้าทุ่มหกทุ่มจนกว่าจะหลับจนกว่าจะบอกว่าไปเถอะ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 หญิงไทย อายุ 41 ปี)

“ก็เหนื่อยของฉันทก็เหนื่อยจากไทรอยด์นี่แหละ เหนื่อยจากโรคเหนื่อยจากงาน เหนื่อยจากที่ต้องดูแลคนเฒ่าคนแก่ นั่นแหละ งานคือไรสวนนี้แหละ...เฮาเหนื่อยแล้วโรคไทรอยด์ก็บ่หาย สักที กินยา ก็บ่หาย ตอนนี้องค์ต้องหยุดแล้ว”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10 หญิงไทย อายุ 46 ปี)

2.2 ภูมิใจ เป็นความรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้ให้การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าการของผู้ป่วยดีขึ้นจากแต่ก่อน ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ตนเองได้รับหน้าที่ในการดูแล ทำให้ผู้ป่วยยังต้องการตนเองอยู่ และตนเองได้ตอบแทนบุญคุณผู้ป่วยที่ได้เลี้ยงดูมา ซึ่งผู้ให้ข้อมูลได้รับการปลุกฝังมาจากบรรพบุรุษ จึงเป็นลักษณะเฉพาะของวัฒนธรรมไทย ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 3 ราย ดังนี้

“ยายก็ดีขึ้นนะตั้งแต่พี่มาอยู่ดูแล...เรายังภูมิใจเนาะว่าได้แม่กลับคืนมาโดยที่ว่ามันนะ เป็นมากเลยนะ แต่เราสามารถประคองแม่อยู่กับเราได้จนแม่แข็งแรง”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 หญิงไทย อายุ 48 ปี)

“ป้าก็ภูมิใจที่ได้ดูแลพ่อแม่...คือเราจะดีใจ เราจะอบอุ่นในหัวใจใจ เพราะว่าเราได้ตอบแทนบุญคุณพ่อแม่แล้วที่พ่อแม่เลี้ยงเรามา...ภูมิใจที่แม่ยังต้องการเรา”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7 หญิงไทย อายุ 64 ปี)

“ผมก็รู้สึกภูมิใจว่า เออ...ภูมิใจนะครับที่ได้ดูแลแก่ แล้วเห็นแกดีขึ้นจากที่เมื่อก่อนแก แยกมาก เหนื่อยมาก เดินก็ยังไม่วาย พอเราได้มาดูแลแล้วแกดีขึ้น เดียวนี้เดินได้ก็รู้สึกภูมิใจว่าเป็น จากที่เราดูแล”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8 ชายไทย อายุ 40 ปี)

ประเด็นหลักที่ 2 การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เป็นการกระทำกิจกรรม เพื่อตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังตลอดระยะเวลาการรับหน้าที่ ในการดูแล ครอบคลุมสิ้นอายุขัยของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ซึ่งกิจกรรมการดูแลจะหนักเบา แตกต่างกันไปตามสภาวะเจ็บป่วย และอารมณ์ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

2.1 การดูแลแบบทันใจ เป็นกิจกรรมที่ผู้ให้ข้อมูลได้กระทำการช่วยเหลือต่อผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอย่าง รวดเร็วทันใจ รอช้าไม่ได้ เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลรับรู้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เป็นคนเจ้า อารมณ์ เอาแต่ใจ โมโหง่าย อยากได้อะไรแล้วต้องได้ทันที ถ้าไม่ได้ก็จะอาละวาด ดังคำกล่าวของ ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 3 ราย ดังนี้

“บางทีแกหิวเราทำให้...แบบไม่ทันใจแกอย่างนี้คะแกก็หิว แกก็โมโห เราก็ต้องรีบทำ ให้แก ถ้าแกหิวก็ทำให้แกกินก่อน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 หญิงไทย อายุ 20 ปี)

“แกเป็นคนขี้คิดมากด้วย ขี้น้อยใจด้วย เจ้าอารมณ์มากเลยเอาแต่ใจแต่ไหนแต่ไร แก เป็นคนที่เจ้าอารมณ์มากเลยยายนะ ขี้หงุดหงิด เอาแต่ใจเจ้าอารมณ์จะเอาอะไรก็ต้องให้ได้ทันใจแก ยิ่งป่วยเป็นโรคหัวใจยิ่งเจ้าอารมณ์...เราทำอะไรแบบไม่ได้ตั้งใจแกเนี่ยแกก็บ่นเราอย่างนู้นอย่างนี้ไม่ จบสักที”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 หญิงไทย อายุ 41 ปี)

“พ่อแก่เป็นคนเจ้าอารมณ์ มักเป็นคนใช้อารมณ์ คือว่าแจะเฮดอียัง อียากได้อียังก็ ต้องให้ได้ตั้งใจแก พอไม่ทำให้ได้ตั้งใจแก ถ้าบ่ตั้งใจแกนี้แจะอาละวาดลงไม้ลงมือเลยแหล้วคัน ได้โมโห ก็แก็บแ่มนโรคหัวใจอย่างเดี๋ยวนี๊จะเป็นจิตเวชน่า เพราะงั้นแจะเอาหยังก็ต้องให้ทันใจ บ่บ่ตั้งใจบ่ได้เลยแหล้ว”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10 หญิงไทย อายุ 46 ปี)

2.2 การดูแลเฉพาะโรค เนื่องจากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยเฉพาะที่มีระดับ ความรุนแรงที่ 3 และ 4 มักพบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการกำเริบของโรคได้ตลอดเวลา ผู้ให้ ข้อมูลจึงรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะเรื่องอาหาร ยา การสังเกตอาการผิดปกติ ดังคำกล่าว ของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 3 ราย ดังนี้

“พี่ก็จะนอนเฝ้าแก ถ้าแกอาการไม่ดีก็จะไม่ไวใจแล้ว ต้องดูแลแก็อย่างใกล้ชิดเลยละ... ดูจากลักษณะว่าวันนี้เหนื่อย หายใจไม่ออก ก็จะมาดูแล จะนอนเฝ้า...พี่ก็คอยดูสังเกตจากอาการ วันนี้ยายอาการเป็นยังงัย วันไหนหายใจไม่ออกมียามไต้ล้น...อย่างวันนั้นที่กลับจากโรงพยาบาลแหละ ยายรู้สึกไม่ดีก็เลยเอายาอมให้ อมกินนอนได้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 หญิงไทย อายุ 48 ปี)

“เราเป็นคนจัดยาทุกอย่าง ก็เรื่องหนึ่งจัดยาที่ดูแล สองก็เรื่องอาหารการกินเน๊าะ สามก็ ให้ออกกำลังกาย แต่แกไม่ออกหรอกคะ...เรื่องอาหารเน๊าะก็ไม่ให้แก็กินเยอะ กินผลไม้ก็ปลา ส่วนมาก ของมัน ๆ ไม่เลย หวานเค็มอย่างนี้ก็ได้ หวานมันเค็มอะไรเนี้ยคะ แล้วก็ต้องหาหมอ ตามที่หมอนัด ต้องกินยาให้ตรงเวลาคะ เพราะไม่งั้นแกก็จะเป็นอีก”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 หญิงไทย อายุ 63 ปี)

“ผมจะดูแลไม่ให้เค้ากินพวกของต้องห้าม ห้ามกินนะครับมีของที่มีคาเฟอีน พวก กาแฟพวกน้ำอัดลม แล้วก็เค้าก็ชอบนมเปรี้ยวก็ต้องดูนมเปรี้ยวด้วยว่าต้องเป็นนมไขมันต่ำ อย่าให้มี พวกไขมันอิ่มตัวครับผม แม้กระทั่งว่าพวกนมที่เป็นเต้าหอย ที่มีสารกันบูดอะไรพวกนี้ก็ห้ามเลย ผง ชูรสก็ห้ามกินบ่อย กระเทียมห้ามกินเยอะ เพราะว่าจะมีผลกับยาที่เค้าใช้อยู่ สังเกตบางทีลงไปไร่ไป นาได้ของปามาเค้าก็จะทำพวกผัดเผ็ด จะมีใส่ข่าตะไคร้ใบมะกรูด จิง กระชาย อันนี้ถ้าเค้ากินมากมี อาการเลยใจสั้นเลย”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6 ชายไทย อายุ 32 ปี)

2.3 การดูแลทางใจ เป็นการดูแลที่ผู้ให้ข้อมูลได้ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจให้ ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ภายใต้สภาพการแห่งความเจ็บป่วย โดยการสร้างกำลังใจ และการช่วยให้ รู้สึกสงบ ดังนี้

2.3.1 การสร้างกำลังใจ เป็นการเสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วย เพื่อปรับประคองด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ร่วมกับความเจ็บป่วยได้อย่างมีความสุข ไม่รู้สึกท้อถอยหรือหมดหวังให้ต้องเผชิญอยู่กับความเจ็บป่วยเพียงลำพังด้วยการแสดงออกทางคำพูด และการกระทำ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 5 ราย ดังนี้

“มีหลานมาอยู่คนที่เยอะขึ้น น้องเค้าเมื่อก่อนก็มากินที่นี้ เค้าก็จะหากับข้าวหาอะไรมาซื้อมากินกับแม่ มากินกับเราเป็นครอบครัวแม่เค้าก็จะมีเพื่อนคุยได้เห็นหน้าลูกพร้อมหน้าพร้อมตา”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 หญิงไทย อายุ 48 ปี)

“ก็คือให้แม่แบบสบายใจ ก็คือให้แม่แบบไม่มีทุกข์อะไรอย่างเนี่ย ก็คือเอาหลานมาอยู่ด้วย ก็จะได้มีกำลังใจอะไรมากขึ้น แกเห็นหน้าเราก็คือใจ มีลูกมาอยู่ด้วย เหมือนไม่มีใครทอดทิ้ง”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 หญิงไทย อายุ 32 ปี)

“เราพยายามสร้างรอยยิ้มให้แกตลอด เราต้องแข็งแรงให้แกเห็นตลอด เหมือนกับว่าแกไม่ได้เป็นอะไรมาเลย แล้วก็ให้กำลังใจแกตลอดแหละว่าเดี๋ยวก็หาย ๆ ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 หญิงไทย อายุ 41 ปี)

“ฉันก็พูดให้กำลังใจแกว่ายังได้จะดีก็กินข้าวจะได้กลับบ้านเขาอยู่บ้านเขาบ่นตายดอก หมอเค้าบอกว่าบ่นตายก็บอกแก ใจก็ดีขึ้น โอ้ย...ลูกหลานก็มาหาแกบ่อยละ เดี๋ยวนี้พอป่วยมาหลานทางนี้หลานทางนั้นก็มาเยี่ยมมาให้กำลังใจแก ๆ ก็ยังแต่มีกำลังใจมากขึ้นละที่นี้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9 หญิงไทย อายุ 48 ปี)

“เขาก็ให้กำลังใจแกอย่างนี้ละ ถาม ๆ นี่ละกินยังบ่นกินถ้วยเดียวบ่น กินข้าวยังมือนี่ก็ตมข้าวตมให้ข้าวแข็งมีอยู่แล้ว เพราะงี้ก็ต้องกินอยู่เนาะก็ต้องหุงไว้ แต่คนอยากถ้วยเดียวอยากข้าวตมอยากข้าวเหนียวบ่ให้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10 หญิงไทย อายุ 46 ปี)

2.3.2 การช่วยให้รู้สึกสงบ เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีสติ ขอมรับกับสภาพการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ รวมถึงอารมณ์ที่เกิดขึ้นภายในสภาวะการณ์ที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญกับภาวะวิกฤตของชีวิต ก่อให้เกิดความสงบในจิตใจ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลได้ใช้ศาสนาและการอยู่เป็นเพื่อนมาเป็นวิธีการทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 4 ราย ดังนี้

“ก็จะบอกสงบใจนะแม่พุทธโธวันนะแม่ ไม่มีอะไร แม่ยังเหนื่อยต้องคุมใจตัวเองให้ได้อย่าให้จิตตกก็บอกอย่างนี้แกก็ทำตามแกก็เชื่อ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 หญิงไทย อายุ 48 ปี)

“ตอนนั้นแกท้องเสียมาก แกใจจะขาดเหมือนแจะหมดน้ำในตวันนะ...แกรู้ดีกว่าแกจะตายนะ แกก็เรียกฉันทนางเอี้ย นางเอี้ยช่วยพี่ด้วย ฉันทก็สวดมนต์ให้แกไปเรื่อนอ สวดมนต์ให้คุณพระคุณเจ้าคุ้มครองแก แล้วก็เรียกปู้ย่าตายายให้ช่วยคุ้มครองรักษาแก แกก็เจ็บบแกก็ไม่เรียก”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 หญิงไทย อายุ 63 ปี)

“วันแรกที่แกเข้าโรงพยาบาลแกเห็นหน้าหนูแกก็ร้องไห้ ก็แกแบบเหมือนคล้าย ๆ กับว่าแกคิดถึงเรามาก แล้วเราไม่ยอมมาหา ก็เลยบอกแม่ยังงี้ก็ไม่ฟังก็ถือว่าแม่นะเนาะก็เลยไม่ฟัง นี่ก็มาหาแล้วก็บอกไม่ฟังหรืออยู่ไกลขนาดไหนก็แม่คือเก่าแกเลยเจ็บได้ไม่ร้อง

