

ประสบการณ์อาการหายใจลำบากในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว*

Experiences of Dyspnea in Patients with Heart Failure

เวอวดาว รอดเสถียร** พย.ม.
วัลภา คุณทรงเกียรติ*** พย.ด.
สุภาพรณี ดั่งแพง*** พย.ด.

Veawdaow Roadstearn., M.N.S.
Wanlapa Kunsongkeit, Ph.D.
Supaporn Duangpaeng, D.N.S.

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อบรรยายประสบการณ์อาการหายใจลำบากในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากจากภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตาคลี จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 10 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตและการจดบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบประเด็นหลัก 3 ประเด็น ดังนี้ คือ ประเด็นหลักที่ 1) ความรู้สึกต่ออาการหายใจลำบาก พบ 2 ประเด็นย่อย คือ เหนื่อยเหมือนจะตายและรู้สึกอยากตาย ประเด็นหลักที่ 2) ผลกระทบจากอาการหายใจลำบาก พบ 4 ประเด็นย่อย คือ ทำงานได้ไม่เหมือนเดิม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง เป็นภาระของครอบครัว และผลกระทบด้านจิตใจได้แก่ กลัวตาย ห่อเหี่ยวในชีวิต และควมมีคุณค่าในตนเองลดลง ประเด็นหลักที่ 3) การจัดการอาการหายใจลำบากพบ 2 ประเด็นย่อยคือ การจัดการอาการด้วยตนเองและการจัดการอาการด้วยบุคคลอื่นโดยบุคคลภายในครอบครัวและบุคลากรทางสาธารณสุข

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า พยาบาลควรทำความเข้าใจผู้ป่วยในเชิงลึกและนำข้อมูลที่ได้มาเป็นพื้นฐานของการวางแผนการพยาบาลให้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น
คำสำคัญ : ประสบการณ์อาการหายใจลำบาก ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว

Abstract

The purpose of this qualitative study was to describe experiences of dyspnea in patients with heart failure. Ten participants with heart failure admitted to the Takhli hospital in Nakhon Sawan province were purposively selected. Data were collected by using in-depth interview, observation and field note. Content analysis method was used to analyze the data.

The result found three themes. First, feeling of dyspnea which consisted of 2 categories: Tired like dying and feel like to die. Second, impacts of dyspnea which consisted of 4 categories: Being unable to work as usual, decreasing ability for daily living activities,

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบราชสันติสาธิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลตาคลี จ.นครสวรรค์
*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

feeling of families' burden, and psychological impact demonstrating with fear of dying, feeling of downhearted living, and low self-esteem. Third, symptom management of dyspnea which consisted of 2 categories: Self-managing symptom and managing symptoms by others including family members and health care providers.

The results of this study shows that nurses should deeply understand the patients and use the results as a base for a more effective nursing care plan for the patients with heart failure.

Key words : Experience of dyspnea, patients with heart failure

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นปัญหาของระบบสาธารณสุขทั่วโลก ที่พบอัตราการป่วย และอัตราการเสียชีวิตด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้นถึงแม้จะมีการรักษาที่ก้าวหน้าก็ตาม (Hunt, Abraham, Chin, Feldman & Francis, 2009) และมีอัตราการกลับเข้ามาอนในโรงพยาบาลซ้ำ ๆ สูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ (Hobbs et al., 2002) ลักษณะอาการสำคัญที่นำผู้ป่วยกลุ่มนี้กลับเข้ามารักษาซ้ำ ๆ ในโรงพยาบาลคือ อาการหายใจลำบากที่รุนแรง (Jurgens, 2006) ซึ่งพบผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการหายใจลำบากในท่านอนราบ (orthopnea) มีความสัมพันธ์กับอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญ (Silva et al., 2004)

อาการหายใจลำบากเป็นความรู้สึกที่ไม่สุขสบายขณะหายใจ แน่น อึดอัด หายใจไม่อิ่มที่เกิดจากภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นผลจากภาวะหัวใจไม่สามารถบีบตัวส่งเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่างๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอ เกิดภาวะปอดบวม น้ำส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพ

การแลกเปลี่ยนก๊าซของปอดลดลงจึงต้องออกแรงในการหายใจเพิ่มขึ้น (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์ จันทนารณฤทธิ์วิชัย วิไลวรรณ ทองเจริญ วินัส สัพทกุล และพัสมนต์ คุ่มทวีพร, 2550; Hunt et al., 2009) โดยความรู้สึกต่ออาการหายใจลำบากขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ซึ่งพบว่าอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นมี 3 อาการคือ อาการหายใจลำบากที่เกิดทุกวัน อาการหายใจลำบากที่เลวลง และอาการหายใจลำบากที่ควบคุมไม่ได้แล้วมีผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย (Edmonds et al., 2005) ในประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบทุกวัน ร้อยละ 40 และเวลาของการเหนื่อยหอบแต่ละครั้งจะนาน 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง (วันทนา มณีศิลป์, 2543) ซึ่งเมื่อมีอาการหายใจลำบากเกิดขึ้นจะทำให้แต่ละคนมีวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นแตกต่างกันไปและทำให้เกิดผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน

การจัดการกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการและประสบการณ์ของแต่ละคนที่แตกต่างกันดังเช่นใช้วิธีการนับเลขเพื่อควบคุมอาการหายใจลำบากแต่ถ้ารู้สึกว่าการแย่งลงจะไปรับบริการที่โรงพยาบาล (Edmonds et al., 2005) หรือหยุดทำกิจกรรมและทำกิจกรรมอย่างช้าๆ พักผ่อนในห้องที่เงียบสงบให้บุตรหลานบีบนวดเพื่อให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย การเปลี่ยนแปลงท่าทาง การปรับเปลี่ยนอุณหภูมิห้อง การใช้ยา การใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ จำกัดการรับประทานอาหารที่มีเกลือผสม การติดตามอาการของตนเอง

การสนับสนุนจากครอบครัว (Bennett, Cordes, Westmoreland, Castro & Donnelly, 2000) แต่ถึงจะมีวิธีการจัดการกับอาการด้วยกันหลายวิธี ก็ยังพบผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวนมากยังเผชิญกับความยากลำบากในการจัดการอาการ