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 หญิงไทย อายุ 32 ปี)

“สมมติว่าเราเลิกงานห้าโมงเย็นเนี่ย ถ้าทุ่มหนึ่งถ้าเรายังไม่ไปแจะนั่งร้องไห้นะ แจะนั่งรอ ๆ แบบรอเรา พอเราไปนี่ก็คือคุย...ตอนแรกแกก็จะนั่งร้องไห้เราคุยอะไรด้วยแกก็จะเฉย ๆ ก็คุยไปคุยมาชวนแกคุยนู่นคุยนี่เดียวแกก็ดีแกก็สงบแกก็ยิ้ม”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 หญิงไทย อายุ 41 ปี)

ประเด็นหลักที่ 3 ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังทำให้สมาชิกครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหา และอุปสรรคที่ผ่านเข้ามาในชีวิต ทั้งในเรื่องการขาดรายได้ ขาดความเป็นอิสระ และขาดความรู้ในการดูแล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 การขาดรายได้ จากการที่ผู้ให้ข้อมูลต้องทำงานหาเงินหารายได้มาเลี้ยงชีพ และจนเจ็ครอบครัว แต่เมื่อต้องมาดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังทำให้ผู้ให้ข้อมูลต้องเสียสละตัวเอง เพื่อจัดสรรเวลาในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยการลาออกจากงาน ขาดงานจึงทำให้ขาดรายได้ และมีหนี้สิน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 4 ราย ดังนี้

“เราก็ต้องยอมเสีย เสียตรงจุดที่เราเคยได้ คือ เบี้ยขยัน อย่างถ้าเราขาดงานปั๊บหยุดงานเกินอะไรเงี้ย เค้าก็ตัดของเราออกจากโบนัสที่เคยได้...เราก็ต้องยอมเสียเบี้ยขยันนี้เค้าให้เดือนละแปดร้อยเงี้ยทุกเดือน แต่ก่อนที่แกยังไม่ป่วยนะได้มาตลอด พอแกป่วยปั๊บเนี่ยเราก็ต้องยอมไม่เอาตรงนั้น มีวันลาเท่าไรมีสิทธิลาอะไรนี้หามาใช้ให้ครบหมาอ้างให้ครบ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 หญิงไทย อายุ 41 ปี)

“ถ้าเราไม่ต้องอยู่ดูแลแก เราก็ต้องได้ไปทำงานทำอะไร แต่เนี่ยเราต้องมาอยู่ดูแลแก เราก็ต้องออกงานก็ต้องเสียสละตรงนี้เลยครับ...จากที่แต่ก่อนมีคนมาจ้างรับเหมาก็ไปทำให้เขาไม่ได้ ก็อย่างว่าไม่ได้ทำงานก็ไม่มีรายได้แหละครับ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8 ชายไทย อายุ 40 ปี)

“แต่ก่อนฉันไปเฮตงานก็ต้องไปตั้งแต่หกโมงถึงหกโมงครึ่ง ต้องขึ้นรถหนึ่ง โมงก็ต้องฮอดโมงครึ่ง ต้องเข้างานอย่างนี้ละ ก็กว่าจะม้ออกงานมาห้าโมงก็กว่าจะถึงบ้าน แล้วคนป่วยก็เดียวก็เป้นนั้นเป้นนี้เฮาก็ต้องออกงานมาดูแลละ บ่อกบได้...เงินมันก็ไม่พอใช้จ่ายเท่าไรหรอก เพราะทุกอย่างก็มาอยู่ที่เฮาหมดทั้งลูกเรียน ทั้งดูแลคนเฒ่าคนป่วย...แฟนเฮาก็หาเงินคนเดียว...ถ้าไม่พอเฮาก็หีบยืมคนอื่นไปก่อนเฮาพอหมุนเงินได้อยู่”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10 หญิงไทย อายุ 46 ปี)

3.2 การขาดความเป็นอิสระ เนื่องจากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีระดับความรุนแรง 3 และ 4 มักมีอาการกำเริบของโรค โดยที่ไม่สามารถทราบได้ล่วงหน้า จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลขาดความเป็นอิสระในการใช้ชีวิต จากที่เคยมีอิสระ เคยพบปะสังสรรค์ในกลุ่มเพื่อนฝูง เคยมีสังคมจะไปไหนก็สามารถไปได้ตามใจปรารถนา ต้องเฝ้าผู้ป่วยตลอด ไปไหนก็ไม่ได้ไป ถ้าไปก็ต้องรีบกลับมา อยู่แบบส่วนตัวไม่มี ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 3 ราย ดังนี้

“เอ...ทำไมอยากจะไปไหนเนี่ยะ...บางทีคิดนะป้าคิดว่าป้าจะเข้าวัด แต่มาคิดดูแล้วไปไม่ได้ เพราะว่อย่างไปอยู่วัดนอนวัดค้างวัดแล้วแม่ก็ป่วย เราก็คงต้องคิดแกเป็นขึ้นมาราก็ต้องออกจากวัดมาเราก็คงต้องมีภาระอีกเราก็คงต้องหาทำอะไรไม่ได้ก็เลยต้องอยู่แบบส่วนตัวไม่มี”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7 หญิงไทย อายุ 64 ปี)

“มันยังไงละ ก็ไม่มีอิสระนะเนี่ยะ บางทีเราอยากจะไปเที่ยวไปทำงานเราออกจากบ้านอย่างเนี่ย ถ้าแม่ไม่เป็นเราก็คงไปอาทิตย์หนึ่งเข้าบ้านบ้างอย่างเนี่ย บางทีสองสามวันอย่างเนี่ย พอแก็เป้นนี้แหละเราก็คงมาประจำเลยไปไหนไม่ได้ หรือถ้าไปก็ต้องรีบกลับ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8 ชายไทย อายุ 40 ปี)

“บางทีฉันจะไปไหนเรื่อยเปื่อยก็ต้องกลับมาหาข้าวหาน้ำหายาให้แกกินอย่างนี้แหละ บ่ได้ไปหมดมือหมดวันนะไปก็ต้องรีบกลับ เพราะต้องมาดูแลคนเฒ่าอยู่เนี่ยแหละ มันบ่ได้อิสระอย่างคนอื่นเขาดอก”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10 หญิงไทย อายุ 46 ปี)

3.3 ขาดความรู้ในการดูแล เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลไม่มีความรู้ที่จะดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง อีกทั้งขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อน ซึ่งเกิดขึ้นในระยะแรกของการดูแล จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลไม่กล้าที่จะดูแล ทำอะไรก็ไม่ถูก หรือดูแลแล้วทำให้ผู้ป่วยเป็นหนักกว่าเดิม ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 3 ราย ดังนี้

“เมื่อก่อนพี่ชายนี้...ให้แกกินโปรตีนกินตัวเสริมมาก ไปแดสเชียมในร่างกายสูง เวลาตรวจเลือดอย่างเนี่ยไม่ได้อีก มันเป้นผลต่อระบบอะไรนะไต ระบบการทำงานของหัวใจ เบาหวาน ไขมัน...มันยากตรงนี้ เพราะเราไม่มีความรู้เราก็คงไม่กล้าให้แกกินอะไรจี้จี้วะ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 หญิงไทย อายุ 48 ปี)

“เราไม่รู้เรารู้ทำอะไรไม่ถูกเหมือนกันนะคะ...หนูก็ยังไม่ค่อยเข้าใจเหมือนกันว่าต้องดูแลคนป่วยยังไง...เราก็อำนาจใจ เพราะเราไม่ได้เรียนเกี่ยวกับเรื่องหมอมาเนาะ เราก็อำนาจใจ ก็อย่างเราเข้าใจแล้วเราจะได้ประพจน์ตัวให้ถูกต้องดูแลคนป่วยให้ถูกต้องอะไรอย่างเนี่ย...อย่างเรื่องอาหารการกินเนี่ยเราก็อำนาจใจว่าจะต้องคุมอะไรบ้าง เราก็อำนาจใจกินรวมกันทั้งบ้านจะไม่มีแยกต่างหาก”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 หญิงไทย อายุ 32 ปี)

“ที่แรกไม่รู้อะไรเลยครับ...ก็ดูตามเอกสารยาที่ตามเอกสารแผ่นพับแล้วก็สมุดที่ว่ายยาบางตัวที่เค้าเป็นยาที่ว่าเค้าให้คุมอาหาร แล้วก็เป็นการใช้ชีวิตประจำวัน ก็เอามาศึกษาแล้วก็คอยบอกคนไข้คนป่วยครับว่าไม่ให้กินอันนี้นะ ไม่ทำอย่างนั้นอย่างนี้ ไม่ให้ออกแรงมาก แต่ไป ๆ มา ๆ ทำตามเอกสารแผ่นพับแล้วทีนี้คนไข้ป่วยหนักกว่าเดิมอีก...เพราะว่าอาการป่วยบางที่เป็นที่ภาวะจิตใจของเค้าคิดไปแล้วก็ทรุดนะครับผม”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6 ชายไทย อายุ 32 ปี)

ประเด็นหลักที่ 4 การจัดการปัญหาของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

จากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังของสมาชิกครอบครัว ทำให้ผู้ให้ข้อมูลต้องประสบกับปัญหาในการดูแล และเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่แตกต่างกันไปจากเดิม โดยที่มิได้คาดคิดมาก่อน ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลจึงต้องมีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยการทำใจยอมรับกับปัญหานั้น และแสวงหาความรู้ที่จะดูแลผู้ป่วย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.1 การทำใจ เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งการยอมรับนี้ต้องอาศัยหลักของศาสนาเข้ามาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เช่น ผู้ให้ข้อมูลมีความเชื่อในเรื่องกฎแห่งกรรม ใครทำสิ่งใดไว้ก็จะได้รับสิ่งนั้นตอบแทน และเชื่อในเรื่องของการทำบุญอธิษฐานขอพรให้ตนเอง และครอบครัวมีความสุข จึงทำให้ได้รับความสบายใจ หายเครียด ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 3 ราย ดังนี้

“กฎแห่งกรรมนะศักดิ์สิทธิ์ที่สุดเลยไม่มีใครไปแก้ไขได้ด้วย คุณทำอะไรคุณก็ได้อันนั้น ตรงนี้แหละ ถ้าเราหว่านความดีลงไปได้ความชั่วมาเป็นไปไม่ได้จ้า พี่ก็เชื่อตรงนี้ที่ยึดหลักตรงนี้แหละ ทำความดีเอาไว้เรื่อย ๆ...แบบว่าอะไรจะเกิดมันก็เกิด คือเราไม่สามารถจะไปกันไม่ให้เกิดขึ้นได้นะ ก็ต้องยอมรับความจริง เนี่ยมันคือสิ่งที่มันเป็นจริงต้องยอมรับมันได้ แล้วก็สู้กับมันให้ได้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 หญิงไทย อายุ 48 ปี)

“เราก็เหมือนกับว่าเราก็เคยฟังพระ เคยไปนั่งสมาธิเคยไปอะไรอากรรมะนั่นอยู่แล้ว เราก็พยายามคิดในเรื่องที่ว่ายังงี้ละ มัน ๆ เค้า ๆ ต้องถึงอายุเค้าจากไปอะไรก็คิดเอา เราพยายามแบบ...ยอมรับว่า...ถึงเวลาของแกแล้วที่ต้องไป อยู่ไปแกก็ทรมาน...ไหว้พระก็เหมือนกันกับบอกว่าอย่าให้ยายแก่ทรมานมากเกินไป ทำบุญที่ไหนก็ช่างจะอธิษฐานตลอดว่า...อย่าให้แก่ทรมานมาก เพราะรู้ว่าคนป่วยมันก็จะทรมานนะเนี่ยะ เป็นในตัวไม่ได้รักษาอีก”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 หญิงไทย อายุ 41 ปี)

“เขาก็ทำใจได้แล้วละ...ก็ดูแลกันไป เป็นเป็นพ่อ เขาเสดดีก็จะได้เฮนั่นละลูกเขาจะได้ดูแลเขาก็กันจะได้ตอบแทนมันก็ต้องมีผลกับบุญตัวนั้นมาก็อีก...ฟังพระก็แม่นอย่างเพิ่นว่าเนี่ยะ ถ้าเขาเสดตัวได้เสดใจได้ก็อยู่ที่ใจเฮนั่นละ ถ้าใจเฮสาบมันสงบมันก็จะทำให้ร่างกายเฮดีด้วย...ฉันจะใช้หลักศาสนานี้ละมันก็ดีเลยละทำให้เฮหายเครียดได้ ทำให้สมองเฮโล่งโปร่งมันก็คือเบาไปหมดนะเบาสบาย ๆ นะ...เขาก็ยอมรับความจริงที่เกิดขึ้นได้เต้ละ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10 หญิงไทย อายุ 46 ปี)

4.2 การแสวงหาความรู้ จากการที่ผู้ให้ข้อมูลขาดความรู้ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในระยะแรกของการดูแล ทำให้ดูแลผู้ป่วยได้ไม่ถูกต้อง ผู้ให้ข้อมูลจึงเกิดการเรียนรู้ที่จะดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยมีการเรียนรู้จากบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ป่วยโรคหัวใจรายอื่น นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลได้แสวงหาความรู้ด้วยตัวเอง ได้แก่ อ่านหนังสือ เอกสารแจกฟรี และการสังเกต ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 3 ราย ดังนี้