หายใจลำบากที่เกิดขึ้น (Grady et al., 2000) ทำให้ไม่สามารถจัดการกับอาการหายใจลำบากไม่สำเร็จ

เมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวไม่สามารถที่จัดการกับอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นได้จะมีผลต่อผู้ป่วยด้านร่างกาย เช่น มีอาการอ่อนเพลีย เวียนศีรษะ ความทนต่อกิจกรรมลดลง (Carelock & Clark, 2001) ด้านจิตใจมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวล และกลัวตาย (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551) เกิดภาวะซึมเศร้า ด้านสังคมจะมีรูปแบบการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไปต้องเรียนรู้ถึงสิ่งที่ตนเองทำได้และทำไม่ได้ ต้องพัฒนาวิธีการแก้ปัญหาและปรับตัวให้เข้ากับแผนการรักษา (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551) จึงจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น (Barnett, 2005) ซึ่งทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเลวลง ส่วนผลต่อภาวะเศรษฐกิจ คือ ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น ซึ่งเกิดจากการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบ่อยครั้ง

การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากจากภาวะหัวใจล้มเหลว จะมุ่งเน้นการดูแลเพื่อแก้ไขปัญหาด้านร่างกายเพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤต แต่ถึงแม้ว่าจะได้รับการแก้ไขแล้ว ผู้ป่วยก็ยังประสบกับอาการหายใจลำบากและปัญหาในการจัดการกับอาการเหนื่อยหอบ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาเดิมได้อีก ซึ่งการแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่นอกเหนือจากทางด้านร่างกายแล้ว การทำความเข้าใจถึงความรู้สึก นึกคิดของผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ตรงอย่างลึกซึ้ง จะทำให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจจะศึกษาประสบการณ์อาการหายใจลำบากจากภาวะหัวใจล้มเหลวด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อบรรยายประสบการณ์อาการหายใจลำบากในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

สถานที่ศึกษา

สถานที่ศึกษา คือโรงพยาบาลกับที่พักออาศัยของผู้ให้ข้อมูล

1. สถานที่ศึกษาในโรงพยาบาลได้แก่โรงพยาบาล ดาศลิ จังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งมีขนาด 90 เตียง หอผู้ป่วยที่ใช้ในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ หอผู้ป่วยชาย หอผู้ป่วยหญิง และหอผู้ป่วยไอซียู

2. ที่พักออาศัยของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยไปทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายหลังจากที่ผู้ให้ข้อมูลได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว 1 สัปดาห์ ตามความยินยอมเข้าร่วมวิจัย และให้ผู้วิจัยได้รับอนุญาตเข้าไปสัมภาษณ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) เพื่อบรรยายประสบการณ์อาการหายใจลำบากในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลดาศลิโดยผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. เป็นผู้ป่วยเข้าพักรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลดาศลิด้วยอาการหายใจลำบากจากภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นครั้งที่ 2 ขึ้นไป
3. เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในระดับความรุนแรงของโรคในระดับที่ 2 และ 3
4. เป็นผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารได้เข้าใจ
5. เป็นผู้ที่มีความพร้อมที่จะเข้าร่วมงานวิจัย และยินดีเข้าร่วมในการทำวิจัยและทำการศึกษาในระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2553 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2555 รวมจำนวนผู้ให้ข้อมูล 10 ราย

การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำเสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์ต่อ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อพิจารณาจริยธรรม ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการทำวิจัย ดังนี้ การแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนประโยชน์ที่ได้ในการทำวิจัย ซึ่งใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เวลาในการสัมภาษณ์ไม่เกิน 30 นาที ขึ้นอยู่กับความพร้อมและอาการของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งผู้ให้ข้อมูลจะได้รับการสัมภาษณ์ประมาณ 1-2 ครั้ง ข้อมูลที่ได้จะเก็บไว้เป็นความลับ มีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่ทราบข้อมูล การรายงานผลนำเสนอเป็นภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูลแต่เป็นการใช้รหัสแทน และข้อมูลที่ได้จะทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ในระหว่างการสนทนาถ้าผู้ให้ข้อมูลจะยุติการสนทนาได้ เมื่อมีคำตอบที่ไม่สะดวกใจที่จะตอบ และผู้ให้ข้อมูลมีปฏิกิริยาที่รู้สึกสะเทือนใจ ผู้วิจัยจะหยุดการสนทนาทันที และดูแล ผู้ให้ข้อมูลให้รู้สึกผ่อนคลาย ประกอบกับถ้าหากผู้ให้ข้อมูลมีอาการเหนื่อยหอบ ผู้วิจัยจะช่วยเหลือด้วยการจัดท่านอนศีรษะสูง และสอนการหายใจที่ถูกต้อง เพื่อบรรเทาอาการหายใจลำบาก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย : ผู้วิจัย ซึ่งเป็นเครื่องมือหลักในการวิจัย แนวคำถามในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เช่น คุณรู้สึกอย่างไรเมื่อเกิดอาการหายใจลำบาก ทำไมถึงรู้สึกเช่นนั้น เมื่อเกิดอาการแล้วคุณคิดว่ามีผลอย่างไร และมีวิธีการจัดการกับอาการอย่างไร แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สภาพภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน และบทบาทในครอบครัว แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ประกอบด้วยโรค

ประจำตัว สิทธิในการรักษา จำนวนครั้งที่นอนในโรงพยาบาลด้วยอาการหายใจลำบาก ยาที่ได้รับการรักษาในปัจจุบัน การรักษาอื่นๆ นอกจากคำสั่งการรักษาของแพทย์ แบบบันทึกการสังเกต ซึ่งสังเกตสิ่งแวดล้อมต่างๆ กิริยาท่าทางของผู้ถูกกรสัมภาษณ์ แบบบันทึกการสะท้อนคิดของผู้วิจัย เป็นการบันทึกความรู้สึก และความคิดของผู้วิจัยที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินการวิจัย และอุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง สมุดจดบันทึกและปากกา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจาก คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากลิ และหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ขอความร่วมมือให้เป็นผู้ประสานงานแก่เจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยพบผู้ป่วยเพื่อทำการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวร่วมกับชี้แจงรายละเอียด และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยขออนุญาตจดประวัติจากเวชระเบียนในหอผู้ป่วย และติดตามเยี่ยมสังเกตอาการและพฤติกรรมขณะที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล จนได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และเริ่มทำสัมภาษณ์ที่บ้านพักของผู้ให้ข้อมูล หลังจากออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว 1 สัปดาห์ ซึ่งมีการนัดหมายวันและเวลาไว้ล่วงหน้า