“พี่ก็จะสังเกตเอา อย่างหมอเค้าให้อะไร พยาบาลให้อะไร ก็จะเรียนรู้ด้วยตัวเองจากที่เราดูแลอยู่กับแก สังเกตว่าแกกินอะไรได้ ตัวนี้เอาอะไรมาแทนได้ ครั้งที่แล้วไปโรงพยาบาลแกกินข้าวต้ม โรงพยาบาลไม่ได้ก็มันเหลือกันหม้อแล้วนะก็ตัดมา แกบอกว่าเค็มไม่เอา งั้นก็บอกไม่ต้องกินมากนัก เเนสวัดาที่ซิงไป...เราก็ได้ประสบการณ์จากแม่นี่แหละ ก็คอยดูสังเกตจากอาการ วันนี้อาการเป็นยังงี้ วันไหนหายใจไม่ออกก็ให้แกอมยาได้ลิ้น”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 หญิงไทย อายุ 48 ปี)

“ฉันก็อ่านหนังสือนะ หนังสือเกี่ยวกับโรคหัวใจอะไรเนี่ย แล้วก็สังเกตจากตัวเค้าที่เป็น เค้าเป็นอาการแบบนี้ก็ต้องเป็นอย่างนี้ ถ้ามีอาการบวมแล้วแสดงว่าน้ำท่วมปอดแล้ว คำนอนไม่ได้ ก็หายใจไม่ค่อยออกต้องพาเค้าไปหาหมอจ้ะ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 หญิงไทย อายุ 63 ปี)

“เวลาคันไปโรงพยาบาล ๆ ก็แจกเอกสารแจกฟรี เอกสารโรคนี้โรคนี้ ฉันก็จะมาอ่าน โรคที่แกเป็นนะ ฉันก็รู้ไปฉันก็รู้ได้ระดับหนึ่งบ่ละ พอหมอบอกเขาก็รู้เน เออ...ว่าโรคนี้โรคหัวใจ เออ...อันนี้น้ำท่วมปอด...คนในหมู่บ้านเพิ่นที่เป็นเหมือนแกก็ไปผ่าหัวใจมา ฉันถามเพิ่นก็บอกบ่เป็น

หยั่งเต๊ะละ เขาว่าผ่าแล้วก็ตีทำงานได้แล้ว พ่อฉันนี่แหละบักผ่าผ่าเขา”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10 หญิงไทย อายุ 46 ปี)

4.3 การช่วยเหลือจากญาติ เนื่องจากสมาชิกครอบครัวรับรู้ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ปัญหาด้านการเงิน ด้านการงาน และด้านสุขภาพ จึงทำให้สมาชิกครอบครัวสมัครใจที่จะช่วยเหลือผู้ให้ข้อมูลตามกำลังความสามารถเท่าที่ตนเองจะทำได้ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลจะได้รับความช่วยเหลือในเรื่องของเงิน เวลา และแบ่งเบาภาระการดูแล เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลมีรายได้ไว้ใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย และตนเอง รวมถึงทำให้มีเวลาในการกระทำกิจธุระของตนเอง หรือพักผ่อนตามอัธยาศัย ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 3 ราย ดังนี้

“อย่างว่าแม่ไปนอนโรงพยาบาลเนี่ยพี่ก็จะเป็นคนไปนอนเฝ้า น้องกับพี่จะสลับกัน อย่างพี่อ้อยจะไปช่วงเช้า อย่างน้องน้อยเนี่ยช่วงบ่าย ตอนเย็นพี่ก็จะออกจากโรงพยาบาลมาที่ช่วงพี่อ้อยไปเปลี่ยนแล้วแปดโมงเก้าโมง มาเปลี่ยนอาบน้ำอาบท่า ถ้าเหนื่อยกลางคืนไม่ได้นอนก็จะขอนอนสักสิบนิ่ง...มีพี่กับน้องจะช่วยสลับกันอยู่แล้วไม่เหนื่อยคนเดียว”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 หญิงไทย อายุ 48 ปี)

“น้องสาวเค้าก็ช่วย...ก็ให้ทุกเดือนอยู่ที่ให้เดือนละสามพันนั้นแหละครับ ถ้ามันทขาดเกินอะไรเราก็คขอ เราก็อโทร ฯ ไปบอก...ถ้าใช้ฟุ่มเฟือยก็ไม่พอหรอกครับ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8 ชายไทย อายุ 40 ปี)

“พี่สาวคนอยู่กรุงเทพฯ แกนะดีแ่กเข้าใจ แกก็ส่งเงินมาช่วยเรื่อย ๆ แต่ก็บ่หลาย เพราะว่าแกก็บ่ได้หลาย...ก็มีคนอุปถัมภ์อยู่ก็คือพี่สาวคนนี้แหละคนกรุงเทพฯ นี่แหละ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10 หญิงไทย อายุ 46 ปี)

จากการศึกษาประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ทำให้ทราบ และเข้าใจถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ตลอดจนการจัดการปัญหาของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือเป็นสมาชิกครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังตามการรับรู้ของตนเองที่ติดตามผู้ป่วยมารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 10 ราย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2555 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556 ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการสังเกต ร่วมกับการบันทึกภาคสนามจนกระทั่งข้อมูลมีความอิ่มตัว แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงใจความหลัก ซึ่งสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักที่ติดตามผู้ป่วยมารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม ตึกผู้ป่วยนอก จำนวน 10 ราย เป็นเพศหญิง 8 ราย เพศชาย 2 ราย อายุเฉลี่ย 43.4 ปี ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (10 ราย) ระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษา (7 ราย) สถานภาพสมรสเป็นคู่ (7 ราย) มีอาชีพรับจ้าง (4 ราย) บทบาทการทำหน้าที่ครอบครัวเป็นสมาชิกครอบครัว (9 ราย) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,001-15,000 บาท (4 ราย) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 1-2 ปี (5 ราย) มีโรคประจำตัว (4 ราย)

ผู้ป่วยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 10 ราย เป็นการเข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม ตึกผู้ป่วยนอก เป็นเพศหญิง (6 ราย) อายุเฉลี่ย 69.5 ปี ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (10 ราย) สถานภาพสมรสคู่ (7 ราย) ระยะเวลาในการเจ็บป่วย 2-3 ปี (4 ราย) ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังตามการแบ่งของ NYHA Class III (9 ราย) มีอาการซึมเศร้า 2 ราย

ผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง พบว่าผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงความรู้สึกต่อการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังว่าเป็นความผูกพันกันทางสายเลือด หรือทางกฎหมาย จึงมีหน้าที่ที่ต้องดูแลผู้ป่วย ถึงแม้ว่าจะรู้สึกเหนื่อยที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วย แต่ก็รู้สึกภูมิใจ ซึ่งสามารถสะท้อนถึงการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และการจัดการปัญหาของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ความรู้สึกของสมาชิกครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเด็นย่อย คือ ความผูกพัน และหน้าที่ รวมถึงเหนื่อย แต่ภูมิใจ สรุปได้ดังนี้

1. ความผูกพัน และหน้าที่ เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับความผูกพันกันทางสายเลือด หรือทางกฎหมายกับผู้ป่วยที่สืบเนื่องมาแต่ครั้งอดีต จึงทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าเป็นหน้าที่ที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วย

2. เหนื่อยแต่ภูมิใจ เนื่องจากผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเป็นหน้าที่ใหม่ที่เพิ่มขึ้นมาอย่างกะทันหัน โดยไม่ทันได้ตั้งตัว อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว จึงทำให้ผู้ดูแลต้องปรับตัว เพื่อให้เข้ากับหน้าที่ใหม่ที่เพิ่มขึ้น ทำให้รู้สึกเหนื่อย คือ ความรู้สึกทางด้านร่างกาย และความรู้สึกเหนื่อยทางด้านจิตใจ แต่อย่างไรก็ดีจากการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลแล้วพบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจากเดิม และตนเองรู้สึกว่าได้ตอบแทนบุญคุณผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกภูมิใจที่ได้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง สามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเด็นย่อย คือ การดูแลแบบทันใจ การดูแลเฉพาะโรค และการดูแลทางใจ สรุปได้ดังนี้

1. การดูแลแบบทันใจ เป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลได้กระทำการช่วยเหลือต่อผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอย่างรวดเร็วทันใจ รอช้าไม่ได้ เนื่องจากผู้ดูแลรับรู้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เป็นคนเจ้าอารมณ์ เอาแต่ใจ โมโหง่าย อยากได้อะไรแล้วต้องได้ทันที ถ้าไม่ได้ก็จะอาละวาด

2. การดูแลเฉพาะโรค เนื่องจากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยเฉพาะที่มีระดับความรุนแรงที่ 3 และ 4 มักพบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการกำเริบของโรคได้ตลอดเวลา ผู้ดูแลจึงรับรู้ว่าจะต้องให้การดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะเรื่องอาหาร ยา การสังเกตอาการผิดปกติ

3. การดูแลทางใจ เป็นการดูแลที่ผู้ดูแลได้ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ภายใต้สภาพการแห่งความเจ็บป่วย โดยการสร้างกำลังใจ และการช่วยให้รู้สึกสงบ

ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง สามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเด็นย่อย คือ การขาดรายได้ การขาดความเป็นอิสระ และขาดความรู้ในการดูแล สรุปได้ดังนี้

1. การขาดรายได้ จากการที่ผู้ดูแลต้องทำงานหาเงินหารายได้มาเลี้ยงชีพ และจนเจือครอบครัว แต่เมื่อต้องมาดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังทำให้ผู้ดูแลต้องเสียสละตัวเอง เพื่อจัดสรรเวลาในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยการลาออกจากงาน ขาดงาน จึงทำให้ขาดรายได้ และมีหนี้สิน

2. การขาดความเป็นอิสระ เนื่องจากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีระดับความรุนแรง 3 และ 4 มักมีอาการกำเริบของโรค โดยที่ไม่สามารถทราบได้ล่วงหน้า จึงทำให้ผู้ดูแลขาด

ความเป็นอิสระในการใช้ชีวิต จากที่เคยมีอิสระ เคยพบปะสังสรรค์ในกลุ่มเพื่อนฝูง เคยมีสังคม จะไปไหนก็สามารถไปได้ตามใจปรารถนา ต้องเฝ้าผู้ป่วยตลอด ไปไหนก็ไม่ได้ไป ถ้าไปก็ต้องรีบกลับมา อยู่แบบส่วนตัวไม่มี

3. **ขาดความรู้ในการดูแล** เนื่องจากผู้ดูแลไม่มีความรู้ที่จะดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง อีกทั้งขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อน ซึ่งเกิดขึ้นในระยะแรกของการดูแลจึงทำให้ผู้ดูแลไม่กล้าที่จะดูแล ทำอะไรให้ไม่ถูก หรือดูแลแล้วทำให้ผู้ป่วยเป็นหนักกว่าเดิม

การจัดการปัญหาของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
สามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเด็นย่อย คือ การทำใจ การแสวงหาความรู้ และการช่วยเหลือจากญาติสรุปได้ดังนี้

1. **การทำใจ** เนื่องจากผู้ดูแลยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งการยอมรับนี้ต้องอาศัยหลักของศาสนาเข้ามาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เช่น ผู้ดูแลมีความเชื่อในเรื่องกฎแห่งกรรม ใครทำสิ่งใดไว้ก็จะได้รับสิ่งนั้นตอบแทน และเชื่อในเรื่องของการทำบุญ อธิษฐานขอพรให้ตนเองและครอบครัวมีความสุข จึงทำให้ได้รับความสบายใจ หายเครียด

2. **การแสวงหาความรู้** จากการที่ผู้ดูแลขาดความรู้ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในระยะแรกของการดูแล ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้ไม่ถูกต้อง ผู้ดูแลจึงเกิดการเรียนรู้ที่จะดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยมีการเรียนรู้จากบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ป่วยโรคหัวใจรายอื่น นอกจากนี้ผู้ดูแลได้แสวงหาความรู้ด้วยตัวเอง ได้แก่ อ่านหนังสือ เอกสารแจกฟรี และการสังเกต

3. **การช่วยเหลือจากญาติ** เนื่องจากสมาชิกครอบครัวรับรู้ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล ได้แก่ ปัญหาด้านการเงิน ด้านการงาน และด้านสุขภาพ จึงทำให้สมาชิกครอบครัวสมัครใจที่จะช่วยเหลือผู้ดูแลตามกำลังความสามารถเท่าที่ตนเองจะทำได้ ซึ่งผู้ดูแลจะได้รับความช่วยเหลือในเรื่องของเงิน เวลา และแบ่งเบาภาระการดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลมีรายได้ไว้ใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย และตนเอง รวมถึงทำให้มีเวลาในการทำกิจวัตรของตนเองหรือพักผ่อนตามอัธยาศัย

อภิปรายผล

ผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ประกอบด้วยความรู้สึกรู้หาของสมาชิกครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และการจัดการปัญหาของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังต่อไปนี้

ความรู้สึกของสมาชิกครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นหลังจากสมาชิกครอบครัวได้ให้การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ทำให้ผู้ดูแลได้สะท้อนความรู้สึกออกมา 2 ประเด็น คือ ความผูกพัน และหน้าที่ รวมถึงเหนื่อยแต่ภูมิใจ ซึ่งความผูกพัน เป็นความรู้สึกที่ผู้ดูแลรู้สึกผูกพันกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังทางสายเลือดหรือทางกฎหมายกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในลักษณะเครือญาติ ได้แก่ บุตร ภรรยา หลาน น้อง รวมถึงมีความรักในตัวผู้ป่วย อีกทั้งผู้ดูแลรับรู้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และไม่สามารถที่จะทำอะไรได้ ประกอบกับตนเองมีความพร้อมที่จะดูแล ถ้าหากไม่ดูแลก็จะมีใครดูแล และตนเองก็จะถูกสังคมตำหนิ จึงตัดสินใจเข้ารับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งความรู้สึกเหนื่อย เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เป็นหน้าที่ใหม่ที่เพิ่มขึ้นมาอย่างกะทันหัน โดยไม่ทันได้ตั้งตัว อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว จึงทำให้ผู้ดูแลต้องปรับตัว เพื่อให้เข้ากับหน้าที่ใหม่ที่เพิ่มขึ้น ทำให้รู้สึกเหนื่อย คือ ความรู้สึกทางด้านร่างกาย และความรู้สึกเหนื่อยทางด้านจิตใจ ซึ่งความรู้สึกเหนื่อยจะเกิดขึ้นในระยะแรกของการทำหน้าที่ดูแล จึงสอดคล้องกับการศึกษาของ ลัตติก และคณะ (Luttik et al., 2007) ที่พบว่าผู้ดูแลที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังจะมีความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย เพราะต้องให้การดูแลผู้ป่วยทุกด้าน กล่าวคือทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ แต่อย่างไรก็ดีจากการทำหน้าที่ดูแลแล้วพบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจากเดิม และได้ตอบแทนบุญคุณผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกภูมิใจที่ได้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ที่พบว่าในบริบทของสังคมไทยที่มีการปลูกฝังจิตสำนึกเกี่ยวกับความกตัญญูจากบรรพบุรุษที่สืบทอดต่อกันมาจากรุ่นต่อรุ่น จึงมีความแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัดกับบริบทของสังคมตะวันตก ดังเช่นการศึกษาของ ชวซ์ และเอลแมน (Schwarz & Elman, 2003) ที่พบว่าสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังรู้สึกเบื่อหน่ายที่จะดูแล ทำให้ละทิ้งการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เป็นการกระทำกิจกรรม เพื่อตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังตลอดระยะเวลาการรับหน้าที่ในการดูแล ครอบคลุมถึงอายุขัยของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ซึ่งกิจกรรมการดูแลจะหนักเบาแตกต่างกันไปตามสภาวะเจ็บป่วย และอารมณ์ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ซึ่งผู้ดูแลได้สะท้อนออกมา 3 ประเด็น คือ การดูแลแบบทันใจ การดูแลเฉพาะโรค และการดูแลทางใจ ซึ่งการดูแลแบบทันใจ เป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลได้กระทำการช่วยเหลือต่อผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอย่างรวดเร็วทันใจ รอช้าไม่ได้ เนื่องจากผู้ดูแลรับรู้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

เป็นคนเจ้าอารมณ์ เอาแต่ใจ โมโหง่าย อยากได้อะไรแล้วต้องได้ทันที ถ้าไม่ได้ก็จะอาละวาด และการดูแลเฉพาะโรค เป็นการดูแลที่ผู้ดูแลรับรู้ว่าจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะเรื่องอาหาร ยา การสังเกตอาการผิดปกติ เนื่องจากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยเฉพาะที่มีระดับความรุนแรงที่ 3 และ 4 มักพบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการกำเริบของโรคได้ตลอดเวลา

นอกจากนี้ที่กล่าวข้างต้น ผู้ดูแลยังต้องให้การดูแลทางใจควบคู่ไปด้วย เพราะจากการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายที่มีความรุนแรง และเจ็บป่วยยาวนานนี้เองที่ส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีความรู้สึกหวาดกลัว วิตกกังวล ท้อแท้สิ้นหวัง ดังนั้นผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการดูแลทางใจแก่ผู้ป่วยด้วย เพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตใจให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ภายใต้สภาพการแห่งความเจ็บป่วย โดยการสร้างกำลังใจ ซึ่งผู้ดูแลได้แสดงออกด้วยคำพูด และการกระทำ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเองไม่ถูกทอดทิ้งให้เผชิญกับความเจ็บป่วยทุกข์ทรมานเพียงลำพัง ได้แก่ การพูดคุยให้กำลังใจหรือแม้กระทั่งการจัดการให้ผู้ป่วยได้มีชีวิตที่แวดล้อมไปด้วยบุคคลอันเป็นที่รัก นอกจากนี้ผู้ดูแลยังช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบ เมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับสถานการณ์อันเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต โดยการใช้หลักศาสนา ได้แก่ การสวดมนต์ภาวนาให้อ่านวจนคติคำสวดได้คุ้มครองผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นริศรา ครุสาธู (2546) พบว่า ผู้ดูแลได้นำหลักศาสนาเข้ามาใช้ในการดูแลผู้ป่วย เพราะศาสนาทำให้จิตใจของผู้ป่วยสงบ และเป็นที่พึ่งทางจิตใจ เมื่อต้องเผชิญกับโรคร้ายแรงที่รักษาไม่หาย จนนำไปสู่การทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยตามความเชื่อของผู้ดูแล นอกจากนี้ผู้ดูแลได้ใช้การอยู่เป็นเพื่อน เพื่อให้ผู้ป่วยมีสติยอมรับกับสภาพการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ บรอสมโตรม, สตรอมเบิร์ก, ดาห์ลสตรอม และฟรีดลันด์ (Brostrom, Stromberg, Dahlstrom, & Fridlund, 2002) ที่พบว่า ผู้ดูแลให้การช่วยเหลือผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่ต้องตกอยู่ในสถานการณ์วิกฤตของชีวิต โดยการอยู่เป็นเพื่อน ไม่ทอดทิ้งให้ผู้ป่วยต้องอยู่เพียงลำพัง

ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จากการที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังทำให้สมาชิกครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหา และอุปสรรคที่ผ่านเข้ามาในชีวิต จึงสะท้อนถึงปัญหาที่เกิดขึ้นออกมา 3 ประเด็น คือ การขาดรายได้ ขาดความเป็นอิสระ และขาดความรู้ในการดูแล ซึ่งการที่ผู้ดูแลต้องเสียสละตนเองในการจัดสรรเวลาที่จะดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เนื่องจากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีการเปลี่ยนแปลงของอาการเจ็บป่วยที่ไม่มีความแน่นอน ไม่สามารถบอกได้ว่าจะเจ็บป่วยเวลาใด และอาการเจ็บป่วยแต่ละครั้งยังทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ดังจะเห็นได้จากสถิติผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังของโรงพยาบาลสูงเนิน พบว่ามีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วันด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวสูงถึง ร้อยละ 38.85 (เวชระเบียน และสถิติ

โรงพยาบาลสูงเนิน, 2555) จึงทำให้ผู้ดูแลตัดสินใจลาออกจากงาน ขาดงาน เพื่อมาดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ส่งผลต่อรายได้ครบถ้วน ทำให้รายได้ลดลง เงินไม่พอใช้ และเกิดหนี้สินตามมา อีกทั้งผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังทำให้ต้องการผู้ดูแลใกล้ชิด ผู้ดูแลจึงไม่สามารถละทิ้งให้ผู้ป่วยต้องอยู่คนเดียวตามลำพังได้ ต้องอยู่ดูแลผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่มีความเป็นอิสระ สอดคล้องกับการศึกษาของ เอเจน และคณะ (Agen et al, 2010) ที่พบว่าสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลมีความรู้สึกว่าตนเองขาดอิสระภาพ ถูกแยกออกจากสังคม อีกทั้งรู้สึกโดดเดี่ยว รู้สึกถึงการเป็นภาระ เกิดผลกระทบด้านการเงิน

จากการที่ผู้ดูแลเป็นผู้ที่ให้การดูแลใกล้ชิดกับผู้ป่วยนี้เอง ผู้ดูแลจึงรับรู้ถึงความเจ็บป่วยและอาการรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังทำให้คิดมาก และวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย จนทำให้ต้องอดนอน นอนไม่หลับ และโรคประจำตัวกำเริบ สอดคล้องกับการศึกษาของบรอสตรอม และคณะ (Brostrom et al., 2002) พบว่าผู้ดูแลมีอาการนอนไม่หลับ เนื่องจากต้องวิตกกังวล และเป็นทุกข์เกี่ยวกับอาการกำเริบของโรค โดยเฉพาะเมื่ออาการของผู้ป่วยทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลของสมาชิกครอบครัวอีกประการ คือ ขาดความรู้ในการดูแล เนื่องจากผู้ดูแลไม่มีความรู้ที่จะดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง อีกทั้งขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อน ซึ่งเกิดขึ้นในระยะแรกของการดูแลจึงทำให้ผู้ดูแลไม่กล้าที่จะดูแล ทำอะไรให้ไม่ถูก และกลัวว่าดูแลแล้วเป็นหนักกว่าเดิม เนื่องจากผู้ดูแลประเมินแล้วว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการดูแลเฉพาะโรค อีกทั้งการเจ็บป่วยแต่ละครั้งมีความรุนแรง และน่ากลัวได้แก่ ภาวะน้ำท่วมปอด ที่ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบ หายใจไม่ออก ใจจะขาด สอดคล้องกับการศึกษาของ พิกุล เจริญสุข (2549) ที่พบว่าสมาชิกครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมีความกังวลใจไม่กล้าแตะ เมื่อเห็นสภาพของผู้ป่วยที่มีอาการหนัก ทำให้ไม่กล้าทำอะไร เพราะกลัวว่าจะทำให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วย

การจัดการปัญหาของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จากการรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังของสมาชิกครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลต้องประสบกับปัญหาในการดูแล และเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่แตกต่างไปจากเดิม โดยที่มิได้คาดคิดมาก่อน ดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องมียุทธวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งผู้ดูแลได้สะท้อนถึงการจัดการปัญหาออกมา 3 ประเด็น คือ การทำใจยอมรับกับปัญหานั้น และแสวงหาความรู้ที่จะดูแลผู้ป่วย และการช่วยเหลือจากญาติ ซึ่งผู้ดูแลต้องมีการทำใจ โดยยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งการยอมรับนี้ต้องอาศัยหลักของศาสนาเข้ามาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เช่น ผู้ดูแลมีความเชื่อในเรื่องของกฎแห่งกรรม ใครทำสิ่งใดไว้ก็จะได้รับสิ่งนั้นตอบแทน และเชื่อในเรื่องของการทำบุญ อธิษฐานขอพรให้ตนเอง และครอบครัวมีความสุข จึงทำให้ได้รับ

ความสบายใจ หายเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของ โอเวน (Owen., 2004) พบว่าผู้ดูแลที่เป็น บุตรสาวที่ให้การดูแลผู้สูงอายุได้นำหลักศาสนา และความเชื่อมาใช้ในบทบาทของผู้ดูแลในการ ดูแลผู้สูงอายุด้วย และเมื่อผู้ดูแลทำได้แล้ว จึงนำไปสู่การแสวงหาความรู้ที่จะดูแลผู้ป่วย โดย ผู้ดูแลได้เรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ซึ่งในระยะแรกผู้ดูแลยังขาดความรู้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฟรีดแมน (Friedman, 1998) ที่พบว่าสมาชิกครอบครัวจะมีการ แสวงหาความรู้ในการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย ซึ่งเป็นระยะการพัฒนารูปแบบบทบาทของผู้ดูแลในการจัดการ ความเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัวระยะที่ 3 โดยสมาชิกครอบครัวจะแสวงหาความช่วยเหลือจาก แหล่งอื่น ได้แก่ ข้อมูลข่าวสารจากเอกสารแผ่นพับต่าง ๆ คำแนะนำจากแพทย์ และบุคลากรทางด้าน สุขภาพ ผู้ป่วยโรคหัวใจรายอื่น เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือแม้กระทั่งด้านไสยศาสตร์ ซึ่งความรู้ที่ผู้ดูแล ต้องการเรียนรู้ ได้แก่ ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะ โรค ยา รวมถึงผลข้างเคียงจากยา ตลอดจนอาการ ผิดปกติของผู้ป่วย และการจัดการอาการผิดปกติ (Imes, Dougherty, Pyper, & Sullivan, 2011)