3. ผู้วิจัยพบผู้ให้ข้อมูลทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก โดยมีแนวคำถามที่สร้างขึ้นให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าประสบการณ์ของตนเอง มีการบันทึกเทปขณะสัมภาษณ์ มีการจดบันทึกภาคสนาม บรรยากาศในระหว่างการสัมภาษณ์ การสังเกตพฤติกรรม และบันทึกการสะท้อนคิดของผู้วิจัย เพื่อแยกแยะความ

รู้สึกนึกคิดของผู้วิจัยในแต่ละรายทันทีเมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ทุกครั้งเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน และได้ข้อมูลที่ได้มาลดข้อความจากเทปบันทึกเสียงทันทีหลังจากการสัมภาษณ์ และในการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 จะสรุปประเด็นที่ได้จากครั้งแรกให้ผู้ให้ข้อมูลรับทราบ เพื่อยืนยันคำตอบและความถูกต้องของข้อมูล แล้วถามประเด็นที่ต้องการทราบเพิ่มเติม เวลาในการสัมภาษณ์เฉลี่ย 20.05 นาที ซึ่งจำนวน ผู้ให้การสัมภาษณ์ในครั้งที่ 2 มี 5 ราย ครั้งที่ 3 มี 2 ราย และต้องยุติการสัมภาษณ์เมื่อมีอาการหายใจลำบากเกิดขึ้น 3 ราย และ 1 ราย ร้องไห้ในขณะที่สัมภาษณ์ หลังจากจบการสัมภาษณ์ได้กล่าวคำขอบคุณที่ให้ข้อมูล และนัดหมายการสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป

4. ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลไปจนได้ข้อมูลอิ่มตัวเกิดขึ้นในผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10 จึงยุติการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ของ สุกวงค์-จันทวานิช (2551) โดยมี 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1) นำข้อมูลที่ได้มาแยกประเด็นบันทึกออกเป็นเรื่องๆ จัดหมวดหมู่ของข้อมูลในลักษณะเชิงบรรยาย 2) นำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปออกมาเป็นภาษาเขียน ถอดคำต่อคำ มาเรียบเรียงให้อยู่ในรูปแบบของข้อความ คำพูด ประโยค วลี ในแต่ละบรรทัด 3) วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ แยกแยะ และจำแนกข้อความที่มีความสำคัญมาให้รหัสเบื้องต้น (coding) ของข้อมูล 4) นำรหัสเหล่านั้นจัดเป็นหมวดหมู่แบ่งแยกประเภท (category) 5) นำข้อมูลที่ได้จากจำแนกประเภทมาหาข้อสรุปผลชั่วคราวและการกำจัดข้อมูล (memoing and reduction) 6) สรุปข้อมูลแต่ละรายมารวมกันหาข้อสรุปตามความเป็นจริงที่ปรากฏและที่ได้ตรวจสอบ และยืนยันมาประมวลเชื่อมโยงเข้าเพื่อ

สร้างบทสรุป แล้วจึงสรุปผล

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

ผู้วิจัยได้สร้างความน่าเชื่อถือของงานวิจัยตามแนวทางของ Lincoln and Guba (1985 cited in Streubert & Carpenter, 1999) ดังนี้

1. ความน่าเชื่อถือ (credibility) ผู้วิจัยสร้างความน่าเชื่อถือโดย

1.1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล โดยการติดตามเยี่ยมอาการผู้ป่วย พูดคุย แสดงท่าทีเป็นมิตร ห่วงใยต่อผู้ให้ข้อมูลทุกครั้งที่พบ จนผู้ให้ข้อมูลเกิดความไว้วางใจ แล้วจึงขออนุญาตทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

1.2 การสร้างความเชื่อมั่นในตัวผู้วิจัย ผู้วิจัยได้เตรียมตัวก่อนทำวิจัย ศึกษาระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เอกสารตำราที่เกี่ยวกับประสบการณ์ อาการหายใจลำบาก การจัดการ และผลกระทบที่เกิดตลอดจนได้มีการฝึกปฏิบัติในการสัมภาษณ์ การสังเกต การวิเคราะห์ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการหายใจลำบาก รวมถึงการได้รับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพมากขึ้น

1.3 การตรวจสอบความตรงของข้อมูล ผู้วิจัยใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีที่ต่างกัน (methods triangulation) ด้วยวิธีการรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการสังเกต

1.4 ผู้วิจัยทำการสะท้อนคิดของผู้วิจัย เพื่อตรวจสอบ ความคิด ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในขณะที่เก็บข้อมูลเพื่อลดความลำเอียงที่อาจเกิดขึ้นได้

1.5 การยืนยันโดยผู้ให้ข้อมูล นำข้อมูลที่ได้ออกให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยัน และเพิ่มเติมรายละเอียดที่ยังไม่ชัดเจน ซึ่งได้นำข้อมูลไปให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันตรวจสอบทั้งหมด 7 ราย

2. การถ่ายโอนงานวิจัย ผู้วิจัยได้เขียนบรรยายลักษณะสถานที่ศึกษา การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงของผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้เข้าใจและสามารถประยุกต์ใช้ได้กับบริบทที่คล้ายคลึงกัน

3. การพึ่งพากับเกณฑ์อื่นได้ ผู้วิจัยได้บรรยายถึงขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การสังเคราะห์ข้อมูล และการสรุปผลการวิจัยอย่างละเอียด เพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจและตรวจสอบได้

4. การยืนยันผลการวิจัย เป็นการวัดความเป็นกลางหรือการไม่ลำเอียงซึ่งการยืนยันความเป็นจริงจะเกิดขึ้นได้เมื่อ การวิจัยต้องมีขั้นตอนของความน่าเชื่อถือได้ การถ่ายโอนงานวิจัยและการพึ่งพาคriteriaอื่นได้

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ให้ข้อมูลและข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา

ผู้ให้ข้อมูลในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากจากภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตาคี จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 10 ราย เป็นเพศหญิง 7 ราย ชาย 3 ราย อายุเฉลี่ย 60 ปี ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ 10 ราย ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 6 ราย จบประกาศนียบัตรชั้นสูง 1 ราย และไม่ได้เรียนหนังสือ 3 ราย มีสถานภาพสมรสคู่ 5 ราย หม้าย 4 ราย และหย่าร้าง 1 ราย ส่วนใหญ่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ 9 ราย ทำธุรกิจส่วนตัว 1 ราย รายได้ส่วนใหญ่ได้ค่าครองชีพจากผู้สูงอายุเดือนละ 500 บาท 6 ราย ไม่มีรายได้ 3 ราย และไม่ต้องการระบุ 1 ราย บทบาทในครอบครัวจะเป็นสมาชิกในครอบครัว 9 ราย และเป็นหัวหน้าครอบครัว 1 ราย ผู้ให้ข้อมูลจะมีโรคประจำตัว โรคที่พบได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ไตวาย และโรคเก๊าท์ ซึ่งแต่ละคนจะพบได้มากกว่า 1 โรค และจำนวนของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วย

อาการหายใจลำบากอยู่ระหว่าง 2-3 ครั้งในระยะ 1 เดือน 5 ราย 10-14 ครั้ง 2 ราย ในระยะ 6 เดือน และ 15-20 ครั้ง 3 ราย ภายใน 1 ปี ยาที่ได้รับมีด้วยกันหลายกลุ่มดังเช่น ยาลดไขมันในเส้นเลือด ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ยากระตุ้นการเต้นของหัวใจ ยากลุ่ม Beta-blocker ยา ACEI ยารักษาระดับน้ำตาลในกระแสเลือดและยาคุมลดความดันเลือด ส่วนในเรื่องการรักษาแบบอื่น ๆ มี 8 ราย และซื้อยาสมุนไพรรับประทาน เช่น ยาแก้เป็นลม 2 ราย และสิทธิในการรักษา ใช้สิทธิประเภทประกันสุขภาพมี 8 ราย และเบิกได้ 2 ราย

ส่วนที่ 2 ประสพการณ์อาการหายใจลำบากของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

แบ่งได้ 3 ประเด็นหลัก คือ ความรู้สึกต่ออาการหายใจลำบาก ผลกระทบจากอาการหายใจลำบาก และการจัดการอาการหายใจลำบากที่เกิดจากภาวะหัวใจล้มเหลว มีรายละเอียดดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 ความรู้สึกต่ออาการหายใจลำบาก

ความรู้สึกต่ออาการหายใจลำบากเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ให้ข้อมูลมีอาการหายใจลำบากโดยได้สะท้อนว่าเป็นความรู้สึกเหนื่อยเหมือนจะตาย ซึ่งลักษณะการเกิดอาการหายใจลำบากจะเป็นการเกิดขึ้นบ่อยครั้ง จนทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกอยากตาย

1.1 เหนื่อยเหมือนจะตาย เป็นความรู้สึกที่มีลักษณะเหนื่อยจนหอบ เกิดหายใจไม่ทัน หายใจไม่อิ่ม หายใจไม่ออก แน่น จุก จนรู้สึกว่าจะหยุดหายใจเหมือน จะขาดใจ และคนใกล้จะตาย

“เหนื่อย เหมือนคนหอบ เหมือนคนหายใจไม่ออก บอกว่าเหมือนคนจะขาดใจอย่างนั้นเวลาเป็นนะเหมือนคนขาดใจเลย มันหายใจไม่อิ่มเหมือนคนจะขาดใจอย่างนั้นคิดว่าตาย”(ID 2)

1.2 ความรู้สึกอยากตาย สะท้อนในลักษณะที่มีอาการเกิดบ่อยครั้ง และมีความรู้สึกไม่

อยากที่จะหายใจ เหมือนจะหยุดหายใจ ทรมาณ จน
ทำให้คิดว่าไม่อยากจะมีชีวิตอยู่และอยากตาย

“หายใจไม่อิ่ม เหมือนคน จะหยุดหายใจ...
คิดว่า ไปก็ไปเหอะ อยู่ก็ทรมาณคือว่ามันทรมาณ...สุด ๆ
จนเราไม่คิดอยากที่จะอยู่แล้วอะ อย่าให้เหนื่อยทำไมเล่า
ก็ว่าอย่างงี้”(ID 7)

ประเด็นหลักที่ 2 ผลกระทบจากอาการหายใจ
ลำบาก

ผลกระทบจากการอาการหายใจลำบากทำให้
ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถที่ปฏิบัติกิจกรรมที่เคยทำได้
ก่อนการเจ็บป่วยดังเช่น ทำงานได้ไม่เหมือนเดิม การ
ปฏิบัติกิจวัตรประจำลดลง ทำให้ต้องเป็นการระของ
ครอบครัว จึงส่งผลด้านจิตใจทำให้เกิดความกลัวตาย
ท้อแท้ในชีวิต และคิดว่าความมีคุณค่าในตนเองลดลง

2.1 ทำงานได้ไม่เหมือนเดิม คือไม่
สามารถทำงานที่เคยทำได้ ปริมาณการทําน้อยลงกว่า
เดิมมากกว่าครึ่งหนึ่งของที่เคยกระทำ หรือทำไม่ได้เลย

“มันทำอะไรไม่ไหวเลย...ปัจจุบันนี้ คือ
ค้าขาย หยิบของ กับคอยทอนเงิน สมมติว่าคุณหมอ
จะซื้อของผมเนี่ย ผมจะให้ลูกน้องไปหยิบคอยรับเงิน
อย่างเดียว...เมื่อก่อนทั้งแบก ทั้งหาม ขับรถ 10 ล้อ 6
ล้อ รถตัดทำได้หมดเลย...น้อยลงเหลืออยู่ประมาณสัก
30%” (ID 9)

2.2 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง
ได้แก่ การรับประทานอาหารได้น้อยลง นอนราบไม่ได้
และเดินได้น้อยลง