จากการที่ผู้ดูแลต้องเสียสละตนเองในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลในเรื่องของการเงิน การงาน และสุขภาพ ผู้ดูแลจึงได้รับการช่วยเหลือจาก สมาชิกครอบครัวรายอื่น เนื่องจากสมาชิกครอบครัวรายอื่นรับรู้ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล จึงทำให้สมาชิกครอบครัวรายอื่นสมัครใจที่จะช่วยเหลือผู้ดูแลตามกำลังความสามารถเท่าที่ตนเอง จะทำได้ ซึ่งผู้ดูแลจะได้รับความช่วยเหลือในเรื่องของเงิน เวลา และแบ่งเบาภาระการดูแล เพื่อให้ ผู้ดูแลมีรายได้ไว้ใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย และตนเอง รวมถึงทำให้มีเวลาในการกระทำกิจธุระของ ตนเอง หรือพักผ่อนตามอัธยาศัย โดยจะได้รับความช่วยเหลือในเรื่องของเงิน เวลา และกำลังใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุไฮดาร์ แวเตะ (2551) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ได้รับการ ช่วยเหลือจากญาติ หรือสมาชิกครอบครัวรายอื่น คือ การช่วยดูแล การช่วยเหลือด้านการเงิน รวมถึง ให้กำลังใจผู้ดูแลอีกด้วย ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตไม่ได้แย่เพียงลำพัง และเผชิญปัญหาเพียงคน เดียว จึงมีกำลังใจที่จะดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เรื้อรัง สามารถนำไปใช้เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลใน 3 ด้านคือ 1) ด้านการ ปฏิบัติการพยาบาล 2) ด้านการศึกษาพยาบาล และ 3) ด้านการวิจัย

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลรวมทั้งบุคลากรทีมสุขภาพสามารถใช้เป็นข้อมูล พื้นฐานในการทำความเข้าใจถึงความรู้สึกนึกคิด ตลอดจนปัญหาที่เกิดขึ้นกับสมาชิกครอบครัวจาก การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และวางแผนให้การช่วยเหลือผู้ดูแลได้สอดคล้องกับความ

ต้องการของผู้ดูแลดังนี้

1.1 จากผลการศึกษาพบว่า สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลมีความรู้สึกเหนื่อย ซึ่งเป็นความรู้สึกเหนื่อยที่เกิดขึ้นจากการที่ต้องกระทำกิจกรรมให้การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ในแต่ละวัน จากการทำงาน และจากโรคประจำตัวของตนเอง โดยจะเกิดขึ้นในช่วงแรกของการดูแล เพราะต้องปรับตัวกับบทบาทใหม่ที่เพิ่มขึ้น จึงทำให้เกิดผลกระทบกับสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ดังนั้นพยาบาลรวมทั้งบุคลากรทีมสุขภาพต้องวางแผนช่วยเหลือ สมาชิกครอบครัวในช่วงแรกของการดูแล โดยต้องมีการวางแผนติดตามเยี่ยมบ้านให้บ่อยครั้ง เพื่อติดตามปัญหา วางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกับสมาชิกครอบครัว รวมทั้งส่งเสริมด้านกำลังใจแก่สมาชิก ครอบครัวให้สามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤตในการดูแลช่วงแรกไปได้

1.2 จากผลการศึกษาพบว่า สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลยังขาดความรู้ในการดูแล ผู้ป่วย ซึ่งจะเกิดขึ้นในระยะแรกของการดูแล จึงทำให้ไม่กล้าที่จะดูแล ทำอะไรให้ไม่ถูก หรือดูแล แล้วทำให้ผู้ป่วยเป็นหนักกว่าเดิม ดังนั้นพยาบาลรวมทั้งบุคลากรทีมสุขภาพสามารถนำผลการวิจัย ไปใช้ในการวางแผนช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ในเรื่องของการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ได้แก่ อาหารเฉพาะโรค ยา รวมถึงผลข้างเคียงจากยา การสังเกตอาการผิดปกติ และการจัดการอาการผิดปกติ เป็นต้น

1.3 จากผลการศึกษาพบว่า ปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง สามารถนำข้อมูลพื้นฐานที่ได้ไปใช้ในการแนะนำแหล่งประโยชน์ โดยประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สังคมสงเคราะห์ ศูนย์พัฒนาอาชีพฝีมือแรงงาน หรือกลุ่มฝึกอาชีพในชุมชน เพื่อให้สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลมีรายได้ควบคู่ไปกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ โดยไม่กระทบกับวิถีการ ดำเนินชีวิต

2. ด้านการศึกษาพยาบาล จากผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำข้อมูลพื้นฐานที่ได้ไปใช้เป็น ข้อมูลประกอบการเรียนการสอนให้แก่นักศึกษาพยาบาล รวมถึงบุคลากรด้านสุขภาพ เพื่อให้ได้ เรียนรู้ และเข้าใจถึงความรู้สึกของผู้ดูแล ตลอดจนปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจ ล้มเหลวเรื้อรังของสมาชิกครอบครัวว่าเป็นอย่างไร เพื่อให้สามารถวางแผนช่วยเหลือสมาชิก ครอบครัวได้อย่างครอบคลุม และตอบสนองต่อความต้องการของผู้ดูแลอย่างแท้จริง

3. ด้านการวิจัย เนื่องจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาเฉพาะผู้ดูแล ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่เป็นกรณีศึกษา กล่าวคือมีความสัมพันธ์กันทางสายเลือด หรือทาง กฎหมายกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ได้แก่ บุตร ภรรยา น้องชาย และหลาน เป็นต้น ดังนั้น ในการศึกษาค้นคว้าต่อไปจึงควรศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลลักษณะอื่น เช่น ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ใน ลักษณะเพื่อน หรือผู้ดูแลที่รับจ้างดูแล เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่สามารถนำไปพัฒนารูปแบบ

โปรแกรม เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังให้เหมาะสมกับผู้ดูแลแต่ละกลุ่ม

บรรณานุกรม

- จอม สุวรรณ โณ. (2541). ญาติผู้ดูแล: แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารพยาบาล, 47(3), 147-156.
- จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์. (2552). การดูแลตนเองของคนไทยที่มีภาวะหัวใจวาย. คุณฉันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์, สาขาการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชาย โพธิ์สีดา. (2554). ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินติ้ง.
- ทรงขวัญ ศิลาธิราช. (2542). อาการหอบเหนื่อย. ใน กาญจนา จันท์สูง (บรรณาธิการ), อาการวิทยาทางอายุรศาสตร์ (หน้า 208). ขอนแก่น: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นริศรา ครุสาธ. (2546). ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเอดส์ของภรรยา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิตา ชูโต. (2551). การวิจัยเชิงคุณภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: พรินต์โปร.
- พิกุล เจริญสุข. (2549). ประสบการณ์การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2553). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (พิมพ์ครั้งที่ 5). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- ยงเกษม วรเศรษฐการกิจ. (2547). การประเมินการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาอายุรศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. ราชบัณฑิตยสาร, 2(1), 84-92.
- เยาวภา บุญเที่ยง. (2545). การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพ และการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุหัวใจวายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้. กรุงเทพฯ: วีเจ พรินติ้ง.

รัชนี้ สรรเสริญ. (2551). ญาติผู้ดูแล: ขุมพลังทวิคูณการดูแลสุขภาพที่บ้าน. วารสาร

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 16(13), 1-13.

ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, จันทนา รัตนวิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วินัส ลิพหกุล และพัฒน์

คุ้มทวีพร. (2552). พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ:

บุญศิริการพิมพ์.

ศิริพร จิรวัดนกุล. (2553). การวิจัยเชิงคุณภาพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ:

ออฟเซ็ท ครีเอชั่น.

วันดี ไตสุขศรี. (2539). ความสามารถในการดูแล ความเครียด และภาระในการดูแลของผู้ดูแล

ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาล

ผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

เวระเบียน และสถิติโรงพยาบาลสูงเนิน. (2555). ข้อมูลสถิติผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง.

[ฐานข้อมูล].

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2547). ผู้ดูแลผู้สูงอายุ: การสังเคราะห์องค์ความรู้. กรุงเทพฯ:

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สภาองค์การสากลด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ ร่วมกับองค์การอนามัยโลก. (2552). แนวทาง

จริยธรรมสากลด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ ร่วมกับองค์การอนามัยโลก. นนทบุรี:

สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2539). การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์ (พิมพ์ครั้งที่ 4).

กรุงเทพฯ: วี เจ พรินติ้ง.

_____. (2552). การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 2 (พิมพ์ครั้งที่ 16). กรุงเทพฯ: วี เจ พรินติ้ง.

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ และชมรมหัวใจล้มเหลวแห่ง

ประเทศไทย. (ม.ป.ท). แนวทางการปฏิบัติมาตรฐาน เพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษา

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วันที่ค้นข้อมูล 10 เมษายน 2555, เข้าถึงได้จาก

http://www.thaiheart.org/images/column_1291454908/CHFGuideline.pdf

สุภางค์ จันทวานิช. (2554). วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 19). กรุงเทพฯ: ด่านสุทธาการพิมพ์.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2551). สถิติสาธารณสุข 2551. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การ

สงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

_____. (2552). สถิติสาธารณสุข 2552. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

_____. (2553). สถิติสาธารณสุข 2553. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

- สุไชดาร์ แวเตะ. (2551). *ประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย*.
 วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย,
 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อุดมลักษณ์ สุทวาศ. (2547). *ปัญหาและความต้องการของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในสถานบริการ
 สุขภาพพิเศษ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*. วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
 สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Agren, S., Evangelista, L., & Stromberg, A. (2010). Do partners of patients with chronic heart failure experience caregiver burden?. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 9, 254-262.
- American College of Cardiology and American Heart Association. (2005). *ACC/AHA 2005 Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult*. Retrieved August 5, 2011, from <http://circ.ahajournals.org/>
- Annerma, C., Luttik, L. M., & Jaarsma, T. (2009). Reasons for readmission in heart failure: Perspectives of patients, caregivers, cardiologists and heart failure nurses. *Heart and Lung*, 38(5), 427-434.
- Bakas, T., Pressler, S. K., Johnson, E. A., Nauser, J. A., & Shaneyfelt, T. (2006). Family caregiving in heart failure. *Nursing Research*, 55, 180-188.
- Brostrom, A., Stromberg, A., Dahlstrom, U., Fridlund, B. (2002). Congestive heart failure, spouses' support and the couple's sleep situation: A critical incident technique analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 223-233.
- Creswell, W. J. (2007). *Qualitative Inquiry Research Design: Choosing among Five Approaches*. New York: C & M Digitals.
- Friedman, M. M. (1998). *Family Nursing: Theory, Research and Practice*. Stamford: Simon & Schuster.
- Hernandez et al. (2010). Relationship between early physician follow-up and 30-day readmission among medicare beneficiaries hospitalized for heart failure. *JAMA*, 303(17), 1716-1722.
- Imes, C. C., Dougherty, M. C., Pyper, G., & Sullivan, D. M. (2011). Descriptive study of partner's experiences of living with severe heart failure. *Heart and Lung*, 40(3), 208-216.

- Katz, M. A. (2000). *Heart Failure: Pathophysiology, Molecular Biology and Clinical Management*. London: Wolters Kluwer.
- Kollipara et al. (2008). Relation of lack of knowledge about dietary sodium to hospital readmission in patients with heart failure. *American Journal Cardiology*, 102, 1212-1215.
- Liamputtong, P. (2010). *Research Methods in Health: Foundations for Evidence-Based Practice*. Melbourne: Oxford University.
- Lubkin, I. & Payne, E. M. (2006). Family caregivers. In Lubkin, I (Eds.), *Chronic Illness: Impact and Interventions* (pp. 258-282). Boston: Jones and Bartlett.
- Luttik et al. (2007). Caregiver burden in partners of heart failure patients: limited influence of disease severity. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 9, 695-701.
- Mahoney, S. J. (2001). An Ethnographic approach to understanding the illness experiences of patients with congestive heart failure and their family member. *Heart and Lung*, 30(6), 429-236.
- Martensson, J., Dracup, K., & Fridlunde, B. (2001). Decisive situations influencing spouse's support of patients with heart failure: A critical incident technique analysis. *Heart and Lung*, 30(6), 341-350.
- Martensson, J., Dracup, K., Canaey, C., & Fridlunde, B. (2003). Living with heart failure: depression and quality of life in patients and spouses. *Journal of Heart and Lung Transplantation*, 22(4), 460-467.
- Molloy, G. J., Johnston, D. W., & Witham, M. D. (2005). Family caregiving and congestive heart failure: Review and analysis. *The European Journal of Heart Failure*, 7, 592-603.
- Muzzarelli et al. (2010). Predictors of early readmission or death in elderly patients with heart failure. *American Heart Journal*, 160, 308-314.
- Owen, N. M. (2004). *The Lived Experience of Daughters who Care for Frail, Elderly Parents in the Parents' Home*. Doctoral dissertation, Department of Philosophy, University of Cincinnati.
- Pattenden, J. F., Roberts, H., & Lewin, R. P. (2007). Living with heart failure; Patient and carer perspectives. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6, 273-279.