2.2.1 รับประทานอาหารได้น้อยลง
จากที่มีอาการเวียนหัว อาเจียน อ่อนเพลีย และไม่มีแรง
จึงไม่อยากที่จะรับประทานอาหาร

“เขาก็เอาข้าวมาให้ ก็กินไม่ได้ แต่เหนื่อย...
มันไม่รู้ มันอาเจียน ตอนกลางวันก็กินได้ ไม่อาเจียน
กินข้าวแต่กินได้น้อย” (ID 1)

2.2.2 นอนราบไม่ได้ ต้องนอนใน
ลักษณะหัวสูง บางครั้งนอนไม่ได้เลยต้องตื่นมานั่ง

กลางคืนตลอดเวลา

“ก็ตอนแรกก็จะนอนราบไม่ได้เลย รู้สึกว่า
เหนื่อยก็จะลุกขึ้นนั่ง ส่วนมากจะนั่ง กลางคืน ก็คือ
แบบว่านั่งเฉย ๆ นั่งบนบ้าน คือนั่งให้มันเบาเหนื่อย แล้ว
พอรู้สึกว่าง่วงมาก ๆ ค่อยนอน...ถ้านอนหงายมันก็จะ
แน่น แล้วก็เหนื่อย” (ID 6)

2.2.3 เดินได้น้อยลง การเดินนั้นต้อง
มีสิ่งของคอยช่วยพยุงในการเดินเช่น ไม้เท้า หรือต้อง
เกาะราวบันไดเดินขึ้นลงบันได หรือหยุดพักเป็นช่วง ๆ
เพื่อให้หายเหนื่อยจึงจะเดินต่อไปได้

“แล้วเดินเห็นตามบ้านนี้ก็เดินได้นิดเดียว
ไปไกลไม่ได้ เหนื่อย...ต้องใช้ไม้เท้าเดินเลย เนี่ยบันได
แต่เนี่ยหยุด 4-5 ครั้ง 6 ชั้นต้องเกาะเดิน หยุดทีละ
ขั้นเลยละ” (ID 5)

2.3 เป็นการระของครอบครัว ผู้ให้ข้อมูล
รู้สึกว่า ตนเองไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ และ
กิจการที่เคย ทำให้ครอบครัวมีรายได้ไม่สามารถที่จะ
สร้างรายได้ให้กับครอบครัวได้ดังเดิมทำให้ครอบครัว
ต้องลำบากและมีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากที่ต้องมา
ดูแลตนเอง

“เป็นการระของแฟนอะ... คนอื่น เพราะเขา
ต้องมาดูแลเราอะ ทำงานนอก ทำงานนอก เหนื่อย
แล้วกลับมายังต้องมาดูแล บางครั้งเหนื่อย ทำอะไรไม่
ไหว ถูกหาकिनน้ำ หากินข้าวเองไม่ไหว เขาก็ต้องมากอย
ปรนนิบัติเราตลอดทุกวัน...เขาลำบากอะ” (ID 7)

2.4 ผลกระทบทางด้านจิตใจ อาการหายใจ
ลำบากที่รุนแรงและเกิดบ่อยครั้งจนเข้าออกโรงพยาบาล
เป็นประจำ และไม่สามารถที่จะทำกิจกรรม ๆ ต่างได้
ดังเดิม ทำให้เกิดความกลัวตาย จึงเกิดท้อแท้ในชีวิต
และความมีคุณค่าในตนเองนั้นลดลงไป

2.4.1 กลัวตาย เป็นผลที่มีอาการ
หายใจลำบากที่รุนแรง คิดว่าตนเองนั้นแย่งลง เกิด
อาการรูด น็อค และกลัวตายอย่างฉับพลันที่ไม่
สามารถจะทำให้อาการของตนเองนั้นบรรเทาได้

“ก็รู้สึกว่าคุณจะแย่งชิง คิดว่ากลัวจะไม่รอด กลัวจะขาดใจไปอย่างนั้นเหมือนกับว่า มันชักจะหมดไปเลยในชีวิต...จะวูบไป อะไรอย่างเงี้ย กระตุ้มแรงมากขึ้น มันเหนียวมากขึ้นอะ กลัวอย่างเดี๋ยวล่ะ กลัวจะน็อคเตลิดไป อะไรแบบนี้” (ID 6)

2.4.2 ท้อแท้ในชีวิต เป็นผลจากที่มีอาการ บ่อยครั้ง ได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมากกว่า 10 ครั้ง และไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้จึงมีอาการท้อแท้กับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น

“ก็ตัวเองก็คิดอยู่ เหมือนกันว่าตัวเองไม่น่ามาเป็นโรคอย่างนี้... ท้อแท้ มันเหนียวก็คือไม่อยากทำ...คิดเกี่ยวกับสุขภาพตัวเองมันท้อแท้กับร่างกายกับโรคภัยไข้เจ็บของตัวเอง” (ID 6)

2.4.3 ความมีคุณค่าในตนเองลดลง เป็นผลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นบ่อยครั้งจนตนเองนั้นเกิดอาการเศร้าใจ คิดเสียใจ น้อยใจ กับอาการที่เป็น จึงคิดว่าตนเองนั้นด้อยค่า คิดว่าตนเองเหมือนคนพิการคนหนึ่ง

“มันจะเปรียบเหมือนคนพิการคนหนึ่ง ก็คือว่ามันมีความรู้สึกว่าคุณต่อเรา มันเหมือนตัวเราจะหมดค่าลงไป...ค่าของเรามันลดน้อยลงไป...มันก็อดเศร้าไม่ได้ อดนึกถึงตัวเองไม่ได้” (ID 7)

ประเด็นหลักที่ 3 การจัดการอาการหายใจลำบาก

เมื่อเกิดอาการหายใจลำบากผู้ให้ข้อมูลจะมีวิธีการจัดการกับอาการคือ การจัดการด้วยตนเอง และการจัดการด้วยบุคคลอื่นเพื่อให้อาการหายใจลำบากทุเลาลง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 การจัดการอาการด้วยตนเอง เป็นวิธีการที่ผู้ให้ข้อมูลใช้ในการจัดการเป็นอันดับแรกเพื่อให้อาการหายใจลำบากจากภาวะหัวใจล้มเหลวทุเลาลง แบ่งเป็น 2 วิธี คือ การจัดการกับอาการหายใจลำบากทันทีเมื่อเกิดอาการ และการจัดการอาการด้วยการป้องกันไม่ให้มีอาการหายใจลำบากเกิดขึ้น

3.1.1 การจัดการอาการด้วยตนเอง เมื่อเกิดอาการหายใจลำบาก โดยใช้วิธีบรรเทาอาการด้วยการหายใจเข้าออกยาวๆ นอนในท่าศีรษะสูง การนั่งพับพู่ วิธีการทำสมาธิ สวดมนต์ ใซยาหม่องทา นั้งในห้องแอร์เย็นๆ ใซออกซิเจนเข้าช่วย

“รู้สึกว่าคุณจะแย่งชิงนั้งก่อนหายใจยาวๆ แล้วมันก็รู้ว่าเบา...ประมาณครึ่งๆ ชั่วโมง หายเข้าเย็นๆ มาเซ็ด ให้ตัวเราชื่นๆ เพราะอากาศเย็นเข้าใจมันก็สงบลง นอนฟังเทศน์ ฟังธรรม ฟังเพลง ฟังแล้วก็ดีขึ้นนะ” (ID 6)

“นั้งๆ นอนๆ เหยๆ น่ะ (ซึ่งไปที่เปลยวน)...นอนหัวสูงขึ้นมาน้อย ปรับเตียงขึ้นไป...ทนก่อนถึงใซออกซิเจน...ลูกมานั้งหายใจยาวๆ จนไม่ไหวแล้วถึงจะใซออกซิเจนบางที่ถึง 3 ชั่วโมง” (ID 7)

3.1.2 การจัดการอาการด้วยตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดอาการหายใจลำบาก เป็นวิธีการจัดการ ที่ผู้ให้ข้อมูลได้มีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำรงชีวิตในเรื่องการรับประทานอาหาร เช่น งดการรับประทานอาหารเค็ม งดรับประทานอาหารที่มีไขมัน รับประทานอาหารผัก เป็นต้น จำกัดการดื่มน้ำ รับประทานอาหารตามเวลา การทำงานเบาๆ เพื่อออกกำลังกาย และนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ

“ก็เราไม่ค่อยเดินไปไหน เพียงแต่ว่ากินยาตามเวลา กินข้าวตาม ตรงเวลา แล้วก็นั่งพักผ่อนที่บ้าน ก็จะไปออกเดินมั้งเช้าๆ กินน้ำในขวดเนี่ย ขวดเนี่ยต่อวันอะ (ยกขวดน้ำให้ดูขนาด 1 ลิตร)” (ID 6)

“ไม่กินเค็ม... แล้วก็ไม่ให้กินน้ำเยอะ... ผงชูรสก็ไม่กิน เค็มก็ไม่กินของทอดๆ ก็ไม่ค่อยได้กินหรอก กินแต่พวกต้มๆ แกงเลียง...ปกติทุกวันนี่ก็กินแบบจืดๆ อะ” (ID 7)

3.2 การจัดการด้วยบุคคลอื่น เป็นการจัดการอาการโดยบุคคลในครอบครัว และบุคลากรทางสุขภาพ

3.2.1 บุคคลภายในครอบครัว ได้แก่

สามี บุตร และหลาน ให้เข้ามาช่วยเหลือด้วยการนำหมอนรองหลังเวลาที่ลุกนั่ง หายาสมุนไพรมาต้มให้รับประทาน หายาต้มให้ บิบนวด เปิดพัดลม หรือนั่งพัดให้ เปิดออกซิเจนแล้วใส่จุกให้ คอยเฝ้าสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด และถ้าพบว่าอาการไม่บรรเทาที่จะเป็นคนนำ ผู้ให้ข้อมูลไปโรงพยาบาล

“แฟนอยู่ข้างตลอดเวลา เปิดเอาออกซิเจนใส่จุก เอายาต้มให้ดม เปิดพัดลมให้ ถ้าเกิดมันไม่ไหวก็บอกพี่ ไปกันเหอะไปเที่ยว โรงพยาบาลกัน (หัวเราะ) คือว่ามันก็ไม่ดี จากนั้นแฟนก็ เก็บข้าวเก็บของ (แล้วไปโรงพยาบาล)” (ID 7)

3.2.2 บุคลากรทางสุขภาพ ได้แก่เจ้าหน้าที่ ในโรงพยาบาลประกอบไปด้วย แพทย์และพยาบาล ด้วยวิธีการฉีดยาขับปัสสาวะ ให้ออกซิเจนพ่นยา จัดทำอนศิระสูง

“ก็ไปโรงพยาบาลไปนั่งหอบ หายใจแรง...หมอบเอาไปนั่งเดี๋ยวก็เอา เขาใจเดี๋ยวหน่อย สูงหน่อยสักพักหนึ่งเขาก็ถือยามา 2 หลอด เราก็ไม่รู้ว่าจะอะไร..ฉีด (ยาทำทำขึ้นนิ้วบริเวณเข่าที่ข้อมือ แล้วหัวเราะ) เหมือนเย็น ๆ ใจก็ไม่รู้...มารู้ตอนหลัง เขาบอกว่ายาขับปัสสาวะ...ไปนอนมันก็ดีขึ้นอะ” (ID 2)

อภิปรายผล

ผลการวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์อาการหายใจลำบากในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ประกอบด้วย ความรู้สึกต่ออาการหายใจลำบาก ผลกระทบจากอาการหายใจลำบาก และการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังต่อไปนี้

1. ความรู้สึกต่ออาการหายใจลำบาก ความรู้สึกต่ออาการหายใจลำบากจากภาวะหัวใจล้มเหลวได้ผลสะท้อนใน 2 ลักษณะได้แก่ รู้สึกเหนื่อยเหมือนจะตายกับความรู้สึกอยากตาย ที่เกิดรู้สึกว่าเหนื่อยจนหอบ หายใจไม่ทัน หายใจไม่อิ่ม หายใจไม่สะดวก จนแน่น จนบางครั้งได้เปรียบเหมือนว่าตนเองนั้นจะ