- Pressler et al. (2009). Family caregiver outcomes in heart failure. *American Association of Critical-care Nurses*, 18(2). 149-159.
- Qiu, C., Winblad, B., Marengoni, A., Klarin, I., Fastbom, J., & Fratiglioni, L. (2006). Heart failure and risk of dementia and alzheimer disease. *American Medical Association*, 166, 1003-1008.
- Reainhard, C. S., Given, B., Petlic, H. N., & Bemis, A. (2008). *Supporting Family Caregivers in Providing Care*. Retrived June 14, 2012, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2665/>
- Ryan, M. & Farrelly, M. (2009). Living with an unfixable heart: A qualitative study exploring the experience of living with advanced heart failure. *European Society of Cardiology*, 8, 223-231.
- Schwarz, A. K. & Elman, S. C. (2003). Identification of factors predictive of hospital readmissions for patients with heart failure. *Heart and Lung*, 32, 88-99.
- Stull, E. D., Starling, R., Haas, G., & Young, B. J. (1999). Becoming a patient with heart failure. *Heart and Lung*, 28, 284-292.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
แนวคำถามที่ใช้สัมภาษณ์เจาะลึก

แนวคำถามเพื่อการสัมภาษณ์

แนวคำถามต่อไปนี้ เป็นแนวคำถามที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งแรกในการทำวิจัย เรื่องของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ซึ่งเป็นแนวคำถามอย่างกว้าง ๆ สามารถยืดหยุ่นได้ ปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อเอื้อต่อการติดตามประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริงของสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแล ดังนั้นบางคำถามอาจไม่ได้นำมาใช้ในการถามและบางคำถามอาจมีการเปลี่ยนแปลงและปรับปรุงใหม่ โดยมีแนวคำถามดังต่อไปนี้

แนวคำถามหลักเพื่อการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

- 1. คุณช่วยเล่าให้ฟังหน่อยซิค่ะว่า คุณมีความรู้สึกอย่างไรกับการที่ต้องดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และเพราะเหตุใดจึงรู้สึกเช่นนั้น.....
- 2.
- 3.
- 4. คุณยังมีอะไรที่ยังไม่ได้เล่าให้ฉันฟัง หรือต้องการจะเล่าเพิ่มเติมไหมคะ.....

ภาคผนวก ข

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัว

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

วันที่.....หมายเลขรหัส.....

1. เพศ () หญิง () ชาย
2. อายุ.....ปี
3. ศาสนา
 () พุทธ () คริสต์ () อิสลาม () อื่น ๆ โปรดระบุ.....
4. ระดับการศึกษา
 () ไม่ได้รับการศึกษา () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา
 () อนุปริญญา หรือ ปวส. () ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี
5. สถานภาพสมรส () โสด () คู่ () หม้าย () หย่าร้าง
6. ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โปรดระบุ.....
7. ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังตามการแบ่งของ NYHA
 () Class III () Class IV

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัว

วันที่.....หมายเลขรหัสผู้ให้ข้อมูล.....

1. เพศ () หญิง () ชาย
2. อายุ.....ปี
3. ศาสนา
() พุทธ () คริสต์ () อิสลาม () อื่น ๆ โปรดระบุ.....
4. ระดับการศึกษา
() ไม่ได้รับการศึกษา () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา
() อนุปริญญา หรือปวส. () ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี
5. สถานภาพสมรส () โสด () คู่ () หม้าย () หย่าร้าง
6. อาชีพ
() ว่างาน () เกษตรกรรม () รับจ้าง
() ค้าขาย () รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ () อื่น ๆ โปรดระบุ.....
7. รายได้/เดือน โปรดระบุ.....มีความเพียงพอกับรายจ่ายหรือไม่
() เพียงพอ () ไม่เพียงพอ
8. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็น
() คู่สมรส
() บุตร
() หลาน
() อื่น ๆ โปรดระบุ.....
9. ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โปรดระบุ.....
10. บทบาทการทำหน้าที่ในครอบครัว
() หัวหน้าครอบครัว
() สมาชิกครอบครัว
() อื่น ๆ โปรดระบุ.....

ภาคผนวก ค

แบบบันทึกการถอดความ และลงรหัสข้อมูล

แบบบันทึกการถอดความและลงรหัสข้อมูล

รหัสผู้ให้ข้อมูล.....ครั้งที่.....

วันที่.....สถานที่เก็บข้อมูล.....

สิ่งแวดล้อมขณะสัมภาษณ์

.....

.....

.....

ผู้พูด	ข้อความ	บรรทัดที่	รหัส

สรุปผล

.....

.....

.....

ภาคผนวก ง
แบบบันทึกการสังเกต
แบบบันทึกการสะท้อนคิด

แบบบันทึกการสังเกต

วัน เดือน ปี..... หมายเลขรหัสผู้ให้ข้อมูล.....

สัมภาษณ์ครั้งที่ เวลา.....

สถานที่.....

1. สังเกตสถานที่ ได้แก่ ลักษณะทางกายภาพของอาคารสถานที่ บรรยากาศ

.....

.....

.....

.....

.....

2. สังเกตพฤติกรรม ได้แก่ การแสดงออกทางแวตาสีหน้า ลักษณะคำพูด น้ำเสียง ท่าทาง กิริยา
อาการ รวมถึงการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ให้ข้อมูล ขณะทำการสัมภาษณ์ถึงประสบการณ์ใน
การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

.....

.....

.....

.....

.....

3. สังเกตบริบทหรือสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแล
สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัวอื่น และสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกครอบครัวที่
เป็นผู้ดูแลกับสมาชิกครอบครัวอื่น

.....

.....

.....

.....

.....

แบบบันทึกการสะท้อนคิดของผู้วิจัย

ครั้งที่.....วัน เดือน ปี.....เวลา.....สถานที่.....

ปัญหาและอุปสรรคจากการสัมภาษณ์/วิเคราะห์/บันทึกข้อมูล

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

แนวทางแก้ไขปัญหา

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ความรู้สึก อารมณ์ของผู้วิจัยต่อการสัมภาษณ์/วิเคราะห์/บันทึกข้อมูลครั้งนี้

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก จ
เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ประสพการณ์การเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังของสมาชิกครอบครัว

รหัสจริยธรรมการวิจัย 03-07-2555

ชื่อผู้วิจัย นางสาวสมฤดี ดินวนพะเนา

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้น เพื่อศึกษาความคิด ความรู้สึกของสมาชิกครอบครัวที่มีต่อการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง รวมถึงการรับรู้ถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และบริหารจัดการกับผลกระทบนั้น ตามการรับรู้และประสพการณ์ตรงของท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากเป็นผู้ที่มีประสพการณ์ตรงในการเป็นผู้ดูแลสมาชิกครอบครัวที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ซึ่งท่านจะได้รับการสัมภาษณ์อย่างน้อย 2-3 ครั้ง โดยจะใช้เวลาในการสัมภาษณ์ ประมาณ 40-60 นาที และจำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด ประมาณ 10-15 ราย

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ขอให้ท่านลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย พร้อมกับตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัว ซึ่งการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีค่าใช้จ่าย ไม่มีค่าตอบแทนที่เป็นตัวเงินหรือสิ่งของใดๆ แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยขณะสัมภาษณ์จะต้องขออนุญาตในการจดบันทึกข้อมูล พร้อมทั้งการบันทึกเสียงสัมภาษณ์ควบคู่กันไปด้วย เพื่อป้องกันการลืม และป้องกันการคลาดเคลื่อนของข้อมูล ทั้งนี้สถานที่ที่ใช้ในการสัมภาษณ์จะเป็นภายในบ้านของท่านที่ท่านเห็นว่าสะดวก และเหมาะสม ซึ่งวัน เวลาในการสัมภาษณ์ขึ้นอยู่กับความพร้อมของท่าน

ประโยชน์ที่ท่านจะได้รับ คือ พยาบาล และบุคลากรด้านการแพทย์ ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง สามารถนำข้อมูลที่ได้จากคำบอกเล่าของท่านไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังให้มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตามก็อาจมีความเสี่ยง หรือ

ความไม่สบายที่เกิดขึ้นจากการวิจัยได้แก่ อาจมีคำถามบางคำถามที่อาจจะกระทบต่อจิตใจท่าน ทำให้ไม่สะดวกที่จะตอบคำถามนั้น ซึ่งท่านมีอิสระที่จะไม่ตอบคำถามนั้นได้ โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้ท่านได้ตัดสินใจอย่างอิสระ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อให้ท่านมีเวลาในการคิดใคร่ครวญอย่างรอบคอบก่อนที่จะตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจของท่านเอง มิได้มีใครบังคับ ซึ่งผลการตัดสินใจของท่านจะไม่ส่งผลกระทบใดๆ กับวิถีชีวิต การดูแล หรือการรักษาพยาบาลผู้ป่วยแต่ประการใด สามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยได้ และมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ทุกเวลา โดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า รวมทั้งสามารถขอข้อมูลกลับคืนไปได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจากการสัมภาษณ์จะถูกเก็บเป็นความลับ โดยจะไม่มีการเปิดเผยชื่อ-สกุลของท่านแต่อย่างใด ส่วนข้อมูลที่ได้จากการบันทึกเสียงพูดคุยระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะทำการลบทำลายทิ้งเมื่อสิ้นสุดการศึกษาวิจัยครั้งนี้

หากท่านมีปัญหาคำถามหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางสาวสมฤดี ดินวนพะเนา หมายเลขโทรศัพท์ 088-3590611 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102835 (ในเวลาราชการ)

นางสาวสมฤดี ดินวนพะเนา

ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทรฯ 038-102823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้าน เพื่ออ่านและทำความเข้าใจหรือปรึกษากับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้

ภาคผนวก จ
แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เพิ่มเติม)

1. ชื่อเรื่อง

ประสบการณ์การเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังของสมาชิกครอบครัว

Experiences of Being Caregivers in Patients with Chronic Congestive Heart Failure of Family Members

2. ชื่อนิติ นางสาวสมฤดี คินวนพะเนา

รหัสประจำตัวนิสิต 53910025 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคปกติ)

3. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย (เพิ่มเติม)

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 03-07-2555

ให้เพิ่มเติม คือ เปลี่ยนสถานที่เก็บข้อมูล จากเดิม คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เป็น แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา

4. วันที่ให้การรับรอง: 2 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2555

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์เรื่อง ประสพการณ์การเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังของสมาชิก
ครอบครัว

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความ
เข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว ข้าพเจ้ามีความยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ
และข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา ซึ่งการบอกเลิกการเข้า
ร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะไม่เกิดผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น
จนกระทั่งข้าพเจ้ามีความพอใจ และข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยจะ
เปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจเป็นอย่างดีทุกประการ จึงได้ลงนาม
ในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย

(นางสาวสมฤดี ดินวนพะเนา)

ภาคผนวก ข

ลักษณะภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูล และผู้ปวยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ลักษณะภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูล และผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

พิกมลา อายุ 48 ปี เป็นบุตรสาวคนที่ 5 ในจำนวนบุตร 6 คนของผู้ป่วย จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 มีบุคลิกภาพเงียบขรึม ยิ้มแย้มแจ่มใส พิกมลาแต่งงานอยู่กินกับสามีนานประมาณ 20 ปี มีบุตรด้วยกันสองคน เพศหญิง 1 คน และเพศชาย 1 คน จนกระทั่งปี 2552 ผู้ป่วยซึ่งเป็นมารดาป่วยหนัก พี่สาวของพิกมลาต้องดูแลสามี ซึ่งเจ็บป่วยด้วยหลอดเลือดสมอง และน้องสาวของพิกมลาต้องดูแลสามีที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง อีกทั้งต้องดูแลกิจการร้านซักรีด ทำให้เกินกำลังที่จะดูแลผู้ป่วยได้ จึงขอร้องให้พิกมลา ย้ายกลับมาอยู่บ้าน เพื่อดูแลผู้ป่วย ดังนั้นพิกมลาจึงตัดสินใจมารับหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย โดยรับจ้างน้องสาวเป็นผู้บริหารร้านซักรีดได้ค่าจ้าง ประมาณ 7,000 บาทต่อเดือน โดยสามีของพิกมลา เปิดตู้ซ่อมรถยนต์ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยประมาณ 20,000-30,000 บาท

ผู้ป่วยอายุ 86 ปี เป็นมารดาของพิกมลา สถานภาพหม้าย เนื่องจากสามีเสียชีวิตไปแล้วประมาณ 3 ปี มีบุตรรวมทั้งสิ้น 6 คน เสียชีวิตไปแล้ว 1 คนด้วยอุบัติเหตุ ประมาณกลางปี 2553 ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพร่าเริง ยิ้มแย้มแจ่มใส เอาแต่ใจ และหลงลืม ประมาณปี 2552 ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเหนื่อยหอบ เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย มีภาวะความดันโลหิตสูง ต้องนำส่งโรงพยาบาลบ่อย ๆ แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจ และมีไทรอยด์ร่วมด้วย ให้รักษาแบบประคับประคอง เพราะไม่สามารถทำอะไรได้ เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุแล้ว ประมาณปี 2553 ผู้ป่วยตกเตียงในท่ายืน ทำให้ขาบวม ไม่รู้สึกตัว ช็อก ต้องนำส่งโรงพยาบาล และพักฟื้นที่โรงพยาบาลประมาณ 1 เดือน อาการทุเลากลับมาพักฟื้นต่อที่บ้านได้ ปัจจุบันผู้ป่วยมีอาการหลงลืมเป็นบางครั้ง คือ จดจำบุคคลไม่ได้ มีนัดติดตามผลของแพทย์ ทุก 1 เดือนที่โรงพยาบาลมหาราช เรื่องไทรอยด์ และทุก 3 เดือนที่โรงพยาบาลสูงเนิน เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