หยุดหายใจ คิดว่าชีวิตนี้ไม่รอด รู้สึกว่าจะขาดใจไปเลยได้ จึงต้องถอนหายใจกันบ่อยๆ เพื่อให้หายใจได้คล่อง ซึ่งเป็นระดับอาการหายใจลำบากที่เป็นบ่อยครั้ง โดยเฉพาะในผู้ให้ข้อมูลที่มีอาการหายใจลำบากมากกว่า 10 ครั้งขึ้นไป และมีระดับความรุนแรงของอาการที่เพิ่มขึ้นได้จึงคิดว่าตนเองนั้น เหนื่อยเหมือนจะตาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Edmonds et al. (2005) พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้อธิบายเกี่ยวกับอาการหายใจลำบากที่ควบคุมไม่ได้ไว้ว่า อาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์เหมือนคนจะตาย และเกิดมีความรู้สึกอยากตาย จากที่มีอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง และต้องทนทุกข์ ทรมานกับอาการที่เป็นเพราะรู้สึกไม่หายใจ หรือจะหยุดหายใจ จนคิดว่าไม่อยากจะจะมีชีวิตอยู่ จากการเจ็บป่วยเป็นเวลานานหลายปีเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยครั้ง โดยเฉพาะผู้ให้ข้อมูลที่มีอาการหายใจลำบากมากกว่า 10 ครั้งขึ้นไปที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นประจำ และมีโรคร่วมด้วยอีกหลายโรค ดังเช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน จึงทำให้การดำเนินของภาวะหัวใจล้มเหลวก้าวหน้าขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลนั้นเกิดความรู้สึกไม่อยากจะจะมีชีวิตอยู่

2. ผลกระทบจากอาการหายใจลำบาก เกิดผลกระทบใน 4 ประเด็น คือ การทำงานได้ไม่เหมือนเดิม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ลดลง เป็นภาระของครอบครัว และทางด้านจิตใจ จะเห็นได้ว่าผลกระทบนี้มีผลต่อร่างกายผู้ให้ข้อมูลโดยตรง เกิดอาการอ่อนเพลีย เวียนศีรษะ ความทนต่อกิจกรรมลดลง (Carelock & Clark, 2001) มีการดำรงชีวิตเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม คือ ไม่สามารถที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ได้ ทั้งการทำงานได้ไม่เหมือนเดิม ได้แก่ งานที่สร้างรายได้ให้กับครอบครัว หรืองานที่ทำเป็นประจำที่บ้าน และมีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่บ้านได้ลดลง ดังเช่น การรับประทานอาหารได้น้อยลง เนื่องจากเวียนศีรษะ การนอนราบไม่ได้มีอาการอ่อนเพลียจากพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ เดินได้น้อยลงหรือ

เดินไม่ได้ และยังมีผลต่อผู้อื่นจากการที่ไม่สามารถที่ช่วยเหลือตนเองได้ต้องพึ่งพา และอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่น (Barnett, 2005) โดยเฉพาะ เป็นภาระของครอบครัวไม่ว่าแม้กระทั่งกิจกรรมที่สร้างรายได้ให้กับครอบครัวหรือกิจวัตรประจำวัน ต่างๆ เช่น อาบน้ำ สระผม หรือซักผ้า และต้องมีการค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นที่ต้องมาดูแลตนเอง (Janssen, Wouters, Jos, Schols, & Spruit, 2008) ส่วนผลต่อจิตใจที่รู้สึกเหมือนจะหยุดหายใจ จึงเกิดอาการกลัวตาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jeon et al. (2010) ที่พบว่า ประสบการณ์การดำรงชีวิตของผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลว เมื่อการดำเนินของโรครุนแรงเพิ่มขึ้น จะเกิดอาการกลัวตายโดยเฉพาะอาการหายใจลำบากและเป็นอาการที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง โดยเฉพาะอาการหายใจลำบากมากกว่า 10 ครั้ง จนคิดว่าความมีคุณค่าในตนเองลดลงเกิดน้อยใจ เสียใจที่ต้องตกอยู่ในความดูแลของบุคคลในครอบครัวที่ต้องมารับภาระทุกสิ่งทุกอย่างให้จึงเปรียบเทียบกับตนเองเหมือนคนพิการคนหนึ่ง

3. การจัดการอาการหายใจลำบาก พบว่ามี 2 วิธี คือ การจัดการด้วยตนเอง และการจัดการด้วยบุคคลอื่น โดยการจัดการด้วยตนเองเป็นการจัดการเมื่อเกิดอาการหายใจลำบาก ซึ่งวิธีการจัดการคือการผ่อนลมหายใจเข้าออกยาวๆ การเปลี่ยนท่าทางการโดยนอนศีรษะสูงหรือลุกขึ้นนั่ง เพราะเวลานอนราบทำให้น้ำยังท่วมล้นทั้งปอดพอลุกขึ้นนั่ง สารน้ำจะท่วมเฉพาะส่วนล่างของปอดพอลุกขึ้นนั่ง สารน้ำจะเข้าปอดส่วนบน ทำให้พอหายใจได้ และมีการทำสมาธิ สวดมนต์ ซึ่งจะเป็นการกระตุ้นการทำงานของระบบพาราซิมพาเทติก (parasympathetic) ทำให้หัวใจเต้นช้าลง ลดการใช้ออกซิเจน และใช้ยาทา เช่น ยาหม่อง หรือดมยาหม่อง อยู่ในที่เย็นๆ เช่น ห้องแอร์ หรือนำผ้าชุบน้ำเย็นมาเช็ดตัว ใช้ ออกซิเจนเข้าช่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ

Edmonds et al. (2005) ที่พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวใช้วิธีในการนับเลขเพื่อควบคุมอาการหายใจลำบาก และการศึกษาของ Bennett et al. (2000) ที่พบว่า ผู้ป่วยใช้วิธีการจัดการกับอาการหายใจลำบากคือ หยุดทำกิจกรรมหรือทำกิจกรรมอย่างช้าๆ หยุดพักในขณะที่ทำกิจกรรม เคลื่อนไหวอย่างช้าๆ พักผ่อนในห้องที่เงียบสงบ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงท่าทาง ปรับเปลี่ยนอุณหภูมิห้อง การใช้ยา การใช้ อุปกรณ์ช่วยเหลือ

ส่วนการจัดการเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการหายใจลำบากเกิดขึ้น เป็นวิธีการจากการเรียนรู้และได้รับความรู้จากเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ทำให้มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงคือ การงดรับประทานอาหารเค็ม อาหารที่มีไขมัน รับประทานผัก นอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ จำกัดน้ำดื่ม และทำงานเบาๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Schiff et al. (2003) พบว่า การจัดการกับอาการหายใจลำบากขึ้นอยู่กับ การป้องกันไม่ให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวที่มากขึ้น คือ การงดรับประทานอาหารเค็ม และเพิ่มยาขับปัสสาวะ จำกัดน้ำดื่มหรือซื้อยารับประทานที่นอกเหนือจากแพทย์สั่ง และลดการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่วนการจัดการกับอาการด้วยบุคคลอื่น แบ่งเป็น 2 วิธีคือ การจัดการด้วยบุคคลภายในครอบครัว ได้แก่ สามี บุตรและหลานที่อยู่ข้างเคียง ด้วยการคอยเฝ้าสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด จัดการเอาหมอนรองหลังเพื่อให้ นั่ง หายาสมุนไพรแก้เป็นลมมาดัมให้รับประทาน รวมไปถึงนำส่งโรงพยาบาลเพื่อพบแพทย์เมื่อมีอาการหายใจลำบากไม่บรรเทา และจัดการด้วยบุคลากรทางสาธารณสุข ด้วยการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเมื่อเกิดอาการหายใจลำบาก ซึ่งเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลได้แก่ แพทย์และพยาบาลจะจัดการกับอาการคือ การให้ยาขับปัสสาวะ ให้ออกซิเจนพ่นยา จัดทำนอนศีรษะสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Edmonds et al. (2005) พบว่า เมื่อผู้ป่วยรู้สึก

ว่าอาการแย่งจะเข้าไปรับบริการที่โรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยในครั้งนี้จะทำให้พยาบาลเข้าใจ ความรู้สึกของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถ นำข้อมูลนี้มาเป็นพื้นฐานของการวางแผนการ พยาบาลให้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่าง เข้าใจมากยิ่งขึ้น และใช้เป็นข้อมูลประกอบ การเรียน การสอนให้กับนักศึกษาพยาบาลได้อย่างเข้าใจ เพื่อ ที่จะได้สนองตอบต่อความต้องการ ทำให้การดูแล ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้เป็นอย่างดีครอบคลุม และควรมีการ ศึกษาในเชิงคุณภาพด้านประสบการณ์ของผู้ดูแลใน กลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

เอกสารอ้างอิง

ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2551). *การพยาบาล ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด* (พิมพ์ครั้งที่ 5). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.

ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์ จันทนา รณฤทธิวิชย์ วิไลวรรณ ทองเจริญ วินัส ลิพทกุล และพัสมนธ์ กุ่มทวีพร. (2550). *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์

วันทนา มณีศิลป์. (2543). *ประสบการณ์การ เหนื่อยหอบ ผลของการเหนื่อยหอบ และวิธีการจัดการ เหนื่อยหอบของผู้ป่วยโรคหัวใจรั่ว*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล ผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุภางค์ จันทวานิช. (2551). *การวิเคราะห์ ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Barnett, M. (2005). Chronic obstructive pulmonary disease: A phenomenological study of patients, experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 805-812.

Bennett, S. J., Cordes, D. K., Westmoreland, G., Castro, R., & Donnelly, E. (2000). Self-care strategies for symptom management in patients with chronic heart failure. *Nursing Research*, 49(3), 139-145.

Carelock, J., & Clark, P. A. (2001). Heart failure: Pathophysiologic mechanisms. *American Journal of Nursing*, 101(12), 26-33.

Edmonds, P. M., Rogers, A., Addington-Hall, J. M., McCoy, A., Coats, A. J. S., & Gibbs, J. S. R. (2005). Patient descriptions of breathlessness in heart failure. *International Journal of Cardiology*, 98, 61-66.

Grady, K. L., Dracup, K., Kennedy, G., Moser, D. K., Piano, M., Stevenson, L. W., & Young, J. B. (2000). Team management of patients with heart failure : A statement for healthcare professionals from the cardiovascular nursing council of the American heart association. *Circulation*, 102, 2443-2456.

Hobbs, F. D., Kenkre, J. E., Roalfe, A. K., Davis, R. C., Hare, R., & Davies, M. K. (2002). Impact of heart failure and left ventricular systolic dysfunction on quality of life: A cross-sectional study comparing common chronic cardiac and medical disorders and a representative adult population. *European Heart Journal*, 23(23), 1867-1876.

Hunt, S. A., Abraham, W. T., Chin, M. H., Feldman, A. M., & Francis, G. S. (2009). 2009 Focused update incorporated into the ACC/AHA 2005 guidelines for the diagnosis and management of heart failure in adults, *Journal of the American College of Cardiology*, 53, 1-

90.

Janssen, D. J., Wouters, E. F., Jos, M. G. A., Schols, J. M., & Spruit, M. A. (2008). Self-perceived symptoms and care needs of patients with severe to very severe chronic obstructive pulmonary disease, congestive heart failure or chronic renal failure and its consequences for their closest relatives: The research protocol. *BioMed Central Palliative Care*, 7(5), 1-8.

Jeon, Y., Kraus, S. G., Jowsey, T., & Glasgow, J. N. (2010). The experience of living with chronic heart failure: Narrative review of qualitative studies. *BioMed Central Health Services Research*, 77(10), 1-9.

Jurgens, C. Y. (2006). Somatic awareness, uncertainty, and delay in care-seeking in

acute heart failure. *Research in Nursing & Health*, 29, 74-86.

Schiff, G. D., Fung, S., Speroff, T., & McNutt, R. A. (2003). Decompensated heart failure: Symptoms, patterns of onset, and contributing factors. *American Journal of Medicine*, 114, 625-630.

Silva, L. B. D., Mielniczuk, L., Laberge, M., Anselm, A., Fraser, M., Williams, K., & Haddad, H. (2004). *Persistent orthopnea and the prognosis of patients in the heart failure clinic*. Retrieved April 10, 2010, from <http://www.medscape.com>.

Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (1999). *Qualitative research in nursing*. Philadelphia: J.B. Lippincott.

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University