ป้าพร อายุ 63 ปี เป็นภรรยาของผู้ป่วย จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 มีบุคลิกภาพร่าเริง ยิ้มง่าย คุยเก่ง ป้าพรแต่งงานอยู่กินกับผู้ป่วยนานประมาณ 40 ปี โดยมีบุตรด้วยกัน 3 คน บุตรสาวคนโตแต่งงานกับชาวสวีเดนมีบุตรสาว 1 คน อาศัยอยู่ที่ประเทศสวีเดน บุตรชายคนกลางยังไม่ได้แต่งงาน และไม่ได้ทำงาน แต่ไปเช่าหอพักอยู่ที่อื่น กลับบ้านเป็นครั้งคราว ส่วนลูกสาวคนเล็กยังไม่ได้แต่งงาน ทำงานนวดแผนโบราณ เช่าหอพักอยู่ในตัวเมือง จะรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยไปตรวจตามนัดแพทย์ที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ซึ่งก่อนหน้านี้ป้าพร และสามีแยกกันอยู่

เนื่องจากผู้ป่วยไปประกอบอาชีพขับรถรับจ้าง – ส่งพนักงานโรงงาน นาน ๆ จึงจะกลับบ้าน ป้าพรมีรายได้จากการทำไร่อ้อย ซึ่งติดกับบ้านของตนเอง และจากการทำธุรกิจส่วนตัว รายได้ ประมาณ 20,000-30,000 บาท นอกจากนี้ป้าพรยังเป็น อสม.อีกด้วย ป้าพรมีโรคประจำตัวคือ ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน รับประทานยา และตรวจตามนัดทุก 3 เดือน

ผู้ป่วย อายุ 67 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 มีบุคลิกภาพเงียบขรึม หงุดหงิดง่าย เอาแต่ใจ อยากรู้อะไรต้องได้ทันที และมักจะวางอำนาจกับภรรยาแม้ว่าอยู่ต่อหน้าผู้อื่น ประมาณปลายปี 2551 ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเหนื่อย แน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นลิ้นโรคหัวใจ ต้องผ่าตัดใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ จึงกลับมาอยู่กับป้าพรที่บ้าน ภายหลังจากป่วยได้ 1 ปีแล้ว ช่วงปีแรกที่กลับมาอยู่บ้านอาการกำเริบบ่อยครั้ง ต้องเข้ารับการรักษาค่าที่โรงพยาบาล เฉลี่ย 3 เดือนครั้ง ด้วยอาการน้ำท่วมปอด ต่อมาอาการทุเลา แต่ต้นปี 2555 เริ่มมีอาการน้ำท่วมปอดอีก เฉลี่ย 3 เดือนครั้ง และมีอาการหงุดหงิด โมโหง่ายกว่าเดิม ผู้ป่วยยังสามารถขับรถไปโรงพยาบาล และช่วยเหลือตัวเองได้ แต่เมื่อกลับมาก็จะมีอาการเหนื่อยหอบอย่างเห็นได้ชัด

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3

น้องจอย อายุ 32 ปี เป็นบุตรสาวคนเล็กของผู้ป่วย ในจำนวนพี่น้อง 2 คน จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 6 มีบุคลิกภาพเงียบขรึม เครียดง่าย พุดน้อย น้องจอยแต่งงาน 3 ครั้ง โดยครั้งแรกมีบุตรสาวด้วยกัน 1 คน อายุประมาณ 10 ปี แล้วหย่าร้างกัน ต่อมาจึงแต่งงานครั้งที่ 2 มีบุตรชายด้วยกัน 1 คน อายุประมาณ 5 ปี แล้วหย่าร้างกัน ปัจจุบันอยู่กินกับสามีคนที่ 3 โดยไม่ได้จดทะเบียน และยังไม่มีการจดทะเบียน น้องจอยมีโรคประจำตัว คือ หอบหืด จะมีอาการเมื่อโดนฝุ่นละออง และอากาศเปลี่ยนแปลง สามีของน้องจอยป่วยเป็นโรคท้องมาน (Cystitis) จนกระทั่งต้นปี 2555 ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยหนัก ต้องเข้าพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล น้องจอยจึงตัดสินใจกลับมาอยู่ดูแลผู้ป่วยจึงทำให้น้องจอยต้องแยกกันอยู่กับสามี เนื่องจากสามีเข้ากับพ่อแม่ของน้องจอยไม่ได้ ประกอบกับสามีต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลปากช่อง เพราะอยู่ใกล้บ้าน โดยน้องจอยพานุตรสาวและบุตรชายของตนเองย้ายมาเรียนหนังสือ และอาศัยอยู่กับผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจที่ได้อยู่ท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รัก

ผู้ป่วย อายุ 60 ปี เป็นมารดาของน้องจอย สถานภาพคู่ บุคลิกภาพร่าเริง ชอบสนุก แต่ไม่ค่อยเป็นบางครั้ง และขี้เหงา อาชีพรับจ้าง ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับสามีตามลำพัง เพราะบุตรชายมีอาชีพรับจ้างต้องขับรถส่งของตามต่างจังหวัด จึงแยกตัวเองออกไปเช่าบ้านอยู่ในตัวเมือง ไม่ค่อยได้กลับบ้าน และบุตรสาวคือน้องจอยไปอยู่กับสามีที่อำเภอปากช่อง นาน ๆ จึงจะกลับมาเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยสุขภาพแข็งแรง ไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคใดมาก่อน จนกระทั่งต้นปี 2555 มีอาการเหนื่อยหอบ แน่น

หน้าอก หายใจไม่อิ่ม บวม ต้องเข้าพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลประมาณ 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยเห็นหน้า บุตรสาวที่ไปเยี่ยมถึงกับร้องไห้ เพราะคิดถึง ไม่ชอบรับประทานยา ไม่ไปรับการรักษาต่อเนื่อง

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4

น้องนก อายุ 20 ปี เป็นหลานสาวของผู้ป่วย จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 มีบุคลิกภาพร่าเริง จี๋อาย สุขภาพแข็งแรง อาชีพว่างงาน น้องนกแต่งงานแล้ว 1 ปี มีบุตรชายอายุ 6 เดือน สามีของน้องนกขับรถส่งของ มีรายได้ประมาณ 20,000 – 30,000 บาท น้องนกสนิทกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นตามาก เพราะผู้ป่วยเลี้ยงมาตั้งแต่แรกเกิด น้องนกจึงรัก และเคารพผู้ป่วยมาก อีกทั้งผู้ป่วยก็ไว้ใจน้องนกเพียงคนเดียว เมื่อน้องนกเรียนจบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายแล้ว จึงแต่งงานกับสามี ซึ่งผู้ป่วยได้ติดต่อไว้ให้ โดยสามีของน้องนกอายุรุ่นราวคราวเดียวกับพ่อของน้องนก น้องนกจึงต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย และยาย รวมถึงดูแลบุตรชายด้วย

ผู้ป่วย อายุ 73 ปี สถานภาพคู่ บุคลิกภาพเจี๊ยบขริ้ม พุดน้อย ประมาณต้นปี 2554 มีอาการเหนื่อยหอบ ขาบวมทั้งสองข้าง จึงไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ต้องพักรักษาตัว ประมาณ 1 เดือน ต่อมามีอาการซึมเศร้า และหลง แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น โรคซึมเศร้า เข้ารับการรักษาที่สถาบันราชนครินทร์ จังหวัดนครราชสีมา ได้ยามารับประทาน ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ช่วงแรกที่มีอาการภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยต้องเข้ารับการตรวจตามนัดทุกเดือน จนกระทั่งอาการทุเลา โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาจึงส่งตัวกลับมาับการรักษาที่โรงพยาบาลสูงเนิน นัดตรวจติดตามผล 3 เดือน

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5

พี่ปลาทอง อายุ 41 ปี เป็นบุตรสาวคนเดียว และเป็นคนสุดท้อง ในจำนวนบุตร 5 คน ของผู้ป่วย จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 6 มีบุคลิกภาพเจี๊ยบขริ้ม ยิ้มแย้มแจ่มใส สุขภาพแข็งแรง พี่ปลาทองแต่งงาน 2 ครั้ง โดยครั้งแรกแต่งงานอยู่กินกับสามีนานประมาณ 10 ปี ก็ต้องหย่าร้างแยกทางกันไป โดยมีบุตรสาวด้วยกัน 1 คน ต่อมาอีก 2 ปี พี่ปลาทองจึงแต่งงานกับสามีคนปัจจุบัน มีบุตรชายด้วยกัน 1 คน แล้วจึงกลับมาตั้งรกรากอยู่ภูมิลำเนาเดิม คือบ้านผู้ป่วย และอาศัยอยู่กับครอบครัวของพี่ชายอีก 1 คน ซึ่งแต่งงานมีครอบครัวแล้ว จนกระทั่งผู้ป่วย ซึ่งเป็นมารดาของพี่ปลาทอง เริ่มมีอาการเหนื่อยหอบ บวม พี่ปลาทองจึงรับหน้าที่เป็นผู้ดูแล โดยมีพี่ชายคอยดูแลแทน เมื่อพี่ปลาทองไปทำงานเข้ากะที่โรงงาน

ผู้ป่วยอายุ 71 ปี เป็นมารดาของพี่ปลาทอง สถานภาพคู่ มีบุตรรวมทั้งสิ้น 5 คน มีบุคลิกภาพหงุดหงิดง่าย เจ้าอารมณ์ จี๋น้อยใจ อาชีพเดิมทำนา สุขภาพก่อนเจ็บป่วยแข็งแรง มีเพียง

อาการปวดขา จึงไปรับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบัน ได้ยาบรรเทาอาการปวดกระดูกมา
รับประทาน แต่อาการเป็น ๆ หาย ๆ จึงซื้อยาชุดมารับประทานเอง ประมาณปลายปี 2553 ผู้ป่วยเริ่ม
มีอาการเหนื่อยหอบ บวม หายใจไม่อิ่ม ต้องนำส่งโรงพยาบาลสูงเนิน แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจ
จึงส่งต่อไปยังโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย นครราชสีมา แพทย์โรคหัวใจวินิจฉัยว่าเป็นหัวใจตีบ แนะนำให้
ผ่าตัดลิ้นหัวใจ แต่มีความเสี่ยงห้าสิบห้าสิบ เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุแล้ว ดังนั้นผู้ป่วยจึงถึงเลที่จะเข้า
รับการผ่าตัด และเมื่อกลับมาพักฟื้นที่บ้าน ผู้ป่วยรับรู้ข้อมูลจากเพื่อนบ้านที่มาเยี่ยมว่าคนสูงอายุที่
ผ่าตัดต้องตายทุกราย จึงทำให้ผู้ป่วยกลัวตัดสินใจไม่ผ่าตัด ซึ่งแพทย์โรคหัวใจก็ได้แนะนำให้รักษาแบบ
ประคับประคอง โดยให้ยามารับประทาน และนัดตรวจตามนัด ต้นปี 2555 ผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษ
ซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง โดยเฉพาะ 1 เดือนที่ผ่านมา ต้องเข้ารับการรักษซ้ำในโรงพยาบาลทุก
สัปดาห์ ซึ่งแพทย์ตรวจภาพรังสีทรวงอก พบว่าหัวใจผู้ป่วยมีขนาดโตมากจนคับอก แพทย์จึงแจ้งแก่
บุตรทุกคนว่าให้ทำใจ เพราะผู้ป่วยมีโอกาสช็อกได้ตลอดเวลา และผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบ นอน
ราบไม่ได้ ดังนั้นพี่น้องจึงได้ปรึกษากันถึงเรื่องการยืมถึงออกซิเจนจากโรงพยาบาลมาไว้ที่บ้าน
เพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้หายใจ กรณีที่หายใจไม่อิ่ม ซึ่งใช้เกือบตลอดเวลา เมื่อเข้าพบผู้ป่วยที่บ้าน ผู้วิจัย
พบว่าผู้ป่วยนั่งอยู่บริเวณห้องโถงชั้นล่างของบ้าน ด้านข้างมีถังออกซิเจนขนาดกลางตั้งอยู่พร้อมสาย
ออกซิเจน และมีจานอาหาร ขนม หม้อข้าว พร้อมถุงยาวางไว้ข้างตัว เพื่อสะดวกในการหยิบมา
รับประทาน โดยมีสามีของผู้ป่วยอายุไล่เลี่ยกันนั่งอยู่เป็นเพื่อน พร้อมหลานชาย ซึ่งเป็นลูกของพี่
ปลาทองนอนเล่นอยู่ใกล้ ๆ กัน เพราะป่วยเป็นโรคหัด จึงต้องหยุดโรงเรียน แต่วันนี้ป่วยเป็นวันที่ 5
แล้ว ไม่มีไข้ ผื่นตามตัวจางลง ร่าเริงดี สังเกตว่าผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย แต่ไม่หอบ เท้าสองข้างบวม
+1 เปลือกตาซีด พี่ปลาทองเล่าว่าผู้ป่วยรักลูกชายคนกลางมากที่สุด คิดถึงอยากให้มาหา แต่เนื่องจาก
มีเรื่องทะเลาะกันถึงขั้นรุนแรง จึงทำให้พี่ชายคนนี้ไม่ยอมมาเยี่ยมมารดา ถึงแม้ว่าพี่ปลาทองจะ
พยายามติดต่อให้มาเยี่ยมแล้ว แต่ก็ไม่มา จึงเป็นสาเหตุส่งเสริมให้มารดาเสียใจมาก โดยผู้ป่วยบอก
กับพี่ปลาทองบ่อย ๆ ว่าคิดถึงอยากให้มาเยี่ยม และร้องไห้บ่อยครั้ง

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6

น้องก้อง อายุ 32 ปี เป็นน้องชายคนเดียวของผู้ป่วย จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6
มีบุคลิกภาพร่าเริง รักสนุก ยิ้มแย้มแจ่มใส สถานภาพโสด สุขภาพแข็งแรง อาชีพรับจ้าง ทำงานเข้า
กะที่โรงงานใกล้บ้าน รายได้ต่อเดือนประมาณ 8,000 บาท พักอาศัยอยู่กับลุงและป้าที่บ้าน ซึ่งแต่เดิม
น้องก้องย้ายไปอยู่จังหวัดอื่นพร้อมบิดา มารดา และผู้ป่วย ซึ่งเป็นพี่ชาย แต่พี่ชายย้ายกลับมาอยู่กับ
ลุงและป้าก่อน ประมาณ 3 ปี บิดาของน้องก้องประสบอุบัติเหตุรถมอเตอร์ไซด์ชนกับรถยนต์ ทำให้
เป็นอัมพาตช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ต้องทำกายภาพ น้องก้องจึงต้องช่วยกันดูแลกับมารดา ประมาณ

2.5 ปีต่อมา พี่ชายมีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจเกินกำลังที่ลูกกับป้าจะดูแลได้ ประกอบกับบิดาอาการดีขึ้น เดินได้ พุดคุยพอรู้เรื่อง และน้องก็ต้องการกลับมาอยู่บ้านเดิม ที่จังหวัดนครราชสีมา จึงตัดสินใจกลับมาดูแลพี่ชายที่บ้านลูกกับป้า

ผู้ป่วยอายุ 34 ปี สถานภาพโสด จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 มีบุคลิกร่าเริง รักสนุก ชอบเที่ยว เอาแต่ใจ ชอบแสดงตน โอ้อวดต่อหน้าผู้อื่นเสมอ เช่น เพื่อนดื่มสุราได้มากกว่า ผู้ป่วยก็จะดื่มสุราให้มากกว่าแบบไม่มีการผสมจนหมดขวด สูบบุหรี่แบบมวนต่อมวน วันละ 2 ซอง อาชีพรับจ้าง ทำงานเข้ากะที่โรงงานใกล้บ้าน รายได้ต่อเดือนประมาณ 10,000 บาท พักผ่อนน้อย วันละ 1 ชั่วโมง แต่เมื่อสามปีก่อน ผู้ป่วยได้ย้ายกลับมาอยู่กับลูกและป้าที่จังหวัดนครราชสีมา โดยช่วยทำงานทุกอย่างเท่าที่จะทำได้ ได้แก่ งานไร่ งานนา จนกระทั่งกลางปี 2552 เริ่มมีอาการเหนื่อยหอบ เป็นลมบ่อย ญาตินำส่งโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น โรคกล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรง ทำการผ่าตัดใส่สายสวนหัวใจ ต้นปีปี 2555 มีอาการเหนื่อยหอบมากขึ้น และบวม ได้รับการผ่าตัดใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ อาการทุเลา แพทย์นัดตรวจติดตามผล 1 เดือน แต่ไปก่อนนัด เฉลี่ยเดือนละ 2 ครั้งด้วยอาการนำท่วมปอดและช็อก เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการบ่อยทำให้ผู้ป่วยสามารถสังเกตอาการผิดปกติได้ด้วยตนเอง และมีการเตรียมความพร้อมที่จะไปโรงพยาบาล โดยเตรียมกระเป๋า ซึ่งมีเสื้อผ้า ของใช้ไว้สะดวก เมื่อต้องไปโรงพยาบาล ปัจจุบันผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาล้างในโรงพยาบาล เฉลี่ยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทำให้รู้สึกท้อแท้กับอาการป่วย

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7

ป้าแก้ว อายุ 64 ปี เป็นบุตรสาวคนโตของผู้ป่วย ในจำนวนพี่น้อง 3 คน จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 มีบุคลิกภาพร่าเริง ยิ้มแย้มแจ่มใส สถานภาพหม้าย มีโรคประจำตัว คือ หัวใจขาดเลือด และความดันโลหิตสูง เจ็บป่วยนาน 20 ปี ได้รับการผ่าตัดหัวใจที่โรงพยาบาลมหาราชแล้ว อาการทุเลา โรงพยาบาลมหาราชจึงส่งต่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาลสูงเนิน มีนัดติดตามผลการรักษาทุก 3 เดือน อาชีพทำนา รายได้ต่อปีประมาณ 100,000 บาท พักอาศัยอยู่กับผู้ป่วย ซึ่งเป็นมารดามาตั้งแต่เกิดไม่เคยแยกจากกัน จนกระทั่งกลางปี 2552 ผู้ป่วยมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว

ผู้ป่วยอายุ 82 ปี สถานภาพคู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 มีบุคลิกเงียบขรึม เอาแต่ใจ จินตนาการ และหลงใหลร่วมด้วย ไม่ยอมไปอยู่กับบุตรสาวคนอื่น เพราะไม่สนิทใจเท่ากับบุตรสาวคนโต ประกอบกับตนเองยึดติดกับบ้านเกิดจะขอตายที่บ้านเกิดไม่ไปไหน สถานภาพคู่ อาศัยอยู่ร่วมกับสามี และป้าแก้ว สามีอายุ 86 ปี สุขภาพแข็งแรงดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ก่อนหน้านี้ผู้ป่วยสุขภาพแข็งแรง ไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคใดมาก่อน ประมาณปลายปี 2552 มีอาการของภาวะ

หัวใจล้มเหลว หอบเหนื่อย ไอแห้ง ๆ บ่อย หายใจไม่อิ่ม และบวม ได้รับการรักษาด้วยยาที่โรงพยาบาล
สูงเนิน มีนัดติดตามผลของแพทย์ทุก 3 เดือน มีการกลับเข้ารับการรักษซ้ำในโรงพยาบาล เฉลี่ย
เดือนละ 2 ครั้ง ด้วยภาวะน้ำท่วมปอด

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8

น้องป๋อง อายุ 40 ปี เป็นบุตรชายคนโตของผู้ป่วย ในจำนวนพี่น้อง 2 คน จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 มีบุคลิกภาพร่าเริง ขี้อาย สถานภาพหย่าร้างกับภรรยา นาน 1 ปี มีบุตรด้วยกัน 2 คน แต่อดีตภรรยารับผิดชอบเลี้ยงดูบุตรเอง น้องป๋องสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว อาชีพรับจ้าง ทำงานเข้ากะที่โรงงานที่ต่างจังหวัด รายได้ต่อเดือนประมาณ 8,000-10,000 บาท จนกระทั่งกลางปี 2554 ผู้ป่วยมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว แต่ยังมีบิดาเป็นผู้ดูแล ต่อมาบิดาเสียชีวิต น้องป๋องจึงลาออกจากงาน เพื่อมาดูแลมารดาเต็มตัว ทำให้ขาดรายได้ และรู้สึกไม่เป็นอิสระเหมือนแต่ก่อน ต้องรับการช่วยเหลือด้านการเงินจากน้องสาว ซึ่งส่งเงินมาให้เดือนละ 3,000 บาท น้องป๋องบอกว่าอยากมีแฟนมาก แต่ไม่มีเวลาไปจีบสาวที่ไหน เพราะต้องดูแลมารดา

ผู้ป่วยอายุ 74 ปี สถานภาพหม้าย จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 มีบุคลิกร่าเริง คุยเก่ง อาศัยอยู่กับสามี มีบุตร 2 คน แต่งงานแยกครอบครัวไปอยู่ต่างจังหวัด จนกระทั่งปี 2554 ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลว และสามีเป็นผู้รับผิดชอบดูแล ต่อมาสามีของผู้ป่วยเสียชีวิตลง จึงต้องอยู่เพียงลำพัง ปัจจุบันมีอาการเหนื่อยแต่ไม่หอบ บวม มีนัดติดตามผลการรักษาของแพทย์ทุก 1 เดือน

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9

พี่เพ็ญ อายุ 48 ปี เป็นบุตรสาวคนสุดท้องของผู้ป่วย ในจำนวนพี่น้อง 3 คน จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 มีบุคลิกภาพร่าเริง สถานภาพคู่ มีบุตร 2 คน แต่งงานมีครอบครัวไปหมดแล้ว พี่เพ็ญสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว อาชีพทำนา และรับจ้าง รายได้ต่อปีประมาณ 100,000 บาท พี่เพ็ญมีภรรยาเลี้ยงดูหลานชาย อายุประมาณ 5 ขวบ ซึ่งป่วยเป็นโรคหัวใจรั่วแต่กำเนิด มาเลี้ยงดู 1 คน จนกระทั่งต้นปี 2555 ผู้ป่วยมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว พี่เพ็ญจึงรับหน้าที่เป็นผู้ดูแล เพราะเป็นบุตรสาวคนสุดท้อง และอาศัยอยู่กับผู้ป่วย

ผู้ป่วยอายุ 68 ปี สถานภาพคู่ ไม่ได้รับการศึกษา อาชีพทำนา และรับจ้าง มีบุคลิกร่าเริง คุยเก่ง มีบุตร 3 คน แต่งงานแยกครอบครัวไปหมดแล้ว ยกเว้นพี่เพ็ญ จนกระทั่งต้นปี 2555 ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องอย่างรุนแรง แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคเกี่ยวกับม้าม ต้องตัดม้ามออก หลังจากกลับมาพักฟื้นที่บ้าน 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบ บวม และซีกอก จึงนำส่งโรงพยาบาล พบว่าเป็นภาวะหัวใจล้มเหลว ระยะแรกต้องเข้ารับการรักษารักษาซ้ำบ่อยครั้ง เช่น ตอนเช้าได้รับการจำหน่ายออก

จากโรงพยาบาล ตอนกลางคืนก็ต้องนำส่งโรงพยาบาล เฉลี่ยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ต่อมาแพทย์ปรับยาให้ ผู้ป่วยอาการทุเลา ไม่ได้กลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลอย่างแต่ก่อนนาน 2 เดือนแล้ว มีนัดติดตามผลการรักษาของแพทย์ 1 เดือน โดยต้องพบแพทย์ทั้ง 2 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และโรงพยาบาลสูงเนิน

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10

พื้มด อายุ 46 ปี เป็นบุตรสาวคนสุดท้องของผู้ป่วย ในจำนวนพี่น้อง 4 คน จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 มีบุคลิกภาพร่าเริง สถานภาพคู่ มีบุตร 2 คน กำลังศึกษาระดับปวส. และมัธยมศึกษาปีที่ 3 อาชีพเกษตรกรกรรม โดยทำนา ทำสวน และทำไร่ พื้มดมีโรคประจำตัว คือ ไทรอยด์เป็นพิษ เจ็บป่วยนาน 2 ปีแล้ว รับประทานยาแล้วไม่ดีขึ้น แพทย์ให้หยุดแร่ได้ 2 วัน รายได้ต่อปีประมาณ 100,000 บาท จนกระทั่งต้นปี 2553 ผู้ป่วยมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว หายใจไม่อิ่ม หอบเหนื่อย และบวม พื้มดจึงรับหน้าที่เป็นผู้ดูแล เพราะเป็นบุตรสาวคนสุดท้อง และอาศัยอยู่กับผู้ป่วย

ผู้ป่วยอายุ 80 ปี สถานภาพคู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 มีบุคลิกเงียบขรึม พูดน้อย นิสัยหงุดหงิดง่าย เอาแต่ใจ พื้มดบอกว่าผู้ป่วยมักจะอาละวาดเป็นบางครั้งที่ไม่พอใจ มีบุตร 4 คน แต่งงานแยกครอบครัวไปอยู่ไม่ห่างไกลจากบ้านของผู้ป่วยนัก สามารถไปมาหาสู่ได้สะดวก แต่ลูกสาวคนโต และคนที่สามนาน ๆ ครั้งจึงจะแวะเวียนมาเยี่ยมผู้ป่วย ส่วนบุตรสาวคนที่สอง ประกอบอาชีพช่างเย็บผ้าอยู่ที่กรุงเทพฯ จะมาเยี่ยมเป็นประจำ และช่วยดูแลผู้ป่วยกรณีที่ผู้ป่วยต้องพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล และส่งเงินมาให้พื้มดไว้ใช้ในการดูแลผู้ป่วยด้วย จนกระทั่งต้นปี 2553 ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบ บวม จึงนำส่งโรงพยาบาล พบว่าเป็นภาวะหัวใจล้มเหลว จึงทำให้ผู้ป่วยเครียด คิดมาก จากที่เคยทำกิจกรรมได้ตามปกติ สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ แต่เมื่อเจ็บป่วยจึงไม่สามารถทำได้เหมือนแต่ก่อน กลางปี 2553 ผู้ป่วยเริ่มมีอาการซึมเศร้า ไม่พูดกับใคร พื้มดจึงนำส่งโรงพยาบาลจิตเวช แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ให้ยามารับประทาน และมีนัดติดตามผลทุก 1 เดือน เมื่ออาการอยู่ในขั้นที่น่าพอใจแพทย์ที่โรงพยาบาลจิตเวชได้ส่งต่อให้มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสูงเนิน